

KARYA ILMIAH AKHIR

**APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DALAM MENGENDALIKAN PERILAKU
AGRESIF DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Karya Ilmiah Akhir pada Program Pendidikan Profesi Ners
pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



DEVIA PUTRI OKTAVIANI

132229129

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah di kumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 19 Oktober 2023

Yang Menyatakan



Devia Putri Oktaviani
NIM. 132229129

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

**APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DALAM MENGENDALIKAN PERILAKU
AGRESIF DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

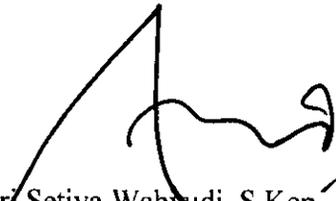
DEVIA PUTRI OKTAVIANI
NIM. 132229129

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 20 OKTOBER 2023

Oleh

Pembimbing



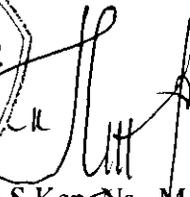
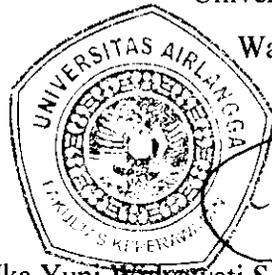
Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198206192015041001

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widayawati S.Kep., Ns., M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB
NIP. 197806052008122001

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR
APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DALAM MENGENDALIKAN PERILAKU
AGRESIF DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Oleh :
Devia Putri Oktaviani
NIM. 132229129

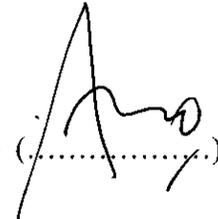
Telah diuji
Pada tanggal, 28 November 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Rizki Fitriyasaki P.K., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198002222006042001



Anggota : Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198206192015041001



Mengetahui
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Ika Yuni Widayati S.Kep., Ns., M.Kep., Ns., Sp.Kep.MB
NIP. 197806052008122001

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat serta bimbinganNya penulis dapat menyelesaikan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul “**Aplikasi Asuhan Keperawatan Pada Klien Risiko Perilaku Kekerasan Dalam Mengendalikan Perilaku Agresif Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya**”. Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini merupakan salah satu tugas akhir profesi untuk memperoleh gelar (Ns) pada program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenalkan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Tn.M yang telah bersedia membantu untuk menjadi subjek asuhan keperawatan dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Tn.Y yang telah bersedia membantu untuk menjadi subjek asuhan keperawatan dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir.
3. dr. Herlin Ferliana, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk melakukan pelaksanaan studi kasus Karya Ilmiah Akhir.
4. Subakri, S.Kep., Ns selaku kepala ruangan Kenari RSJ Menur yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk melakukan pelaksanaan studi kasus Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Prof. Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
6. Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Harmayetty S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan bimbingan dan

arahan dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir sehingga dapat terselesaikan dengan baik.

8. Dr. Andri Setiya Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan petunjuk saran, koreksi dan masukan demi kelancaran penyusunan Karya Akhir Ilmiah ini.
9. Semua Dosen dan tenaga Kependidikan Program Studi pendidikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah membagikan ilmunya dengan tulus dan ikhlas selama masa perkuliahan dan telah memberikan ilmu selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ini.
10. Bapak Weldhani dan Ibu Ninik selaku orang tua yang selalu mendoakan setiap saat selama proses pendidikan sampai penulisan Karya Ilmiah Akhir hingga selesai.
11. Teman-teman seperjuangan saya B24 terima kasih atas dukungan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
12. Semua pihak yang telah berkontribusi dan tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun senantiasa penulis harapkan demi perbaikan. Semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat dan berguna bagi penulis dan para pembaca nantinya.

Surabaya, 19 Oktober 2023



Devia Putri Oktaviani

MOTTO

*Barang siapa yang keluar rumah untuk mencari ilmu,
maka ia berada di jalan Allah hingga ia pulang.*

-HR. Tirmidzi-

ABSTRAK

APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DALAM MENGENDALIKAN PERILAKU AGRESIF DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Devia Putri Oktaviani

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pendahuluan: Perilaku kekerasan biasanya dilakukan oleh penderita skizofrenia janis paranoid. Karena pada jenis ini penderita seolah mendapatkan ancaman, tekanan psikologis, dan menganggap orang lain sebagai musuh. Pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan sampel penelitian adalah kedua pasien jiwa dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dan diagnosa medis skizofrenia paranoid. **Hasil dan Pembahasan:** Hasil asuhan keperawatan ini menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi klien 1 memiliki gejala resiko perilaku kekerasan seperti nada bicara sedikit tinggi, marah hingga memukul kepalanya. Sedangkan klien 2 saat berbicara suara keras, terkadang tampak mengepalkan tangannya. Hasil akhir penelitian didapatkan selama proses SP 1-5 di dapatkan klien mampu memahami dan menerapkan SP yang diajarkan, klien menjadi lebih kooperatif, dan lebih tenang setelah pemberian implementasi keperawatan. Selain mendapatkan SP klien medapatkan terapi pengobatan dan terapi modalitas. **Kesimpulan:** Diagnosis keperawatan pada kedua klien yaitu risiko perilaku kekerasan. Pemberian intervensi dan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1-5. Penerapan tersebut diberikan kepada kedua klien yang memiliki pengaruh dalam meningkatnya kontrol klien terhadap resiko perilaku kekerasan.

Kata Kunci: Resiko Perilaku Kekerasan, Strategi Pelaksanaan (SP), Skizofrenia, Skizofrenia Paranoid

ABSTRACT

**APPLICATION OF NURSING CARE TO CLIENTS AT RISK OF
VIOLENT BEHAVIOR IN CONTROLLING AGGRESSIVE BEHAVIOR
AT THE MENUR MENTAL HOSPITAL SURABAYA.**

Devia Putri Oktaviani

Faculty of Nursing Universitas Airlangga

Introduction: Violent behavior is usually committed by paranoid schizophrenics. This is because these patients are threatened, psychologically distressed, and perceive others as enemies. Patients at risk of violent behavior can harm themselves, others and the surrounding environment both physically, emotionally, sexually and verbally: This study uses a case study design with a research sample of two mental patients with nursing problems at risk of violent behavior and a medical diagnosis of paranoid schizophrenia.. **Methods:** This study uses a case study design with a research sample of two mental patients with nursing problems of risk of violent behavior and a medical diagnosis of paranoid schizophrenia.. **Results and Discussion:** The results of this nursing care show that before being given the intervention client 1 has symptoms of risk of violent behavior such as a slightly high tone of voice, anger to hit his head. While client 2 when speaking loudly, sometimes appears to clench his hands. The final results of the study were obtained during the SP 1-5 process, the client was able to understand and apply the SP taught, the client became more cooperative, and calmer after providing nursing implementation. In addition to getting SP clients get treatment therapy and modality therapy. **Conclusion:** The nursing diagnosis in both clients is the risk of violent behavior. Providing interventions and implementation using implementation strategies (SP) 1-5. The application is given to both clients who have an influence in increasing client control over the risk of violent behavior.

Keywords: Risk of Violent Behavior, Implementation Strategy (SP), Schizophrenia, Paranoid Schizophrenia

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
MOTTO	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan.....	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.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Skizofrenia	8
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	8
2.1.2 Klasifikasi Skizofrenia.....	9
2.1.3 Etiologi Skizofrenia.....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.5 Penatalaksanaan	15
2.2. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan	17

2.2.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan.....	17
2.2.2 Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan.....	18
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	19
2.2.4 Rentang Respon Marah.....	21
2.2.5 Dampak Perilaku Kekerasan terhadap Pasien dan Keluarga	22
2.2.5 Mekanisme Koping	22
2.2.6 Perilaku Risiko Perilaku Kekerasan.....	23
2.2.7 Pohon Masalah.....	24
2.2.8 Penatalaksanaan	25
2.2.9 Keaslian Penelitian	26
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	30
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	30
3.2 Lokasi dan Waktu Pengambilan Kasus.....	30
3.3 Subjek Studi Kasus.....	30
3.4 Metode Pengumpulan Data	31
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	35
4.1 Hasil.....	35
4.1.1 Pengkajian	35
4.1.3 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan	40
4.1.2 Diagnosis Keperawatan	41
4.1.3 Intervensi Keperawatan	41
4.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	43
4.2 Pembahasan	53
4.2.1 Pengkajian	53
4.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	55
4.2.3 Intervensi dan Implementasi.....	55
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	61
5.1 Kesimpulan	61
5.2 Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	63

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Keaslian Penelitian.....	26
Tabel 4. 1 Analisa Data.....	40
Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan.....	41
Tabel 4. 3 Implementasi dan Evaluasi Klien 1 Tn. M	43
Tabel 4. 4 Implementasi dan Evaluasi Klien 2 Tn.Y	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah 21
Gambar 2.2 Pohon Masalah 24

DAFTAR SINGKATAN

ACT	: <i>Acceptance and Commitment Therapy</i>
CBT	: <i>Cognitive Behavior Therapy</i>
ECT	: <i>Elektro Convulsive Therapy</i>
LSD	: <i>Lysergic Acid Diethylamide</i>
NIMH	: <i>National Institute of Mental Health</i>
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SP	: Strategi Pelaksanaan
SPTK	: Stategi Pelaksana Tindakan Keperawatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia dan beban masalah kesehatan jiwa terus meningkat yang berdampak terhadap kesehatan dan konsekuensi sosial, hak asasi manusia dan ekonomi. Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan yang dimiliki, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Febrianto, Livana, and Indrayati 2019). Masalah kesehatan jiwa telah menjadi masalah kesehatan yang belum terselesaikan di tengah-tengah masyarakat, baik di tingkat global maupun nasional. Masalah kesehatan jiwa yang di duga terjadi paling banyak saat ini adalah skizofrenia (Kementerian Kesehatan, 2019).

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak biasa dan tidak sesuai dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang aneh (Santoso, Krisnani, and Hadrasari 2017). Salah satu tipe skizofrenia yaitu paranoid ialah sub tipe yang paling utama dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Gejala utamanya adalah waham kejar atau waham kebesarannya dimana individu dikejar-kejar oleh pihak tertentu yang ingin mencelakainya. Perilaku kekerasan biasanya dilakukan oleh penderita skizofrenia jenis paranoid. Karena pada jenis ini penderita seolah mendapatkan ancaman, tekanan psikologis, dan menganggap orang lain

sebagai musuh. Reaksi yang spontan karena halusinasi juga bisa berupa pukulan, ancaman, dan ekspresi marah yang lain (Ratih Ari Murti, Irfan Burhani, and Tatik Imadatus Sa'adati 2022). Pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal..

Menurut *World Health Organization* (2022) terdapat 300 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan jiwa seperti depresi, bipolar, demensia, termasuk 24 juta orang yang mengalami skizofrenia. Prevalensi kasus Skizofrenia di Indonesia pada tahun 2019 untuk tingkat Asia Tenggara berada di urutan pertama diikuti oleh negara Vietnam, Philipina, Thailand, Myanmar, Malaysia, Kamboja dan terakhir adalah Timur Leste. Studi epidemiologi pada tahun 2018 menyebutkan bahwa angka prevalensi Skizofrenia di Indonesia 3% sampai 11%, mengalami peningkatan 10 kali lipat dibandingkan data tahun 2013 dengan angka prevalensi 0,3% sampai 1%, biasanya timbul pada usia 18–45 tahun, (Kementerian Kesehatan, 2019). Prevalensi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Provinsi Jawa Timur pada gangguan jiwa berat (skizofrenia) memiliki data sebanyak 6% dan prevalensi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) ringan atau pasien pada gangguan mental emosional dengan ditunjukkannya gejala - gejala, seperti depresi dan kecemasan sebesar 4% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta penduduk (Andrawina et al., 2020).

