

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS *UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA* DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Karya Ilmiah Akhir pada Program Pendidikan Profesi Ners
pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Nama: Asna'ul Lailiyah, S.Kep
NIM. 132113143105

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2022

REVISI KEMERIAAN AWIYAZI

REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI

REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI

REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI

REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI
REVISI KEMERIAAN AWIYAZI

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa KIA ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 20 Mei 2022

Yang Menyatakan

Asna'ul Lailiyah, S.Kep

NIM. 132113143105



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS *UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA* DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Nama: Asna'ul Lailiyah, S.Kep
NIM. 132113143105

Telah diuji

Pada tanggal, 20 Juli 2022

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. ()
NIP.197606162014092006

Anggota : 1. Prof. Dr. Ah. Yusuf S., S.Kp., M.Kes ()
NIP. 196701012000031002

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

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

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Diagnosis Medis *Undifferentiated Schizophrenia* dengan Masalah Keperawatan Perilaku Kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”**. Penulisan karya ilmiah akhir ners ini merupakan salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan studi Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Bersama ini perkenankan saya untuk mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah terlibat dan turut membantu dalam penulisan laporan akhir ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu, dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan pra karya ilmiah akhir ners ini. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ners ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun penulisannya. Semoga karya ilmiah akhir ners ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan para pembaca pada umumnya.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS *UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Asna'ul Lailiyah
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Pendahuluan: Gejala positif skizofrenia yang sering muncul salah satunya adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah perilaku dimana seseorang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Intervensi keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan dilaksanakan dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh Strategi Pelaksanaan pada pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus tunggal dengan sampel penelitian adalah pasien dengan diagnosis medis *Undifferentiated Schizophrenia* dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan. **Hasil dan Pembahasan:** Setelah pemberian Strategi Pelaksanaan perilaku kekerasan, didapatkan bahwa pasien tampak lebih tenang, pasien dapat tersenyum dengan perawat saat dilakukan wawancara, pasien dapat mengucapkan kata “terimakasih” kepada perawat, pasien juga dapat mengingat terhadap Strategi Pelaksanaan yang telah diajarkan. Strategi Pelaksanaan (SP) yang diterapkan dengan baik dan secara terus menerus, dapat mempengaruhi pasien untuk membiasakan dalam mengontrol perilaku kekerasan sehingga tidak menimbulkan bahaya bagi diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. **Kesimpulan:** Diagnosis keperawatan utama yang ditemukan adalah perilaku kekerasan. Intervensi yang diberikan adalah dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP) pasien perilaku kekerasan. Kemampuan dalam berinteraksi dengan pasien perlu diperhatikan agar intervensi yang diberikan dapat menghasilkan perbaikan yang optimal.

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



ABSTRACK

**MENTAL NURSING CARE IN PATIENTS WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF
UNDIFFERENTIATED SCHIZOPHRENIA WITH NURSING PROBLEMS
VIOLENT BEHAVIOR IN THE GELATIK ROOM OF MENUR MENTAL
HOSPITAL SURABAYA**

Asna'ul Lailiyah

Faculty of Nursing Airlangga University

Introduction: One of the positive symptoms of schizophrenia that often appears is violent behavior. Violent behavior is behavior in which a person can endanger themselves, others, or the environment. Mental nursing interventions on violent behavior are implemented in the form of an Implementation Strategy. The purpose of this study was to determine the effect of the Implementation Strategy on patients with nursing problems of violent behavior. **Method:** The study used a single case study design with the study sample being patients with a medical diagnosis of Undifferentiated Schizophrenia with nursing problems of violent behavior. **Results and Discussion:** After giving the Strategy implementation of violent behavior, it is found that the patient appears calmer, the patient can smile with the nurse during the interview, the patient can say the word "thank you" to the nurse, the patient can also remember the Implementation Strategy that has been taught. Implementation Strategies that are implemented well and continuously, can influence patients to get used to controlling violent behavior so that they do not pose a danger to themselves, others, or the environment. **Conclusion:** The main nursing diagnosis found is violent behavior. The intervention provided is in the form of an Implementation Strategy for violent behavior patients. The ability to interact with patients needs to be considered so that the intervention given can produce optimal improvement.

Keywords: *Violent Behavior, Implementation Strategy, Schizophrenia*



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
UCAPAN TERIMAKASIH.....	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Skizofrenia	6
2.1.1. Definisi Skizofrenia	6
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	6
2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia.....	8
2.1.4 Gejala Skizofrenia.....	11