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur Surabaya di dapatkan data dari tahun ke tahun jumlah pasien rawat inap terus mengalami kenaikan dengan jumlah pasien skizofrenia pada tahun 2020 sejumlah 6.460 pasien dan

pada tahun 2021 sejumlah 24.689 pasien skizofrenia (Sustrami et al. 2023). Kemudian pada data rekam medis Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan April hingga Mei tahun 2021 berjumlah 1299 pasien dimana 166 pasien perilaku kekerasan dengan skizofrenia, 479 pasien dengan halusinasi, 99 pasien dengan isolasi, 31 pasien dengan defisit perawatan diri, serta 20 pasien dengan gangguan citra tubuh (Afandi, 2021).

Gejala kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah perubahan perilaku yang terdistorsi hingga mengakibatkan resiko perilaku kekerasan (Rizki, 2020). Seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020). Perilaku kekerasan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang di manifestasikan dalam bentuk verbal maupun fisik. Jika tidak di tangani dengan segera akan berakibat fatal dengan membahayakan diri sendiri yaitu melukai diri dengan bunuh diri, mencederai orang lain dan perilaku merusak lingkungan sekitar. Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah di ekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Pardede J A and Hulu E P 2019).

World Health Organization (WHO) telah mendefinisikan kekerasan sebagai penggunaan sengaja fisik kekuatan atau kekuasaan, terancam atau aktual, melawan diri sendiri, orang lain atau terhadap kelompok atau komunitas yang baik menghasilkan atau memiliki kemungkinan tinggi yang mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis, malfungsi pembangunan atau kekurangan. Respon perilaku kekerasan yang tidak dapat dikendalikan oleh pasien akan membawa dampak buruk bagi pasien, dan orang-orang yang berada disekitar pasien seperti keluarga dan juga tenaga kesehatan pada saat pasien dibawa ke RSJ. (Suerni & PH, 2019).

Pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan memerlukan penanganan komprehensif dengan melibatkan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan yang diberikan dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP) 1 sampai 5 pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan. SP 1 pasien (membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat perilaku kekerasan dan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1: Tarik nafas dalam), SP 2 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan fisik 2: memukul bantal atau kasur), SP 3 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan verbal), SP 4 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual) dan SP 5 pasien (mengajarkan kontrol perilaku kekerasan dengan minum obat). Penelitian yang dilakukan oleh (Amin, Aktifah, and Pratiwi 2021) setelah menggunakan SP 1- SP 5 (relaksasi nafas dalam, memukul bantal, melatih berbicara asertif, dengan cara spiritual seperti berdoa, sholat

dan patuh minum obat) menunjukkan pengaruh pemberian SP terhadap perubahan tingkat pengetahuan dan perubahan perilaku kedua pasien antara sebelum dan sesudah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien gangguan resiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan dalam mengendalikan perilaku agresif melalui pendekatan khusus proses asuhan keperawatan dengan memberikan strategi pelaksanaan (SP) keperawatan yang sesuai penanganan masalah risiko perilaku kekerasan di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dalam mengendalikan perilaku agresif di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dalam mengendalikan perilaku agresif di Rumah Sakit Jiwa Menur Suarabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

2. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh intervensi keperawatan jiwa menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) 1 sampai Strategi Pelaksanaan (SP) 5 terhadap masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dalam mengendalikan perilaku agresif di Rumah Sakit Menur Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan terutama di bidang ilmu keperawatan jiwa mengenai asuhan keperawatan pada klien skizofrenia paranoid dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Dapat memberikan wawasan tentang pentingnya upaya penanganan pada pasien risiko perilaku kekerasan dan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan sehingga dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari baik secara maupun di pelayanan kesehatan.

2. Bagi Perawat

Sebagai acuan, bahan evaluasi atau masukan dan bahan rujukan dalam mempertimbangkan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan.

3. Bagi Penulis

Karya tulis ini dapat menjadi pengalaman yang berharga dalam rangka menambah wawasan keilmuan serta pengembangan diri khususnya di bidang penelitian lapangan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “Skizo” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “frenia” yang artinya jiwa, dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) (Yosep, 2016). Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maramis, 2014). Menurut Paramita and Alfinuha (2021) skizofrenia merupakan gangguan otak yang memiliki karakteristik permasalahan fungsisosial, rawat diri, dan kesulitan untuk membedakan hal yang bersifat nyata dan tidak.

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku pikiran yang terganggu. Dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang salah, afek yang datar atau tidak sesuai dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang mana seringkali masuk dalam kehidupan fantasi yang penuh dengan delusi dan halusinasi (Mashudi and Armyati 2021). Skizofrenia merupakan suatu gangguan kejiwaan kompleks saat seseorang mengalami kesulitan dalam proses berpikir sehingga menimbulkan halusinasi, delusi, dan gangguan berpikir (Andari 2017)

2.1.2 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Singh, Khanna, and Kalra 2020) dijelaskan bahwa para professional kesehatan mental mengusulkan enam sub type skizofrenia yang dialami oleh pasien berdasarkan gejala yang dominan, yaitu:

1. *Paranoid Schizophrenia*

Pada skizofrenia tipe ini, ciri utamanya adalah kecurigaan yang tidak beralasan dan dominasi gejala positif. Gejala positif merujuk pada gejala yang umumnya responsif terhadap pengobatan medis. Penderita sering kali terobsesi dengan delusi penganiayaan atau mengalami haalucination auditori yang sering muncul. Orang dengan delusi paranoid ini kerap memiliki kecurugaan yang tak beralasan terhadap orang lain. Ini dapat menghambat kemampuan mereka dalam mempertahankan pekerjaan, menjalankan tugas-tugas harian, menjalin persahabatan, atau berkonsultasi dengan dokter. Selain itu gejala-gejala skizofrenia lainnya seperti ucapan yang tak teratur, tidak muncul atau kurang menonjol dibandingkan dengan gejala positif ini.

2. *Hebephrenic Schizophrenia*

Subtipe ini ditandai oleh gejala utama yang bersifat tidak teratur. Untuk masuk dalam kriteria subtype ini, penderita harus mengalami gejala-gejala seperti ucapan yang tidak teratur, perilaku yang tidak teratur, afek datar atau tidak pantas

3. *Catatonic Schizophrenia*

Tanda- tanda skizofrenia katatonik melibatkan keadaan katatonik stupor dan kekakuan motorik, Penderita tidak mampu berbicara, merespons, atau bahkan bergerak dalam beberapa situasi. Mereka juga dapat menunjukkan gejala

kegembiraan katatonik, seperti berbicara secara tidak teratur atau tak terkendali. Selain itu, skizofrenia katatonik juga dapat mencakup gejala echolalia dan echopraxia yang terjadi karena gerakan tak sadar yang aneh, seperti postur tubuh yang aneh, kerutan wajah, atau gerakan stereotipik seperti berayun, melambatkan tangan, atau menggigit kuku.

4. *Undifferentiated Schizophrenia*

Ini merupakan kategori bagi individu yang tidak cocok dengan tida kategori sebelumnya (paranoid, disorganik, katatonik). Individu dalam kategori ini mengalami delusi, halusinasi, perilaku yang tidak teratur, perilaku katatonik, afek datar, energy rendah, perlambatan psikomotor, dan penarikan sosial.

5. *Residual Schizophrenia.*

Penderita dalam subtype ini tidak mengalami delusi yang menonjol, halusinasi, ucapan yang tidak teratur, atau perilaku yang tidak teratur atau katatonik. Namun, mereka mengalami gejala negative skizofrenia, seperti kesulitan dalam memustikan perhatian, penarikan sosial, apati, penurunan ucapan, dan sebagainya.

6. *Schizoaffective Disorder*

Gangguan ini ditandai oleh defisit yang menyebar dan persisten dalam keterampilan sosial dan interpersonal, perilaku eksentrik, kesulitan membentuk hubungan pribadi yang dekat, serta, serta distorsi kognitif dan perseptual. Orang dengan kondisi ini mengalami gejala psikotis, seperti halusinasi atau delusi, serta gejala manik atau episode bipolar depresi atau campuran keduanya,

2.1.3 Etiologi Skizofrenia

Penyebab Skizofrenia menurut (Prabowo 2014) diantaranya yaitu :

1. Faktor Biologis

a. Komplikasi Kelahiran

Bayi laki-laki yang memiliki komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.

b. Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trisemester kedua kehamilan akan meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami skizofrenia.

c. Hipotesis Dopamine

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamine D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan.

d. Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 mengobservasi efek *lysergic acid diethylamide* (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal.

e. Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah system limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda

dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel gila, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

2. Faktor Genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek/nenek, dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita skizofrenia, sedangkan kembar dizigotik sebanyak 12%. Anak dan kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

2.1.4 Manifestasi Klinis

1. Kognitif

Klien dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang rumit dan mengungkapkan kalimat yang koheren karena neurotransmisi dalam sistem pengolahan informasi otak rusak (Stuart, 2009). Tanda dan gejala gangguan pada kognitif dapat berupa masalah pada fungsi :

2. Memori : kesulitan menerima dan menggunakan memori yang disimpan, kerusakan memori jangka pendek/jangka panjang.
3. Perhatian: sukar mempertahankan perhatian, kurang konsentrasi, distraktili, ketidakmampuan menggunakan perhatian selektif



4. Gangguan formal pikiran: kehilangan asosiasi, tangensial, inkoheren/neologisme, illogical, sirkumtansial, bicara kacau, miskin bicara.
5. Pengambilan keputusan: gagal membuat kesimpulan bimbang, *insight* yang kurang (anosognosis), kerusakan pembentukan konsep, kerusakan penilaian, pikiran tidak konkret, kurang perencanaan dan kurang memiliki kemampuan pemecahan masalah, kesulitan memulai tugas.
6. Proses pikiran: delusi, paranoid, grandiose, religious, somatik, nihilistik, kontrol pikir.
7. Persepsi

Persepsi adalah identifikasi dan interpretasi awal stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui penglihatan, suara, rasa, sentuhan, dan bau. Halusinasi adalah distorsi persepsi palsu yang terjadi dalam respon neurobiologis maladaptif. Respon yang tidak tepat ini dapat terjadi pada kelima panca indera, yaitu: halusinasi pendengaran, halusinasi penciuman, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecap, halusinasi perabaan, dan halusinasi kinestetik.

8. Emosi

Emosi digambarkan sebagai suasana hati dan afek. Suasana hati diartikan sebagai nada perasaan yang luas dan berkelanjutan yang dapat dialami selama beberapa jam atau selama bertahun-tahun dan terasa dapat mempengaruhi pandangan dunia seseorang. Afek mengacu pada perilaku seperti gerakan tangan dan mengacu pada perilaku seperti gerakan tangan dan tubuh, ekspresi wajah, dan nada suara yang dapat diamati ketika seseorang mengekspresikan dan mengalami perasaan dan emosi.

Masalah emosi biasanya terlihat pada skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. *Mexithymia*: Kesulitan penamaan dan menggambarkan emosi
- b. *Anhedonia*: Ketidakmampuan atau kemampuan menurun untuk mengalami kesenangan, sukacita, keintiman, dan kedekatan
- c. *Apatisme*: kurangnya perasaan, emosi, kepentingan, atau keprihatian.

9. Perilaku dan gerakan

Perilaku maladaptif dalam skizofrenia termasuk memburuk penampilan, kurangnya ketekunan ditempat kerja atau sekolah, avolition, perilaku berulang atau stereotip, agresi, agitasi, dan negativisme. Gerakan maladaptif yang terkait dengan skizofrenia termasuk katatonia, gerakan mata abnormal, meringis, gaya berjalan abnormal, tingkah laku menerisme dan efek samping extrapyramidal obat psikotropika. Perilaku agresif, agitasi, dan perilaku kekerasan sering digunakan untuk menggambarkan klien dengan skizofrenia.

10. Sosialisasi

Sosialisasi adalah kemampuan untuk membentuk hubungan kerjasama dan saling bergantung dengan orang lain. Masalah sosial dapat terjadi dari penyakit secara langsung maupun tidak langsung, efek langsung terjadi ketika gejala mencegah orang dari sosialisasi, mengakibatkan penarikan sosial, isolasi dari kegiatan kehidupan, ketidakmampuan untuk berkomunikasi koheren, hilangnya dorongan dan ketertarikan, penurunan keterampilan sosial, kebersihan pribadi yang buruk.(Freska and Wenny 2022)

2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut Ann (2005) dalam (yunita Rizka, Isnawati IIn 2020) penatalaksanaan pada klien skizofrenia dibagi menjadi:

1. Hospital psikiatrik jangka pendek

Pada hospital psikiatrik jangka pendek dilakukan untuk menatalaksanakan gejala-gejala akut dan memberikan lingkungan yang aman dan terstruktur serta bebrbagai pengobatan, termasuk:

- a. Pengobatan farmakologi dengan medikasi antispikotik
- b. Menejemen lingkungan
- c. Terapi pendukung, yang pada umumnya berorientasi pada realitas dengan pendekatan perilaku kognitif
- d. Psikologi edukasi bagi klien dan keluarganya
- e. Rencana pemulangan dari rumah sakit untuk memastikan kontinuitas asuhan

2. Hospitalisasi psikiatrik jangka panjang

- a. Hospitalisasi jangka panjang diberikan pada klien dengan gejala persisten yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain.
- b. Tujuannya adalah menstabilkan dan memindahkan klien secepat mungkin kelingkungan yang kurang restriktif

3. Pengobatan berbasis komunitas. Memberikan layanan komperhensif berikut kepada klien dan keluarganya:
 - a. Perumahan bantuan meliputi rumah transisi; pengaturan hidup yang kooperatif; *crisis community residence*; pengasuhan anak angkat; dan *board and care home*.
 - b. *Program day treatment* memberikan terapi kelompok, pelatihan keterampilan sosial, penatalaksanaan pengobatan, dan sosialisasi dan reaksi.
 - c. Terapi pendukung melibatkan seorang manajer kasus dan sejumlah ahli terapi untuk klien dan keluarganya.
 - d. Program psikoedukasi bagi klien, keluarganya dan kelompok- kelompok masyarakat.
 - e. *Outreach services* diadakan untuk menemukan kasus dan memberikan program pengobatan preventif bagi individu dan keluarga yang mengalami peningkatan resiko.
4. Rehabilitasi psikososial
 - a. Rehabilitasi psikososial menekankan perkembangan keterampilan dan dukungan yang diperlukan untuk hidup, belajar dan bekerja dengan baik dikomunitas.
 - b. Pendekatan ini dapat menjadi bagian dari program pengobatan diberbagai tempat pemberian layanan. Penggunaan gedung pertemuan tempat klien dapat berkumpul untuk bekerja bersama dan bersosialisasi sambil mempelajari keterampilan yang diperlukan, dapat menjadi bagian dari layanan masyarakat di beberapa tempat.

2.2.Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang di ekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan atau sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk merupakan respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang dan merupakan bentuk perilaku destruktif yang tidak dapat di kontrol (Risal Muhammad, Hamu Antonia Helena, Litaqia Wulida, Dewi Eltania Ulfameytalia, Shintania Debby 2020)

Menurut (Pratama and Senja 2022) menyatakan Perilaku kekerasan adalah salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan secara verbal atau non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan seperti mengamuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, atau merusak baik fisik maupun kata-kata.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif dari marah akibat ketidakmampuan klien untuk mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya. (Alfianto,2021). Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku

kekerasan dapat disebut juga sebagai ekspresi kemarahan yang berlebihan dan tidak terkendali.

2.2.2 Etiologi

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Psikologis

Psychoanalytical Theory : Teori ini mendukung perilaku agresif akibat dari *instinctual drives*. Perilaku manusia dipengaruhi oleh dua ishting. Pertama, hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan kedua, kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

b. Faktor Sosial Budaya

Sosial Learning Theory, teori ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon yang lain. Agresi dipelajari oleh observasi atau imitasi, dan sering mendapatkan penguatan.

c. Faktor Biologis

Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanya pemebrian stimulus listrik ringan pada hipotalamus binatang menimbulkan perilaku agresif

d. Perilaku

Reinforcement saat melakukan kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan

2. Faktor Presipitasi

Seseorang akan mengeluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam dengan tidak menyadari apa yang menjadi sumber kemarahannya. Faktor pencetus dari klien berupa kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan,

kurang percaya diri. Sedangkan dari lingkungan berupa kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik, interaksi sosial.(Indari et al. 2023)

2.2.3 Tanda dan Gejala

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

1. Fisik

- a. Muka merah dan tegang
- b. Mata melotot/pandangan tajam
- c. Tangan mengepal
- d. Rahang mengatup
- e. Wajah memerah dan tegang
- f. Postur tubuh kaku
- g. Pandangan tajam
- h. Mengatupkan rahang dengan kuat
- i. Mengepalkan tangan
- j. Jalan mondar-mandir

2. Verbal

- a. Bicara kasar
- b. Suara tinggi, membentak atau berteriak
- c. Mengancam secara verbal atau fisik
- d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
- e. Suara keras
- f. Ketus

3. Perilaku

- a. Melempar atau memukul benda/orang lain
- b. Menyerang orang lain
- c. Melukai diri sendiri/orang lain
- d. Merusak lingkungan
- e. Amuk/agresif

4. Emosi

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

a. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

b. Spiritual

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

c. Sosial

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

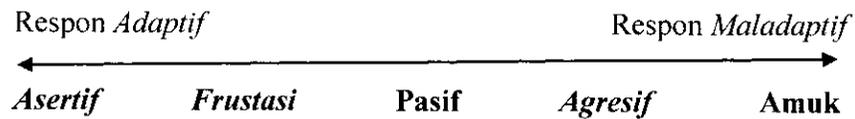
d. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual

(Azizah lilik makrifatul,Zainuro imam 2016)

2.2.4 Rentang Respon Marah

Marah yang dialami setiap individu memiliki rentang dimulai dari respon adaptif sampai maladaptif, seperti gambar tersebut:



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Keterangan:

Menurut (Risal Muhammad, Hamu Antonia Helena, Litaqia Wulida, Dewi Eltania Ulfameytilia, Shintania Debby 2020) rentang respon marah terdapat beberapa bagian, diantaranya:

- Asertif* : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- Frustasi* : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/ terhambat
- Pasif* : Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya
- Agresif* : Perilaku *destruktif* tapi masih terkontrol
- Amuk* : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol

2.2.5 Dampak Perilaku Kekerasan terhadap Pasien dan Keluarga

Perilaku kekerasan dapat memiliki dampak yang signifikan pada pasien dan keluarga. Beberapa dampak yang mungkin terjadi adalah:

1. Stigma dan Diskriminasi

Pasien dengan perilaku kekerasan sering kali mengalami stigmatisasi dan diskriminasi sosial, yang dapat mempengaruhi kesehatan mental dan emosional mereka, serta akses mereka terhadap dukungan dan layanan yang diperlukan.

2. Trauma Psikologis

Pasien dan keluarga yang mengalami perilaku kekerasan dapat mengalami trauma psikologis yang serius. Hal ini dapat mempengaruhi kesejahteraan pasien secara menyeluruh dan memerlukan dukungan dan pemulihan yang tepat.

3. Gangguan Hubungan Keluarga

Perilaku kekerasan dapat merusak hubungan keluarga dan mempengaruhi dinamika keluarga secara keseluruhan. Keluarga memerlukan dukungan dan strategi untuk mengatasi konflik dan memulihkan hubungan yang sehat.

(Tambokan, Rahman, and Aminah 2023)

2.2.6 Mekanisme Koping

Menurut (Prabowo 2014) beberapa mekanisme koping yang digunakan terhadap pasien marah untuk mempertahankan diri sendiri antara lain:

1. Sublimasi : Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia yang artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal.

2. Proyeksi : Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik.
3. Represi : Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke dalam alam sadar
4. Reaksi formasi: Mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap juga perilaku yang berlawanan dan juga menggunakannya sebagai rintangan
5. *Displacement*: Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan.

2.2.7 Perilaku Risiko Perilaku Kekerasan

Pasien dengan gangguan risiko perilaku kekerasan memiliki perilaku yang perlu diperhatikan. Perilaku pasien dengan gangguan perilaku kekerasan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Adapun perilaku yang harus dikenali dari pasien gangguan risiko perilaku kekerasan menurut (Sutejo 2018) antara lain:

1. Menyerang Atau Menghindari

Pada keadaan ini respons fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi. HCL meningkat, *peristaltic gaster* menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan meningkat, disertai ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan Secara Asertif

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

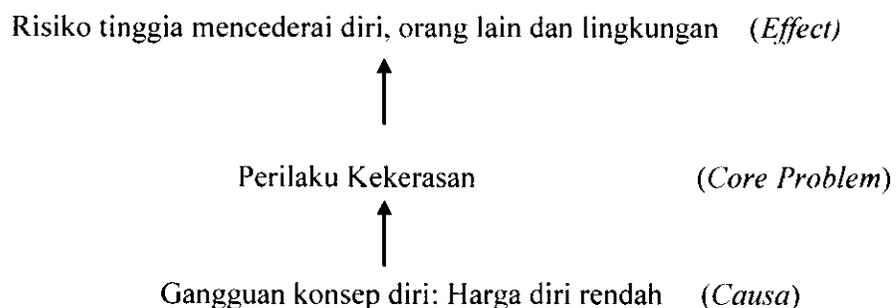
3. Memberontak

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

4. Perilaku Kekerasan

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

2.2.8 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah (Sumber : (Yusuf, Fitriyasari, and Nihayati 2018))

2.2.9 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

- a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilakupsikosial
- b. Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri
- c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas
- d. ECT (*Elektro Convulsive Therapy*), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan dengan menerapkan startegi SP 1-5 pada klien sebagai berikut:

- a. SP 1: Mengidentifikasi perilaku kekerasan klien, teknik mengontrol dengan cara fisik I, yaitu Tarik napas dalam, bangun rasa hubungan saling percaya, mengecek resiko perilaku kekerasan , mengeceki tanda gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi sikap kekerasan yang dilakukan, mengecek bahaya perilaku kekerasan, menjelaskan cara mengendalikan sikap kekerasan , menuliskan ke jadwal harian.
- b. SP 2: Ajarkan klien dalam mengendalikan sikap kekerasan dengan cara fisik II yaitu memukul Kasur, hari selanjutnya membuat jadwal harian
- c. SP 3 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan terhadap orang lain, berlatih menunjukkan rasa marah yaitu berbicara dengan halus, membuat jadwal harian cara menyatakan sikap marah.

- d. SP 4 Klien : Mengajarkan klien cara mengontrol sikap kekerasan secara spiritual, Membantu klien untuk beribadah dan berdoa menurut keyakinan masing-masing, membuat jadwal harian beribadah dan berdoa
- e. SP 5 Klien : Mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara rutin dan mencatat waktu pemberian obat klien secara teratur.

2.2.10 Keaslian Penelitian

Penyusunan karya ilmiah ini diawali dengan mencari literature pendukung. Kata kunci yang digunakan untuk mencari keaslian penelitian ini adalah “*Paranoid skizophrenia.Risk of violent behavior, SP 1-5 risk of violent behavior*”. Artikel diperoleh dari beberapa database seperti *database Scopus, Google Scholar, PubMed, Science Direct, Garuda*. Artikel diambil dari tahun 2019 - 2023. Hasil pencarian literatur dengan kata kunci di atas di dapatkan beberapa artikel jurnal yang kemudian disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini.