2.1.5 Patofisiologi.....	13
2.1.6 Diagnosis Skizofrenia.....	13
2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia.....	16
2.2 Konsep Perilaku Kekerasan.....	24
2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan.....	24
2.2.2 Rentang Respon Marah.....	26
2.2.3 Etiologi Perilaku Kekerasan.....	27
2.2.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan.....	29
2.2.5 Mekanisme Koping.....	30
2.2.6 Penatalaksanaan.....	31
2.2.7 Terapi Relaksasi Napas Dalam.....	33
2.3 Tinjauan Ilmiah Artikel.....	35
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	42
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	42
3.2 Subjek Studi Kasus.....	42
3.3 Lokasi Pengambilan Kasus.....	43
3.4 Waktu Pengambilan Studi Kasus.....	44
3.5 Metode Pengumpulan data.....	44
3.6 Etik Penelitian.....	45
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	47
4.1 Hasil.....	47
4.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	47
4.1.2 Pohon Masalah.....	63
4.1.3 Daftar Masalah Keperawatan.....	63
4.1.4 Diagnosis Keperawatan.....	63
4.1.5 Analisa Data.....	64
4.1.6 Intervensi Keperawatan.....	65
4.1.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	69
4.2 Pembahasan.....	73
4.2.1 Diagnosis Keperawatan.....	73

4.2.2 Intervensi dan Implementasi Keperawatan.....	74
4.2.3 Evaluasi Keperawatan.....	77
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	78
5.1 Simpulan.....	78
5.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Daftar Obat Antipsikotika, Dosis dan Sediaannya.....	21
Tabel 2. 2 Tinjauan Ilmiah Artikel.....	35
Tabel 4. 1 Analisa Data.....	64
Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan.....	66
Tabel 4. 3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Gambar Rentang Respon Marah	26
Gambar 4. 1 Pohon Masalah	63

DAFTAR LAMPIRAN

Tidak ada Lampiran

DAFTAR SINGKATAN

ECT	: <i>Electro Convulsive Therapy</i>
KEPMENKES RI	: Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NIMH	: <i>National Institute of Mental Health</i>
PET	: <i>Positron Emission Tomography</i>
PPDGJ III	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
SP	: Strategi Pelaksanaan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

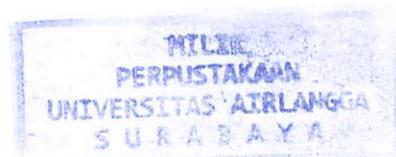
PENDAHULUAN

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah seseorang yang mengalami gangguan pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala yang dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Kemenkes RI, 2019). Salah satu gangguan jiwa berat yang dikenal dengan sebutan psikosis adalah skizofrenia (Malfasari *et al.*, 2020). Gejala positif skizofrenia yang sering muncul salah satunya adalah perilaku kekerasan (Pardede and Laia, 2020). Perilaku kekerasan adalah perilaku dimana seseorang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan juga merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Keliat, B.A., 2011). Perilaku kekerasan apabila tidak segera ditangani dapat menimbulkan dampak yang dapat merugikan atau membahayakan baik secara fisik maupun psikologis, sehingga sangat penting bagi pasien skizofrenia dengan gejala perilaku kekerasan untuk mendapatkan penanganan secara cepat dan tepat baik secara medis maupun keperawatan.

Penderita gangguan jiwa didunia berdasarkan *World Health Organization* (WHO) termasuk skizofrenia diperkirakan sekitar 450 juta jiwa (Kemenkes RI, 2019). Prevalensi kasus gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 mengalami peningkatan. Terjadi



peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga, yang mana dapat diartikan bahwa per 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga dengan orang gangguan jiwa, sehingga jumlahnya dapat diperkirakan sekitar 450 ribu orang gangguan jiwa berat (Kemenkes RI, 2019). Sedangkan prevalensi gangguan jiwa skizofrenia di Jawa Timur sebanyak 6,4 % dan menduduki urutan ke 19 di Indonesia (Kemenkes RI, 2019). Berdasarkan data Nasional Indonesia pada tahun 2017, pasien dengan perilaku kekerasan adalah sekitar 0,8 % dari 10.000 orang, yang mana dapat diartikan bahwa angka kejadian perilaku kekerasan masih tergolong tinggi.

Tanda dan gejala yang timbul akibat skizofrenia dapat berupa gejala positif maupun negatif, dan dari salah satu gejala yang dapat timbul adalah perilaku kekerasan (Pardede and Laia, 2020). Pada gangguan skizofrenia *undifferentiated* adalah terdapatnya gejala-gejala skizofrenia, seperti delusi (waham), halusinasi, perilaku kekerasan, pembicaraan yang tidak koheren, atau gejala-gejala negatif, seperti afek yang menumpul, namun tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, *disorganized*, atau katatonik (Sindangsari and Sukamto, 2012). Perilaku kekerasan timbul akibat adanya rasa tidak nyaman dan panik yang terjadi akibat stressor dari dalam maupun dari luar lingkungan. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia biasanya diawali dengan adanya perasaan yang tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menghindari hubungan interpersonal dengan orang lain (Azis *et al.*, 2018).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun pada lingkungan. Seseorang dengan perilaku kekerasan kerap menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang dengan perilaku kekerasan mengalami perubahan dengan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang (Pardede *et al.*, 2020).