Tabel 2. 1 Keaslian Penelitian

No	Judul	Metode	Hasil
1.	Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Resiko Perilaku Kekerasan Melalui Intervensi Latihan Fisik 2: Terapi Pukul Bantal pada Nn A dan Nn D di Pandeglang Banten (Fajariyah and Tresna 2023) Database : <i>Google Scholar</i> Jurnal : Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)	D : Penelitian studi kasus S : Sampel 2 pasien V : Terapi pukul bantal, risiko perilaku kekerasan I : Respon pasien dinilai dan didokumentasikan dengan menggunakan proses keperawatan standar A :Studi kasus	Hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada 2 klien risiko perilaku kekerasan selama tiga hari menunjukkan bahwa terapi pukul bantal dapat mengalihkan dan membuat tenang klien karena dapat meluapkan emosinya melalui terapi pukul bantal.
2.	Pengaruh <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> terhadap Gejala dan Kemampuan Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan (Sulistiowati, Keliat, and Wardani 2014) Database : Garuda	D : Quasi Eksperiment S : Sampel 60 orang V : <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> (ACT), Resiko Perilaku Kekerasan I : Kuesioner	Hasil penelitian menunjukkan penurunan gejala perilaku kekerasan secara bermakna pada kelompok yang mendapatkan terapi ACT dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi ACT (p

No	Judul	Metode	Hasil
	Jurnal : Jurnal Keperawatan Jiwa	A : Univariat, bivariat dan multivariat (Menggunakan program <i>Linier Logistic Regression</i>)	value < 0,05). Kemampuan ACT memiliki hubungan terhadap gejala perilaku kekerasan dimana didapatkan bila kemampuan ACT meningkat maka terjadi penurunan gejala perilaku kekerasan. ACT direkomendasikan untuk dikembangkan sebagai terapi keperawatan jiwa yang dapat diberikan pada klien resiko perilaku kekerasan
3.	Penerapan Terapi Musik, Dzikir dan <i>Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy</i> pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan (Sasongko and Hidayati 2020) Databese : Garuda Jurnal : Ners Muda Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang	D : Penelitian deskriptif studi kasus S : 2 pasien V : Terapi musik, Dzikir dan Rational emotive cognitive behavior therapy, Resiko perilaku kekerasan I : Respon pasien di nilai dan didokumentasikan dengan menggunakan proses keperawatan standar, kuesioner A :-	Hasil penelitian Menunjukkan adanya penurunan nilai ambang marah sebelum dan sesudah terapi yaitu nilai ambang marah sebelum terapi adalah 8 untuk kasus I dan 10 untuk kasus II, sesudah terapi ambang marah turun menjadi 2 pada kasus I dan 3 pada kasus II. Semakin rendah ambang marah maka semakin bagus pasien dalam mengontrol marah. Terapi musik, dzikir dan rational emotive cognitive behaviour terbukti menurunkan ambang marah, memberikan ketenangan dan meningkatkan berfikir positif klien.
4.	Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur (Tazqiyatus Sudia 2021) Databese : <i>Google scholar</i> Jurnal : Jurnal lentera	D : Penelitian studi kasus dengan penelaah kasus S : 1 orang dengan gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan V : Teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah, resiko perilaku kekerasan I : observasi, wawancara dan dokumentasi. A :-	Hasil penelitian menunjukkan setelah tindakan selama 3 hari marah pada pasien risiko perilaku kekerasan, marah dapat dikontrol.
5.	Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia pada Pasien	D :Penelitian deskriptif S : 1 orang dengan masalah utama Resiko Perilaku	Hasil penelitian menunjukkan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis skizofrenia teratasi pada hari ke 3 dengan tindakan

No	Judul	Metode	Hasil
	Gangguan Jiwa (Permani, Apriliani, and Dewi 2023). Databese : <i>Google Scholar</i> Jurnal : <i>Journal of management nursing</i>	kekerasan denga Diagnosa medis Skizofrenia V :Resiko perilaku kekerasan. Skizofrenia I : Observasi, wawancara dan dokumentasi A :-	keperawatan meliputi pemantauan mengontrol emosi pasien, melatih pasien tarik nafas dalam.
6.	<i>Prescribing Patterns of Psychotropic Drugs and Risk of Violent Behavior: A prospective, Multicenter Study in Italy</i> (Di Giacomo et al. 2020) Databese : <i>Science Direct</i> Jurnal : <i>International Journal of Neuropsychopharmacology</i>	D : Penelitian Studi Deskriptif S : Populasi 1276 pasien, sampelnya yaitu 893 pasien V : Intervensi restriktif, pasien risiko perilaku kekerasan, dan pasien perilaku kekerasan I : Wawancara A :-	Hasil penelitian menunjukkan baik pasien rawat inap maupaun rawat jalan memiliki tingkat polifarmasi yang tinggi. Kepatuhan minum obat yang lebih tinggi dikaitkan dengan tingkat perilaku agresif dan kekerasan yang lebih rendah.
7.	<i>A Descriptive Study on The Use of Restrictive Interventions for Potentially or Actually Violent Patients in The Emergency Departememt</i> (Tosswill et al. 2023) Databese : <i>Science Direct</i> Jurnal : <i>Australasian Emergency care</i>	D : Penelitian studi deskriptif S : Populasi 1276 pasien, Sampelnya yaitu 893 pasien V : Intervensi restriktif, pasien risiko perilaku kekerasan, dan pasien perilaku kekerasan I : Observasi A : Regresi logistick dengan IBM SPSS Statistics V23	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari N= 1276 pasien yang berpotensi atau benar-benar melakukan kekerasan, 70 % atau 093 pasien menerima intervensi restriktif. Pengekangan secara kimia umum terjadi, dengan 1 dari 2 pasien menerima obat oral atau injeksi intramuscular. Probabilitas intervensi restriktif lebih tinggi pada pasien yang dating dalam keadaan mabuk.
8.	<i>Yoga pranayama Lowers The Risk of Violent Behavior in Schizophrenia</i> (Dwi Jayanti, Wiraputra, and Mirayanti 2021) Databese : Garuda Jurnal : <i>Sport and Fitness Journal</i>	D : Penelitian Pre Ekperimental menggunakan one group pre-post test design S : Sampel 20 pasien V : Latihan yoga pranayama, risiko perilaku kekerasan I : Standar Operasional Prosedur (SOP) yoga dan form	Hasil statistic uji t berpasangan diperoleh nilai p (<0,05) artinya terdapat perbedaan yang bermakna gejala risiko perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia. Pasien pre test dan post test menunjukkan ada pengaruh pranayama yoga terhadap gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Latihan fisik melalui latihan

No	Judul	Metode	Hasil
		penilaian perilaku kekerasan. A: Analisis data uji Shapiro-Wilk dan Uji t Paried	yoga pranayama pada umumnya dapat mengurangi rangsangan fisiologis dan ketegangan sehingga dapat mengurangi kemarahan pasien.
9.	<i>Assertive training therapy for Schizophrenic patient with Risk of Violent Behavior : A Case Report</i> (Kurniati and Daulima 2019) Databese: PubMed Jurnal : <i>International Journal of Nursing and Health Services</i>	D: Penelitian studi kasus S : Sampel 1 pasien V : Latihan terapi asertif, risiko perilaku kekerasan I: Tidak adanya penggunaan instrument khusus untuk mengukur risiko perilaku kekerasan. Respon pasien dinilai dan didokumentasikan dengan menggunakan proses keperawatan standar A:-	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi asertif dapat mengatasi perilaku kekerasan pasien. Terapi asertif individu dapat menciptakan hubungan interpersonal yang baik dengan orang lain, dan dengan demikian, perilaku kekerasan atau agresif individu dapat dikontrol. Perawat dapat menerapkan terapi pelatihan ketegasan ini rumah sakit atau layanan masyarakat untuk mengatasi masalah pasien perilaku kekerasan
10.	<i>The Use Of Flashcard Games In The Application Of Cognitive Behavior Therapy (Cbt) In Schizophrenic Patients With Risk Of Violent Behavior</i> (Siregar, Effendi, and Mardhiyah 2022) Databese : Garuda Jurnal : Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat	D : Penelitian quasi experimental pre post test with control group S : Sampel 50 orang meliputi 25 orang dalam kelompok intervensi dan 25 orang dalam kelompok kontrol V : Cognitive Behavior therapy (CBT) dengan medial Flashcard game, risiko perilaku kekerasan I: Kuesioner dan lembar observasi A: Data dianalisis dengan analisis univariate dan bivariate	Hasil penelitian ini menunjukkan penurunan tanda gejala resiko perilaku kekerasan pada pasien schizoprenia lebih besar pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol dengan nilai p value = 0,000. Terapi CBT dengan flashcard efektif sebesar 66,6% dalam menurunkan perilaku kekerasan . Terapi CBT dengan flashcard game direkomendasikan sebagai terapi yang efektif , efisien dan mudah dilakukan oleh tenaga kesehatan serta keluarga untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan

BAB 3

METODE PENELITIAN

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Asuhan

Jenis asuhan dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan serangkaian kegiatan ilmiah dalam memperoleh pemahaman yang mendalam pada suatu kejadian yang dilakukan secara intensif, terinci, dan mendalam terkait suatu peristiwa dan aktivitas baik pada tingkat perorangan, kelompok, lembaga, atau organisasi (Nursalam 2020).

Tujuan studi kasus pada karya tulis ilmiah ini adalah untuk menggambarkan mengenai penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) pada klien dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan dan diagnosis medis skizofrenia paranoid.

3.2 Lokasi dan Waktu Pengambilan Kasus

Lokasi pengambilan kasus asuhan keperawatan jiwa di ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pelaksanaan studi kasus penulis melakukan pada tanggal 18 sampai 23 Juli 2023.

3.3 Subjek Studi Kasus

Subjek atau partisipan pada studi kasus ini terdiri dari 2 klien. Klien yang pertama Tn.M dengan jenis kelamin laki-laki berusia 38 tahun. Klien yang kedua adalah Tn. Y berusia 44 tahun. Semua klien didalam studi kasus ini merupakan klien yang sedang menjalani rawat inap di ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan dan diagnosis medis skizofrenia paranoid.

3.4 Metode Pengumpulan Data

Pengambilan data dalam rangkaian asuhan keperawatan disebut sebagai pengkajian keperawatan . Pengkajian keperawatan merupakan tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan data-data pasien untuk mengidentifikasi masalah keperawatan yang dialami klien. Data pengkajian terdiri atas primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara dan observasi. Sedangkan data sekunder dikumpulkan melalui rekam medis Rumah Sakit Jiwa . Pengumpulan data dilakukan secara langsung di Ruang Kenari Rumah sakit Jiwa Menur Surabaya. Penulis melakukan pengambilan data sekunder terlebih dahulu dengan tujuan untuk melihat gambaran besar kondisi partisipan penelitian serta penanganan medis dan perawatan yang telah dilakukan, sehingga saat melakukan pengambilan data primer, penulis dapat berfokus untuk menggali data tentang masalah keperawatan yang dialami partisipan. Saat pengambilan data, penulis menggunakan alat bantu penelitian seperti lembar pengkajian asuhan keperawatan jiwa, strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) , buku catatan, dan alat tulis. Lembar pengkajian berfungsi untuk mendokumentasikan hasil pengkajian selama proses pengambilan data. Tahap-tahap pengambilan data primer dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan

Penulis menemui partisipan untuk meminta kesediaan berpartisipasi dalam studi kasus ini. Saat menemui partisipan di Ruang Kenari, penulis memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, prosedur pengambilan data, serta meminta kesediaan partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian. Setelah mendapatkan kesediaan partisipan, penulis dan partisipan membuat

kontrak waktu dan tempat untuk melakukan wawancara. Penulis menyiapkan alat bantu penelitian yang akan digunakan selama pengambilan data. Selain itu, penulis juga mempersiapkan diri untuk melakukan komunikasi efektif dengan partisipan selama pengambilan data. Tujuannya agar selama proses wawancara dan observasi dapat berjalan secara efektif dan efisien sehingga data studi kasus yang didapatkan maksimal. Sebelum memulai proses wawancara, penulis mempersilakan partisipan untuk bertanya jika ada yang ingin ditanyakan mengenai proses pengambilan data dalam penelitian ini.

2. Tahap Kerja (SP 1-5)

Saat pengambilan data, penulis dan partisipan duduk berhadapan agar mudah untuk melakukan observasi selama proses wawancara. Setelah itu, penulis kembali memperkenalkan diri dan membuat kontrak waktu untuk durasi wawancara, dimana wawancara akan berlangsung selama 15 menit. Penulis juga kembali memberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat, dan prosedur pengambilan data yang akan dilakukan. Wawancara diawali dengan menanyakan kabar partisipan. Kemudian dilanjutkan dengan pertanyaan sesuai dengan lembar pengkajian asuhan keperawatan jiwa. Saat memberikan pertanyaan, penulis berusaha menggunakan bahasa yang mudah dipahami partisipan. Apabila ada jawaban yang kurang jelas, penulis akan melakukan klarifikasi kepada partisipan. Sebaliknya, partisipan juga dapat memberikan klarifikasi jika pertanyaan yang diberikan oleh penulis kurang dapat dipahami. Setelah proses pengkajian dilanjutkan dengan analisa data untuk menentukan diagnosa keperawatan yang tepat. Jika sudah ditemukan diagnosa keperawatan yang tepat kemudian menentukan intervensi yang sesuai yaitu Strategi

Pelaksanaan (SP) 1-5 risiko perilaku kekerasan. Implementasi dari intervensi diberikan waktu 5 sampai 6 hari, dimana setiap hari akan dilakukan evaluasi dari intervensi yang sudah dilakukan, Berikut ini Strategi Pelaksanaan (SP) 1-5 risiko perilaku kekerasan:

SP 1:

1. Membina hubungan saling percaya
2. Mengidentifikasi penyebab perasaan marah
3. Tanda dan gejala yang dirasakan.
4. Perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
5. Akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
6. Cara mengontrol marah secara fisik yang ke-1 dengan latihan nafas dalam

SP 2:

1. Evaluasi latihan nafas dalam
2. Latihan cara fisik yang ke-2 : Pukul kasur atau bantal
3. Menyusun jadwal kegiatan harian mengontrol marah dengan cara fisik

SP 3:

1. Evaluasi jadwal harian untuk dua cara kontrol marah secara fisik
2. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: Menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
3. Menyusun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal

SP 4:

1. Mendiskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial atau verbal.

2. Latihan sholat atau berdoa
3. Buat jadwal sholat atau berdoa

SP 5 :

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian klien cara mencegah marah yang sudah dilatih
2. Latih klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, benar dosis) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat
3. Susun jadwal minum obat secara teratur
4. Tahap Terminasi

Setelah didapatkan data-data hasil wawancara dan observasi, penulis akan melakukan validasi data kepada partisipan. Partisipan dapat memberikan klarifikasi jika terdapat data yang tidak sesuai dengan yang dialami oleh partisipan. Sebelum mengakhiri pertemuan, penulis melakukan kontrak waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya, terakhir, penulis mengucapkan terima kasih kepada partisipan karena telah berpartisipasi dan bersikap kooperatif selama proses pengambilan data.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN



4.1 Hasil

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada tanggal 18 Juli 2023 di Ruang Kenari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Hasil pengkajian keperawatan yang ditemukan sebagai berikut:

1. Identitas Pasien

Klien 1	Klien 2
Nama Tn. M, jenis kelamin laki-laki, umur 38 tahun, alamat Bangkalan, pendidikan terakhir SMA, klien bekerja agama Islam, masuk RSJ tanggal 12 Juli 2023, dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Juli 2023. Diagnosa medis berupa <i>paranoid schizophrenia</i>	Nama Tn. Y, jenis kelamin laki-laki, umur 44 tahun alamat Tuban, pendidikan SMA, klien tidak bekerja, agama Islam, masuk ke RSJ tanggal 06 Juli 2023, dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Juli 2023. Diagnosa medis berupa <i>paranoid schizophrenia</i>

2. *Assesment*/Pemeriksaan.

a. Alasan masuk

Klien 1	Klien 2
Klien mengatakan dibawa oleh ibu dan saudaranya ke rumah sakit jiwa karena klien tidak dikasih rokok sama ibunya kemudian klien marah-marah klien memecahkan piring. Klien mengatakan merasa kesal karena tidak jadi lamaran karena di tinggal pacarnya. Saat dikaji di ruang Kenari : Cara bicara cepat, klien cenderung diam, klien kurang kooperatif, kontak mata kurang.	Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit jiwa keinginan klien untuk meminta uang tidak di kasih kemudia klien marah-marah lalu bertengkar dengan saudaranya sambil memukul keluarganya. Saat dikaji di ruang Kenari : Cara bicara cepat dan bersuara keras, klien kooperatif , klen tampak mengepalkan tangannya.

b. Faktor Predisposisi

Klien 1	Klien 2
Klien pernah di bawa ke RS dekat rumahnya saat tahun 2019 yang lalu, klien dipasung dan di rantai karena keinginannya tidak dituruti sehingga klien marah dan memukul pamannya. Klien juga pernah konsultasi ke psikiatri di RS. Dr.Soetomo	Klien baru pertama kali masuk RSJ .Klien mengatakan dirinya suka emosi dan marah semenjak berpisah dengan istri yang pertama.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien 1	Klien 2
Tidak ada keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa	Tidak ada keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa

d. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien 1	Klien 2
Klien mengatakan trauma saat dipasung dan di rantai karena pernah marah-marah dan memukul pamannya. Klien juga trauma karena klien pernah ditinggalkan pacarnya	Klien mengatakan bercerai dengan istri yang pertama 4 tahun yang lalu. Pada tahun 2023 beberapa bulan yang lalu anak pasien dibawa istrinya pertama ke malang. Klien tidak terima dengan kejadian tersebut. Klien juga pernah di PHK dari tempat kerja

e. Pemeriksaan Fisik

	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum :	Pasien tampak tenang	Pasien tampak tenang
TB dan BB :	168 cm dan 60 kg	167 cm dan 56 kg
Tanda-tanda vital :	132/98 mmHg	125/75 mmHg
Keluhan fisik :	Pada pemeriksaan tidak ditemukan masalah keperawatan	Pada pemeriksaan tidak ditemukan masalah keperawatan

f. Pemeriksaan Psikososial

	Klien 1	Klien 2
Gambaran diri :	Klien menyukai semua anggota tubuhnya	Klien mengatakan menerima dan bersyukur atas apa yang sudah diberi dari pada tubuhnya dari rambut hingga kaki
Identitas :	Klien mengatakan bahwa klien anak tunggal	Klien mengatakan dirinya anak ke dua dari tiga bersaudara dan klien sekarang tinggal bersama orang tua , istri kedua serta anak-anaknya.
Peran :	Klien mengatakan memiliki pekerjaan sebagai potong rambut	Klien mengatakan bekerja di pabrik
Ideal diri :	Klien mengatakan ingin segera pulang, ingin segera sembuh dan dapat beraktivitas lagi seperti semula	Klien mengatakan ingin segera pulang karena rindu dengan keluarga di rumah.
Harga diri :	Klien merasa tidak berharga karena tidak bisa bekerja	Klien mengatakan sebagai kepala rumah tangga tidak berharga karena klien sekarang tidak bisa bekerja.

g. Hubungan Sosial

	Klien 1	Klien 2
Orang yang berarti :	Ibu	Orang tua, istri, anak
Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :	Klien jarang berinteraksi dengan orang sekitar rumahnya	Klien suka berinteraksi dengan lingkungan sekitar
Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :	Klien lebih suka menyendiri dan tidak suka berinteraksi dengan banyak orang	Klien suka bertemu banyak orang dan klien sering berinteraksi dengan banyak orang
Nilai dan keyakinan :	Beragama Islam namun jarang beribadah	Beragam Islam, klien selama di rumah beribadah
Kegiatan ibadah :	Tidak beribadah saat di RSJ, beribadah saat di rumah	Beribadah di rumah maupun di RSJ

h. Status Mental

	Klien 1	Klien 2
Penampilan :	Klien berpakaian rapi an bersih, memakai seragan kenari,klien memakai tindik di telinga kiri	Penampilan klien rapi, memakai baju kenari, bersih dan rapi
Pembicaraan :	Waktu di rumah : klien sering berbicara dengn nada tinggi dan suka marah-maraha Saat diruang kenari : klien berbicara cepat dan keras saat menceritakan masa lalunya, kurang kooperatif	WakTu di rumah : klien sering berbicara dengan nada tinggi, dan suka marah-maraha Saat di ruang kenari : klien saat berbicara cepat,jelas, kooperatif
Aktivitas motorik :	Klien tampak tidak mau beraktivitas, klien lebih sering tidur	Klien tampak semangat saat beraktivitas
Alam Perasaan :	Klien tampak tenang , tidak marah atau emosi	Klien tampak tenang,tidak marah
Afek :	Ekspresi sesuai dengan stimulasi (pembicaraan)	Ekspresi sesuai dengan stimulasi (pembicaraan)
Interaksi selama wawancara :	Klien kurang kooperatif, kontak mata kurang	Klien kooperatif , kontak mata baik
Persepsi :	Klien tidak mengalami halusinasi	Klien tidak mengalami halusinasi
Proses pikir :	Klien berbicara dengan lancar, jawaban sesuai dengan pertanyaan	Klien berbicara dengan lancar, jawaban sesuai dengan pertanyaan
Tingkat kesadaran :	Klien mengetahui nama, waktu, dan tempat saat ini	Klien mengetahui nama, waktu dan tempat saat ini
Memorie :	Klien dapat menyebutkan pengalaman masa lalu seperti sekolah	Klien dapat menyebutkan pengalaman masa lalu seperti sekolah, bekerja
Tingkat konsentrasi dan berhitung :	Saat di ajak bicara klien bisa berkonsentrasi fokus dengan topik, klien bisa berhitung sederhana seperrti penjumlahan	Saat di ajak bicara klien bisa berkonsentrasi fokus dengan topik, klien bisa berhitung sederhana seperrti penjumlahan
Kemampuan penilaian :	Klien mengetahui dan menyadari setelah marah dan memukul , klien merasa bersalah dan menyesali perbuatannya.	Klien mengetahui dan menyadari setelah marah dan memukul , klien merasa bersalah dan menyesali perbuatannya.
Daya tilik diri :	Klien mengatakan dirinya sedang sakit dan sudah 2x	Klien mengatakan tidak dapat mengontrol

dirawat di Rs dekat rumahnya dan di RSJ amarahnya dan ini klien pertama kali di RSJ

i. Mekanisme Koping

Klien 1	Klien 2
Klien mencederai/memukul dirinya sendiri dan orang lain saat marah jika keinginannya tidak dipenuhi	Klien mencederai atau memukul orang lain saat marah jika keinginannya tidak dipenuhi

j. Masalah psikososial dan lingkungan

	Klien 1	Klien 2
Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :	Klien lebih suka sendiri	Klien suka bergaul dengan teman
Masalah berhubungan dengan lingkungan spesifik :	Klien mengatkan saat marah terkadang membanting barang yang ada disekitar lingkungannya	Klien mengatakan tidak memiliki masalah dengan lingkungan
Masalah dengan pendidikan, spesifik :	Klien lulus SMA dan puas dengan pendidikannya	Klien lulus SMA dan puas dengan pendidikannya
Masalah dengan pekerjaan, spesifik :	Klien merasa puas dengan masalah pekerjaannya	Klien merasa tidak puas dengan masalah pekerjaannya. Sebelumnya klien pernah bekerja lalu di pecat
Masalah dengan perumahan spesifik :	Klien tinggal bersama ibunya.	Klien tinggal bersama orang tua, istri ke dua dan anak-anaknya
Masalah dengan ekonomi spesifik :	Klien mengatkan bekerja dan mempunyai penghasilan sendiri	Klien mengatakan bekerja namun penghasilan kurang

Masalah lainnya, spesifik :	Klien selalu mengatakan ingin pulang saat di kaji.	Klien mengatakan ingin cepat pulang karena sudah kangen dengan keluarganya
-----------------------------	--	--

k. Aspek Medis

	Klien 1	Klien 2
Diagnosis medis :	<i>Paranoid schizophrenia</i>	<i>Paranoid schizophrenia</i>
Terapi medis :	- Trifluoperazine 2x 5mg - Clozapine 25 mg 1X ½ tablet	- Haloperidol 2X5 mg, - Trihexyphenidyl 2X2 mg - Clozapine 2x25 mg

4.1.2 Analisa Data

1. Analisa data Diagnosa Keperawatan Tn. M

Tabel 4. 1 Analisa Data

Klien	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1 Tn.M	<p>Data Subyektif :</p> <p>1) Klien mengatakan saat marah klien memukul orang, membanting barang-barang dirumah dan merusak lingkungan sekitar</p> <p>2) Klien mengatakan saat masuk Rumah sakit Jiwa klien marah dan memukul kepalanya sendiri</p> <p>Data Obyektif:</p> <p>1) Klien tampak kurang kooperatif saat diajak berbicara</p> <p>2) Kontak mata kurang</p> <p>3) Cara bicara cepat</p> <p>4) Nada bicara sedikit tinggi ketika membahas tentang masa lalunya</p>	<p>Risiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan</p> <p>↑</p> <p>Perilaku kekerasan</p> <p>↑</p> <p>Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>

Klien	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
2 Tn.Y	<p>Data Subyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan sebelum masuk RSJ klien sering marah-marah , bertengkar dan memukul keluarganya. 2) Klien mengatakan mudah marah jika membahas hal yang tidak disukainya termasuk mengenai mantan istrinya. <p>Data Obyektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tidak emosi 2) Cara bicara cepat dan bersuara keras 3) Klien tampak kooperatif 4) Kadang tampak mengepalkan tangannya 	<p>Risiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan</p> <p>↑</p> <p>Perilaku kekerasan</p> <p>↑</p> <p>Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah</p>	Risiko Perilaku kekerasan

4.1.3 Diagnosis Keperawatan

1. Risiko Perilaku Kekerasan

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan

Diagnosis	Tujuan	Perencanaan Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan
Risiko Perilaku Kekerasan	<p>TUM: Klien dapat mengatasi perilaku kekerasan dengan baik.</p> <p>TUK: 1) Klien dapat membina hubungan saling</p>	<p>Setelah pertemuan klien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengungkapkan keadaannya saat ini, klien mampu menjawab salam, ada kontak mata, klien mau berjabat tangan , klien mau 	<p>Strategi Pelaksanaan (SP)</p> <p>SP 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membina hubungan saling percaya 2) Mengidentifikasi penyebab perasaan marah 3) Tanda dan gejala yang dirasakan 4) Perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 5) Akibat perilaku keekrasan yang dilakukan

Diagnosis	Tujuan	Perencanaan Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan
	percaya (BHSP).	menyebutkan nama, klien duduk	6) Cara mengontrol marah secara fisik yang ke -1 dengan latihan nafas dalam.
	2) Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.	berdampingan dengan perawat. 2) Menceritakan penyebab perasaan jengkel/marah, baik dari diri sendiri dan lingkungannya	SP 2 : 1) Evaluasi latihan nafas dalam 2) Latihan cara fisik yang ke-2: Pukul Kasur atau bantal 3) Menyusun jadwal kegiatan harian mengontrol marah dengan cara fisik.
	3) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.	3) Klien mampu menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan.	SP 3 : 1) Evaluasi jadwal harian untuk dua cara kontrol marah secara fisik. 2) Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: Menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
	4) Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.	4) Klien mampu menjelaskan perilaku kekerasan yang dilakukan.	3) Menyusun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
	5) Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.	5) Klien menjelaskan akibat tindakannya bagi diri sendiri, orang lain dan lingkungan.	SP 4: 1) Mendiskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial atau verbal 2) Latihan sholat atau berdoa 3) Buat jadwal sholat atau berdoa.
	6) Klien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan	6) Klien menjelaskan cara untuk mengungkapkan marah atau mengontrol perilaku kekerasan.	SP 5: 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien cara mencegah marah yang sudah di latih 2) Latih klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, benar dosis) disertai penjelasan guna obat dan akibat apabila berhenti minum obat
	7) Klien dapat	7) Klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan (nafas, dalam,	3) Susun jadwal minum obat secara teratur

Diagnosis	Tujuan	Perencanaan Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan
	mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual, fisik, sosial, dan psikofarmaka.	memukul bantal/Kasur verbal, spiritual, obat).	

4.1.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 3 Implementasi dan Evaluasi Klien 1 Tn. M

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	TT
Risiko Perilaku Kekerasan	<p>TUK ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya (BHSP). 2) Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan. 3) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan. 4) Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. 5) Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya. 	<p>SP 1 :</p> <p>Pada pertemuan hari pertama di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 pasien, masalah teratasi sebagian. Klien mau memperkenalkan dirinya, klien juga bisa menyebutkan penyebab marahnya dan perilaku kekerasan yang dilakukannya, klien belum mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan SP 1 yaitu nafas dalam</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien menjawab salam dan mau memperkenalkan diri dengan singkat. 2) Klien mengatakan salah satunya penyebab marahnya dengan menceritakan alasan masuk RSJ karena tidak dikasih rokok sama ibunya sehingga pasien marah dan membanting piring, kemudian klien dibawa ke RSJ sama ibu dan saudaranya. 3) Klien mengatakan tanda dan gejala marah seperti 	

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	TT
	<p>6) Klien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>7) Klien dapat mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual, fisik, sosial, dan psikofarmaka.</p>		<p>berbicara keras dan berteriak</p> <p>4) Klien mengatakan pernah memukul ibunya dirumah tanpa sebab</p> <p>O:</p> <p>1) Klien cenderung terlihat diam</p> <p>2) Klien tidak mau memulai untuk berkomunikasi</p> <p>3) Klien kurang kooperatif</p> <p>- Klien belum mampu mempraktekkan nafas dalam setelah diajarkan</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lakukan pengulangan SP 1</p>	
Risiko Perilaku Kekerasan		<p>SP 1:</p> <p>Pada pertemuan hari kedua di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 pasien, masalah teratasi. Klien dapat menyebutkan perasaan marah yang dirasakan, akibat dari perilaku kekerasan dan mampu menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam.</p>	<p>S:</p> <p>1) Klien mengatakan dirinya tidak pernah marah-marah lagi</p> <p>O:</p> <p>1) Klien sesekali menunduk</p> <p>2) Klien saat berbicara cepat</p> <p>3) Klien dapat menyebutkan kembali mengenai perilaku kekerasan</p> <p>4) Klien mampu menerapkan cara napas dalam</p>	

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	TT
			<p>setelah beberapa kali pengulangan</p> <p>5) Klien kooperatif</p> <p>6) Klien mampu menjawab ketika ditanya</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2</p>	
Resiko Perilaku Kekerasan		<p>SP 2: Pada pertemuan hari ketiga di lakukan intervensi sesuai dengan SP 2 pasien, masalah teratasi. Klien mampu menyebutkan ulang perilaku kekerasan dengan nafas dalam dan latihan fisik, klien dapat mempraktikkan cara mengontrol marah dengan SP 2 yaitu memukul bantal atau kasur.</p>	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan bisa melakukan latihan fisik nafas dalam dan memukul bantal</p> <p>2) Klien mengatakan lega jika mengontrol marah dengan cara memukul bantal</p> <p>O :</p> <p>1) Klien kooperatif saat diajak berbicara.</p> <p>2) Klien menjawab pertanyaan yang diajukan</p> <p>3) Klien memukul bantal dan kasur</p> <p>4) Kontak mata baik</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan SP 3</p>	
Resiko Perilaku Kekerasan		<p>SP 3 : Pada pertemuan hari ke empat di lakukan intervensi sesuai dengan SP 3 pasien, masalah teratasi. Klien mampu menyebutkan ulang perilaku kekerasan</p>	<p>S :</p> <p>1) Klien mengatakan sudah menerapkan memukul bantal atau Kasur</p> <p>2) Klien mengatakan</p>	

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	TT
		dengan napas dalam dan latihan fisik dan klien dapat mempraktikkan cara mengontrol marah dengan SP 3 secara verbal.	<p>paham dengan apa yang diajarkan mengontrol marah dengan verbal</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien kooperatif 2) Klien menjawab pertanyaan yang diajukan 3) Klien mampu mempraktikkan cara mengontrol marah dengan verbal seperti meminta, menolak dengan baik. <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan SP 4</p>	
Risiko Perilaku Kekerasan		<p>SP 4: Pada pertemuan hari ke lima di lakukan intervensi sesuai dengan SP 4 pasien, masalah teratasi. Klien mampu menyebutkan ulang cara mengontrol marah yang pernah diajarkan sebelumnya, klien telah mengetahui dan mampu mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berwudhu, istighfar dan berdoa.</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan beberapa hari ini hanya menerapkan napas dalam dan secara verbal seperti yang telah diajarkan 2) Klien mengatakan tidak sholat selama masuk RSJ karena menurut klien ruangnya dikenari kotor atau tidak suci. 3) Klien mengatakan bisa tata cara sholat dan berdoa 4) Klien mencontohkan 	

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	TT
			<p>cara berdoa dan beristigfar</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak tenang 2) Kooperatif 3) Kontak mata meningkat 4) Klien mempraktekkan tata cara wudhu 5) Klien mampu mempraktekkan cara beristighfar dan cara berwudhu <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan SP 5</p>	
<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>		<p>SP 5: Pada pertemuan hari ke enam di lakukan intervensin sesuai dengan SP 5 pasien, masalah teratasi. Klien mampu menyebutkan ulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara napas dalam, cara fisik, verbal dan spiritual, klien mengetahui cara mengontrol perilaku kekerasan dengan SP 5.</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien mengatakan masih ingat apa saja cara mengontrol marah 2) Klien mengatakan belum menerapkan semua cara mengatasi perilaku kekerasan yang sudah diajarkan 3) Klien mengatakan paham guna obat dan menyebutkan 5 benar obat setelah beberapa kali diulang. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kontak mata baik 	

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	TT
			2) Klien tampak tenang 3) Klien mampu menyebutkan ulang 5 benar obat setelah 8 kali pengulangan atau diingatkan 4) Klien kooperatif A: Masalah teratasi P: Melakukan evaluasi ulang SP 1 samapi dengan SP 5	

Tabel 4. 4 Implementasi dan Evaluasi Klien 2 Tn.Y

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	TT
Risiko Perilaku Kekerasan	TUK ; 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya (BHSP). 2) Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan. 3) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan. 4) Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. 5) Klien dapat menyebutkan akibat dari	SP 1 : Pada pertemuan hari pertama di lakukan intervensi sesuai dengan SP 1 pasien, masalah teratasi. Klien dapat menyebutkan perasaan marah yang dirasakan, akibat dari perilaku kekerasan dan mampu menirukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam.	S: 1) Klien menjawab salam 2) Klien mengatakan sebelum masuk RSJ klien marah-marah dan memukul anggota keluarganya O: 1) Klien mau berjabat tangan 2) Pasien berbicara dengan jelas 3) Pasien kooperatif 4) Kontak mata baik 5) Pasien dapat melakukan latihan nafas dalam	

	<p>perilaku kekerasan yang dilakukannya.</p> <p>6) Klien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>7) Klien dapat mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual, fisik, sosial, dan psikofarmaka.</p>	<p>6) Pasien mamapu menceritakan masalahnya</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2</p>
--	---	--

Risiko Perilaku
Kekerasan

SP 2 :

Pada pertemuan hari ke dua di lakukan intervensi sesuai dengan SP 2 pasien, masalah teratasi. Klien mampu menyebutkan ulang mengontrol perilaku kekerasan dengan nafas dalam yang di ajarkan sebelumnya dan latihan fisik, klien mengetahui cara mengontrol perilaku kekerasan dengan SP 2 yaitu memukul bantal atau kasur.

S :

- 1) Klien mengatakan sudah bisa mempraktikkan teknik nafas namun klien belum menerapkan nafas dalam karena merasa tidak marah-marah lagi.
- 2) Klien mengtakan paham cara mengontrol emosi atau marah dengan memukul bantal atau Kasur.

O:

- 1) Klien kooperatif saat diajak berbicara.
- 2) Klien menjawab pertanyaan yang diajukan.
- 3) Pasien memukul bantal dan kasur.

Risiko Perilaku
Kekerasan

SP 3 :

Pada pertemuan hari ke tiga di lakukan intervensi sesuai dengan SP 3 pasien, masalah teratasi. Klien mampu menyebutkan ulang perilaku kekerasan dengan napas dalam dan latihan fisik dan klien dapat mempraktikkan cara mengontrol marah dengan SP 3 secara verbal.

4) Kontak mata baik.

A:
Masalah teratasi
P: Lanjutan SP 3

S :

- 1) Klien mengatakan belum menerapkan nafas dalam dan belum menerapkan memukul bantal atau Kasur karena klien tidak marah atau emosi
- 2) Klien mengatakan dapat mengontrol emosinya secara verbal dengan komunikasi yang baik

O:

- 1) Klien menjawab pertanyaan yang dianjurkan
- 2) Klien kooperatif
- 3) Klien mampu berkomunikasi dengan baik

A:
Masalah teratasi

P : Lanjutkan SP 4

Risiko Perilaku
Kekerasan

SP 4 :

Pada pertemuan hari ke empat di lakukan intervensi sesuai dengan SP 4 pasien, masalah teratasi. Klien

S :

- 1) Klien mengatakan mengatakan kemarin malam menerapkan

mampu menyebutkan ulang cara mengontrol marah yang pernah diajarkan sebelumnya, klien telah mengetahui dan mampu mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berwudhu, istighfar dan berdoa.

- tindakan Tarik nafas dalam 1x dan memukul bantal 1x yang telah diajarkan ketika akan marah
- 2) Klien menyebutkan ulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal
 - 3) Klien mengatakan menjalankan sholat saat dirumah dan di RSJ.

O :

- 1) Klien tampak tenang
- 2) Klien tampak kooperatif
- 3) Kontak mata meningkat
- 4) Klien mempraktekkan cara beristigfar
- 5) Klien menyebutkan tata cara wudhu
- 6) Klien melaksanakan sholat bersama teman-temannya

A :

Masalah teratasi

P: Lanjutkan SP 5

S :

- 1) Klien mengatakan

Risiko perilaku kekerasan

SP 5 :

Pada pertemuan hari ke lima di lakukan

intervensin sesuai dengan SP 5 pasien, masalah teratasi. Klien mampu menyebutkan ulang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara napas dalam, cara fisik, verbal dan spiritual, klien mengetahui cara mengontrol perilaku kekerasan dengan SP 5

paham guna obat dan menyebutkan 5 benar obat setelah beberapa kali diulang

O :

- 1) Klien kooperatif
- 2) Klien tampak tenang
- 3) Klien mampu menyebutkan ulang 5 benar obat setelah 10 kali pengulangan dan diingatkan.

A:

Masalah teratasi

P: Melakukan evaluasi ulang SP 1 sampai dengan SP 5

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada kedua klien ditemukan beberapa persamaan yaitu jenis kelamin, diagnosa medis, dan masalah keperawatan. Kedua klien yaitu Tn. M dan Tn. Y berjenis laki-laki dan memiliki diagnosa medis yang sama yaitu skizofrenia paranoid. Kedua klien di dapatkan bahwa semua klien memiliki riwayat perilaku kekerasan sebelum masuk RSJ Menur Surabaya. Menurut Westly (2010), pria lebih mudah marah atau tersinggung dimana sering disertai dengan kekacauan. Pada umumnya pria cenderung lebih cepat marah dan agresif dibandingkan wanita. Sifat testoteron terhadap proses perkembangan otak bayi lelaki sejak masih dalam kandungan. Menurut penulis laki-laki berpotensi tinggi mengalami keadaan emosi yang tidak stabil seperti mudah marah berperilaku agresif yang akan meningkatkan risiko perilaku kekerasan.

Persamaan intervensi dan implementasi keperawatan SP 1-5 risiko perilaku kekerasan pada Tn. M dan Tn. Y tersebut ialah dapat menerapkan SP 1- SP 5 risiko perilaku kekerasan yang diajarkan namun kadang masih muncul perasaan marah jika di pancing emosinya. Persamaan lainnya yang ditemukan pada pengkajian yaitu kedua klien memiliki koping yang tidak efektif. Tn. M mulai menunjukkan gejala risiko perilaku kekerasan seperti mudah emosi setelah gagal lamaran dan di tinggal pacarnya. Pacarnya merupakan orang yang dicintai. Kemudian Tn. Y merasa sedih dan sering emosi saat cerai dengan istri yang pertama dan Tn. Y pernah di PHK. Faktor penyebab dari perilaku kekerasan diantaranya yaitu lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan kehilangan orang yang di cintai,

kehilangan pekerjaan (Suryenti, 2018). Koping individu yang tidak efektif membuat Tn. M dan Tn. Y mengalami harga diri rendah. Harga diri rendah terjadi karena adanya lingkungan yang mengucilkan atau menuntut lebih dari kemampuannya yang mengucilkan atau menuntut lebih dari kemampuannya, apabila klien tidak segera mendapat penanganan yang tepat maka akan menarik diri dari orang lain akan terjadi depresi sehingga muncul skizofrenia yang akan menyebabkan resiko perilaku kekerasan. Penulis berasumsi bahwa usia yang semakin tua dapat mempengaruhi koping individu seseorang. Koping yang tidak efektif dapat menyebabkan seseorang mengalami tanda dan gejala perilaku kekerasan.

Perbedaan yang ditemukan saat pengkajian pada kedua klien yaitu usia dan tanda gejala risiko perilaku kekerasan. Usia Tn. M 38 tahun dan Tn. Y 44 tahun. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada Tn. M adalah Tn. M saat marah memecahkan pring atau merusak lingkungan sekitar dan saat marah selama di RSJ klien memukul diri sendiri, suara keras, pandangan tajam. Kemudian tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yang dialami Tn. Y saat dikaji yaitu klien marah dengan memukul keluarganya, pandangan mata tajam, suara keras. Selama di RSJ klien saat marah klien pernah berkelahi dengan temannya dan sering mengepalkan tangan. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian daro Amimi, et al (2020) mengatakan tand dan gejala yang sering muncul pada orang dengan resiko perilaku kekerasan yaitu : mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mata melotot, melempar atau memukul benda atau orang lain, merusak benda atau lingkungan sekitar.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) adalah beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain, sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang yang marah berespons terhadap suatu stressor dengan gerakan motoric yang tidak terkontrol (Yosep, 2011). Diagnosis keperawatan pada Tn. M dan Tn. Y yaitu risiko perilaku kekerasan.

4.2.3 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan penegakan diagnosis (*core problem*) maka langkah selanjutnya adalah merencanakan tindakan keperawatan atau yang disebut dengan intervensi keperawatan . Rencana tindakan keperawatan dibuat perawat untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami sesuai dengan kebutuhan dan tepat sasaran (Muhith, 2015). Tujuan dari rencana tindakan adalah klien mampu mengontrol perilaku kekerasan. Intervensi keperawatan yang dilakukan terdiri dari strategi pelaksanaan (SP) satu sampai lima. SP 1 klien mampu membina hubungan saling percaya sebagai dasar untuk melakukan interaksi antara klien dan perawat. SP 2 klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan cara memukul bantal/kasur. SP 3 klien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara verbal yaitu mengungkapkan perasaan dengan baik, meminta sesuatu dengan baik, dan juga menolak sesuatu dengan baik. SP 4 klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berwudhu, sholat, dan beristighfar. SP 5

klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara mengikuti program pengobatan secara optimal.

Penatalaksanaan intervensi dan implementasi menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1-5 dianggap sesuai didalam penatalaksanaan resiko perilaku kekerasan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Amalia Yunia Rahmawati 2020) yang mengatakan bahwa intervensi dan implementasi keperawatan resiko perilaku kekerasan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) 1-5 yang bertujuan supaya pasien mampu mengontrol perilaku kekerasannya. Menurut penulis bahwa tindakan strategi pelaksanaan (SP) 1-5 menjadi intervensi yang tepat pada pasien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan karena dapat menurunkan terjadinya perilaku kekerasan.

Pada tahap implementasi perawat hanya mengatasi masalah keperawatan dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan karena merupakan masalah utama (*core problem*) yang dialami pasien. Implementasi yang dilakukan juga harus sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat.

Strategi pelaksanaan 1 (SP 1) dilakukan pada pertemuan pertama yaitu membina hubungan saling percaya antara klien dan perawat dan membantu mengidentifikasi tanda gejala marah, penyebab marah, perilaku kekerasan yang pernah di lakukan, akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan dan mengajarkan cara mengatasi marah dengan napas dalam. Hasil evaluasi SP 1 menunjukkan kedua klien mampu menceritakan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan dan penyebab perilaku kekerasan dan klien mampu mempraktekkan cara melakukan teknik napas dalam. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Pertiwi, Fitri, and Hasanah 2023) bahwa berdasarkan penerapan yang dilakukan terapi relaksasi

napas dalam terbukti efektif untuk menurunkan tanda dan gejala pada pasien resiko perilaku kekerasan. Menurut penulis terapi realaksasi napas dalam pada pasien resiko perilaku kekerasan dapat mengontrol atau meredakan emosi

Selanjutnya Strategi pelaksanaan 2 dilakukan pada pertemuan kedua. Klien diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yakni memukul bantal atau kasur. Latihan ini bertujuan untuk mengalihkan dan menyalurkan emosi klien ke benda yang tidak berbahaya . Hasil evaluasi SP 2 didapatkan klien mampu mendemonstarsikan cara mengontrol emosinya dengan cara memukul bantal. Pada pertemuan kedua tersebut kedua klien juga mampu menyebutkan ulang cara mengontrol emosi dengan teknik napas dalam yang telah diajarkan sebelumnya. Hal ini sejalan dengan penelitian (Retno Yuli Hastuti, 2018) teknik memukul bantal berpengaruh dalam penurunan emosi (marah) pada klien skizofrenia di RSJ Daerah Dr RM Soedjarwadi di Provinsi Jawa Tengah. Teknik memukul bantal merupakan teknik untuk meluapkan energi marah secara konstruktif agar perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif. Teknik ini digunakan pada pasien yang memiliki resiko perilaku kekerasan dan dapat digunakan pada saat pasien mengalami peningkatan status emosi (marah). Menurut penulis teknik memukul bantal atau kasue dapat mengurangi resiko menciderai diri sendiri atau orang lain dikarenakan status emosi pasien, maka perlu dilakukan terpai yang berguna untuk menyalurkan energy yang konsttutif dengan cara fisik.

Strategi pelaksanaan yang ketiga (SP 3) dilakukan pada pertemuan ketiga. Pada SP 3 klien dilatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu mengungkapkan perasaan dengan baik, serta cara meminta dan menolak dengan benar. Tindakan ini bertujuan agar klien dapat menyalurkan marahnya secara baik

dan asertif. Setelah diajarkan dan diberikan contoh bagaimana cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal, klien mampu mempraktekkan cara-cara tersebut dengan baik. Pada SP 3 ini klien juga mampu menjelaskan tentang cara mengontrol marah yang telah diajarkan sebelumnya, yaitu teknik napas dalam dan memukul bantal. Hasil ini menunjukkan bahwa klien mengalami perkembangan dalam hal mengontrol emosinya. Hasil penelitian (Priasmoro 2021) menunjukkan bahwa intervensi latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal pada pasien risiko perilaku kekerasan mengalami peningkatan dalam pengendalian mengontrol marah atau emosi. Menurut penulis penerapan tindakan latihan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat mengatasi atau mengendalikan rasa marah serta dapat mengungkapkan emosi dengan baik.

Strategi pelaksanaan berikutnya (SP 4) yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Pada pertemuan keempat tersebut klien diajarkan untuk mengontrol emosinya dengan cara berwudhu, beristighfar, dan juga sholat. Hasil evaluasi SP 4 menunjukkan klien mampu menyebutkan tata cara wudhu, sholat dan istighfar. Hal ini sejalan dengan penelitian (Made Musleha 2022) Terapi spiritual wudhu dapat membantu menurunkan amarah pada pasien risiko perilaku kekerasan. Menurut peneliti melatih sholat, berdzikir dan berwudhu dapat menurunkan rasa marah pasien, pasien menjadi lebih tenang.

Strategi pelaksanaan selanjutnya atau SP 5, klien dilatih untuk minum obat secara teratur. Klien diajarkan tentang nama obat, waktu minum obat, manfaat obat, serta apa dampak yang mungkin terjadi dan dirasakan oleh klien jika tidak patuh minum obat. Setelah diajarkan klien mampu menyebutkan kembali apa yang telah disampaikan oleh perawat. Selama dilakukan tindakan klien juga menunjukkan

perkembangan perilaku yang baik. Saat berinteraksi klien tampak kooperatif, klien tenang. Hal ini sejalan dengan penelitian (Pardede 2016) intervensi memberikan obat dengan prinsip 5 benar untuk mengontrol perilaku marah pada pasien resiko perilaku kekerasan telah menunjukkan peningkatan yang signifikan. Penulis merekomendasikan agar pasien resiko perilaku kekerasan dapat minum obat dengan prinsip 5 benar agar tidak terjadi kekambuhan. Menurut peneliti memberikan obat dengan prinsip 5 benar dapat menurunkan tanda dan gejala perilaku kekerasan, klien mengetahui cara meminum obat dengan benar dan meningkatkan kesembuhan klien.

Perbedaan intervensi dan implementasi keperawatan SP 1-5 risiko perilaku kekerasan pada Tn. M dan Tn. Y yaitu membutuhkan waktu lama, saat pelaksanaan SP 1 – SP 5 selama 6 hari pada tanggal 18 Juli – 23 Juli 2023 di karenakan membina hubungan saling percaya dengan Tn.M lumayan sulit dan pasien masih belum bisa melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik ke 1 nafas dalam sehingga harus mengulang SP 1 di hari kedua. Beda halnya dengan Tn. Y pada saat pelaksanaan SP 1- Sp 5 selama 5 hari di mulai tanggal 18 Juli -22 Juli 2023, klien lebih kooperatif dengan menjawab pertanyaan, menirukan, dan melakukan latihan fisik ke 1 nafas dalam.

Respon setiap SP pada Tn. M dan Tn. Y cenderung sama namun yang paling menonjol perbedaannya adalah pada saat membina hubungan saling percaya . Tn. M cenderung pasif , sulit percaya pada orang lain, dan bersikap membatasi diri dari orang lain. Awalnya klien seperti menarik diri dan selalu ingin menghindar namun seiring berjalannya waktu klien membuka diri dan mau bercerita. Sedangkan Tn. Y

lebih mudah untuk membina hubungan saling percaya, mau menceritakan mengenai perilaku kekerasan yang pernah di alaminya.

Hasil akhir penelitian didapatkan selama proses SP 1-5 didapatkan pasien mampu memahami dan menerapkan SP yang diajarkan, pasien menjadi lebih kooperatif, dan lebih tenang setelah pemberian implementasi keperawatan .

Selain dengan pelaksanaan SP 1-5 risiko perilaku kekerasan, klien risiko perilaku kekerasan juga dapat diikuti kegiatan lain yang dilakukan bersama untuk membentuk interaksi dengan orang lain sehingga dapat menurunkan intensitas marah seperti senam dan makan bersama. Selama menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Tn. M dan Tn. Y rutin mengikuti kegiatan makan bersama 3 kali dalam sehari dan kegiatan senam yang dilakukan setiap pagi. Mengikut sertakan klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan seperti senam dan makan bersama juga dapat meningkatkan harga diri klien. Senam termasuk terapi okupasi yang dapat meningkatkan kepercayaan diri, membantu mengontrol amarah, mengurangi stress dan depresi karena gerakan yang dilakukan menimbulkan kebahagiaan (Ngapiyem & Agnes, 2018). Kegiatan yang dilakukan bersama seperti makan bersama dan senam bersama dapat membuat klien lebih terbuka dengan berinteraksi dengan orang lain sehingga dapat mengurangi stress yang dapat menurunkan risiko perilaku kekerasan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil dari data pengkajian pasien mempunyai masalah tidak bisa terkontrol emosinya dan amarahnya yang disebabkan karena kurangnya pengetahuan yang berdampak menyebabkan kemarahannya pasien bisa merugikan diri sendiri ataupun orang lain.
2. Diagnosis keperawatan utama pada kedua responden studi kasus adalah risiko perilaku kekerasan
3. Intervensi keperawatan jiwa yang diberikan kepada kedua klien dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP) yang terdiri dari SP 1 sampai SP 5 dan di dapatkan hasil evaluasi bahwa kedua klien mampu melaksanakan penerapan SP 1- SP 5 yang diajarkan pada klien. Bahwasanya klien menjadi lebih kooperatif, lebih tenang dan mampu mengontrol tanda gejala risiko perilaku kekerasan yang dialami klien.
4. Intervensi lainnya yang diberikan kepada pasien berupa kegiatan yaitu senam, bernyanyi, dan makan bersama sambil mengobrol dengan teman lainnya.

5.2 Saran

Adapun saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan antara lain:

1. Bagi Responden

Pasien diharapkan menjalani perawatan dengan optimal agar dapat mengontrol dan mengurangi intensitas risiko perilaku kekerasan, sehingga pasien dapat memiliki kualitas hidup yang baik. Selain itu klien dapat menerapkan strategi pelaksanaan (SP) yang telah diajarkan guna untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan yang dialami

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu meningkatkan pemberian pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan jiwa dalam mengatasi kasus risiko perilaku kekerasan dengan strategi pelaksanaan (SP) dan meningkatkan komunikasi terapeutik untuk meningkatkan pelayanan dan tingkat kesembuhan pada klien

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis dapat memperbanyak sumber atau refrensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa khususnya pasien risiko perilaku kekerasan

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Moh. Khoirul, Nurul Aktifah, and Yuni Sandra Pratiwi. 2021. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Melatih Relaksasi Nafas Dalam Di RPSBM Kota Pekalongan." *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan* 1: 834–38.
- Andari, Soetji. 2017. "Pelayanan Sosial Panti Berbasis Agama Dalam Merehabilitasi Penderita Skizofrenia Religious Based Social Services on Rehabilitation of Schizophrenic Patients." *Jurnal PKS* 16(2): 195–208.
- Azizah lilik makrifatul, Zainuro imam, Akbar amar. 2016. *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Dwi Jayanti, Desak Made Ari, I Made Dwi Satwika Wiraputra, and Ni Ketut Ayu Mirayanti. 2021. "Yoga Pranayama Lowers the Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients." *Sport and Fitness Journal* 9(3): 146.
- Fajariyah, Nur, and Dian Ayu Tresna. 2023. "Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Melalui Intervensi Latihan Fisik 2: Terapi Pukul Bantal Pada Nn A Dan Nn D Di Pandeglang Banten." *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)* 6(4): 1687–92.
- Febrianto, Terri, Livana, and Novi Indrayati. 2019. "Peningkatan Pengetahuan Kader Tentang Deteksi Dini Kesehatan Jiwa Melalui Pendidikan Kesehatan Jiwa." *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* 1(1): 33–40.
- Freska, Windy, and Bunga Permata Wenny. 2022. *CAREGRIVER Pada Klien Skizofrenis*. ed. Filu Marwati santoso Putri. Bantul.
- Di Giacomo, E. et al. 2020. "Prescribing Patterns of Psychotropic Drugs and Risk of Violent Behavior: A Prospective, Multicenter Study in Italy." *International Journal of Neuropsychopharmacology* 23(5): 300–310.
- Indari et al. 2023. *AUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA DEWASA, LANSIA DAN KHUSUS*. ed. Neila Sulung. Padang, Sumatra barat: GLOBAL ESKEKUTIF TEKNOLOGI.
- Kurniati, Safra Ria, and Novy Helena Catharina Daulima. 2019. "Assertive Training Therapy for Schizophrenic Patient With Risk of Violent Behavior." *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)* 2(2): 1–7.
- Made Musleha. 2022. "Penerapan Terapi Spiritual Wudhu Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan." *Jurnal Cendikia Muda* 2(September): 346–52.
- Mashudi, S, and E Okviana Armyati. 2021. *Paradigma Baru PENANGANAN SKIZOFRENIA Perspektif Nurtrigenomik*. <http://eprints.umpo.ac.id/8406/>.
- Nursalam. 2020. *5 Salemba Medika Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*.
- Paramita, Triandini, and Setyani Alfinuha. 2021. "Dinamika Pasien Dengan

- Gangguan Skizofrenia.” *Jurnal Psikologi* 17(1): 12–19.
- Pardede J A, and Hulu E P. 2019. “Pengaruh Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provsu Medan.” *Konas Jiwa XVI Lampung* 4: 258. <https://journalpress.org/proceeding/ipkji/article/view/51/51>.
- Pardede, Jek Amidos. 2016. “Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan.” : 1–23.
- Permani, Nara, Ita Apriliani, and Feti Kumala Dewi. 2023. “Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Pada Pasien Gangguan Jiwa.” *Journal of Management Nursing* 2(2): 191–95.
- Pertiwi, Sintia, Nury Luthfiyatil Fitri, and Uswatun Hasanah. 2023. “Penerapan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di RSJ Daerah Provinsi Lampung.” *Jurnal Cendikia Muda* 3(4): 594–602.
- Prabowo, Eko. 2014a. *BUKU AJAR KEPERAWATAN Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pratama, ari agus, and Amalia Senja. 2022. *Keperawatan Jiwa*. ed. Tarmizi. Jakarta Utara: Bumi Medika.
- Priasmoro, Shafa. 2021. “Analisis Intervensi Latihan Asertif Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakir Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.” : 1–23.
- Ratih Ari Murti, Irfan Burhani, and Tatik Imadatus Sa’adati. 2022. “Bentuk Agresivitas Pada Pasien Skizofrenia Di Upt (Unit Pelaksanaan Teknis) Rehabilitasi Bina Laras Kras Kediri.” *Happiness, Journal of Psychology and Islamic Science* 2(1): 51–65.
- Risal Muhammad, Hamu Antonia Helena, Litaqia Wulida, Dewi Eltania Ulfameyitalia, Shintania Debby, Zahra Zulfa. 2020. *ILMU KEPERAWATAN Jiwa*. ed. Arief Mundandar. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Santoso, Meilanny Budiarti, Hetty Krisnani, and Ifani Hadrasari. 2017. “Intervensi Pekerja Sosial Terhadap Orang Dengan Skizofrenia.” *Share : Social Work Journal* 7(2): 1.
- Sasongko, Nur Cahyo, and Eni Hidayati. 2020. “Penerapan Terapi Musik, Dzikir Dan Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan.” *Ners Muda* 1(2): 93.
- Singh, Sher, Deepa Khanna, and Sanjeev Kalra. 2020. “Role of Neurochemicals in Schizophrenia.” *Current Psychopharmacology* 9(2): 144–61.
- Siregar, Srimaryatun, Zulian Effendi, and Sayang Ajeng Mardhiyah. 2022. “Use of Flashcard Games in the Application of Cognitive Behavior Therapy (CBT) in Schizophrenic Patients with Risk of Violent Behavior.” *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* 12(3): 277–91.

- Sulistiowati, Ni Made D, Budi Anna Keliat, and Ice Yulia Wardani. 2014. "Pengaruh Acceptance and Commitment Therapy Terhadap Gejala Dan Kemam." *Jurnal Keperawatan Jiwa* 2(1): 51–57.
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/3910>.
- Sustrami, Dya et al. 2023. "Analysis of Factors Influencing the Impact of Nurse Psychology in Treating Schizophrenia Patients." 11(4): 867–74.
- Sutejo. 2018. *Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Dan Psikososial*. Yogyakarta: PT Pustaka Baru Press.
- Tambokan, Maryati, Rahman, and Sitti Aminah. 2023. *Perencanaan Pulang Dan Serta Keluarga Pasien Perilaku Kekekrasan Pasca Perawatan Rumah Sakit*.
- Tazqiyatus Sudia, Biyan. 2021. "Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengontrolan Marah Dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur." *Jurnal Lentera* 4(1): 1–5.
- Tosswill, Hayden, C. J. Cabilan, Ben Learmont, and Karen Taurima. 2023. "A Descriptive Study on the Use of Restrictive Interventions for Potentially or Actually Violent Patients in the Emergency Department." *Australasian Emergency Care* 26(1): 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.07.001>.
- yunita Rizka, Isnawati IIn, Addiarto Widya. 2020. *Psikoterapi Self Help Group Pada Keluarga Skizofrenia*. Sulawesi Selatan: Yayasan Ahmar Cendekia Indonesia.
- Yusuf, AH, Rizky Fitriyasari, and Hanik Endang Nihayati. 2018. "Buku Ajar Buku Ajar."