Dalam menghadapi masalah dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan diperlukan penanganan yang tepat termasuk dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa. Keperawatan jiwa merupakan suatu proses interpersonal yang berupaya dalam meningkatkan dan mempertahankan perilaku klien yang berperan pada fungsi yang terintegrasi dengan sistem klien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas (Stuart, 2013). Proses keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa merupakan tantangan yang unik karena masalah kesehatan jiwa merupakan masalah yang mungkin tidak dapat dilihat langsung, seperti pada masalah kesehatan fisik yang memperlihatkan bermacam gejala dan disebabkan oleh berbagai hal (Keliat, B.A., 2011).

Oleh karena itu, diperlukan adanya pemberian asuhan keperawatan dengan memaksimalkan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan perilaku kekerasan diberikan secara

komprehensif dengan melibatkan klien, keluarga klien, dan seluruh tim kesehatan yang ada untuk mempermudah proses pemulihan pada klien sehingga tidak menimbulkan kerusakan lebih lanjut pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran pemberian asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MA dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Memaparkan hasil pengkajian keperawatan pada Tn. MA dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
2. Memaparkan hasil analisa data pada Tn. MA dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
3. Memaparkan hasil intervensi keperawatan pada Tn. MA dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

4. Memaparkan hasil implementasi keperawatan pada Tn. MA dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
5. Memaparkan hasil evaluasi keperawatan pada Tn. MA dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian pengembangan ilmu keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan, serta sebagai sumber data bagi penulis berikutnya khususnya terkait dengan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi penulis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memperluas wawasan dan pengetahuan serta kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan.

2. Bagi pasien/ keluarga/ masyarakat

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan wawasan tentang pentingnya upaya penanganan pada pasien perilaku kekerasan secara cepat dan tepat di fasilitas kesehatan oleh tenaga profesional sesuai dengan standar asuhan keperawatan jiwa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan psikis yang dapat ditandai dengan adanya penyimpangan realitas, penarikan diri dari interaksi sosial, serta disorganisasi persepsi, pikiran, dan kognitif (Stuart, 2013). Skizofrenia juga dapat diartikan sebagai terpecahnya pikiran, perasaan, dan perilaku sehingga yang dilakukan tidak sesuai dengan pikiran serta perasaan orang yang mengalaminya (Prabowo, 2014). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan dalam berkomunikasi, gangguan realitas, afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Maslim, 2013).

Skizofrenia merupakan gangguan psikis dan dianggap sebagai suatu sindrom atau suatu proses penyakit dengan macam-macam bentuk dan gejala. Skizofrenia juga dapat menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu dapat menjadi sangat aneh, serta adanya distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku (Baradero, 2016).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit biologis yang disebabkan oleh faktor-faktor genetik, ketidakseimbangan kimiawi otak, serta berbagai peristiwa yang



dapat memberikan kontribusi terjadinya skizofrenia (Prabowo, 2014). Berikut beberapa teori yang dikaitkan dengan skizofrenia antara lain:

a. Teori biologik

Teori biologi ini berfokus pada faktor genetik, faktor neurokimia, struktur dan fungsi otak, serta respon imunovirologi (respon tubuh terhadap kontak dengan virus) (Prabowo, 2014).

b. Faktor genetik

Pada teori ini faktor genetik sangat berperan dalam proses terjadinya skizofrenia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh *National Institute of Mental Health* (NIMH) pada keluarga penderita skizofrenia dengan riwayat skizofrenia dalam keluarganya seperti orang tua dan saudara kandung. *American Journal of Medical Genetics*, menyatakan bahwa apabila kedua orang tuanya menderita skizofrenia, maka kemungkinan anaknya juga mengalami skizofrenia adalah sebesar 40 % (Maramis, 2010).

c. Faktor neuro-anatomik dan neuro-kimia

Pada perkembangan pemeriksaan non-invasif seperti pemeriksaan *CT scan*, *magnetic resonance imaging* (MRI), dan *positron emission tomography* (PET), para ilmuwan mempelajari struktur otak (neuro-anatomi) serta kegiatan otak (neuro-kimia) dari seseorang penderita skiofrenia. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa individu dengan skizofrenia secara relatif mempunyai otak yang lebih kecil serta cairan serebrospinal yang lebih sedikit dibanding dengan seseorang yang tidak menderita skizofrenia. Hal

ini dapat terjadi karena adanya gangguan pada perkembangan jaringan otak atau matinya jaringan otak (Baradero, 2016).

d. Faktor neuro-virologik

Teori ini menjelaskan bahwa adanya kontak dengan virus atau respons imun terhadap virus dapat mengubah fungsi otak. Sitokin adalah neurotransmitter di antara sel-sel imun yang menangani peradangan akibat respons imun. Ada sitokin spesifik yang berperan dalam memberi isyarat pada otak untuk melakukan perubahan tingkah laku serta mengeluarkan neuro-kimia yang diperlukan dalam menghadapi stress agar keadaan homeostatis dapat dipertahankan. Terdapat asumsi bahwa sitokin mempunyai peranan dalam pengembangan gangguan mental termasuk skizofrenia (Baradero, 2016).

e. Pendekatan gabungan (*stree-vulnerability model*)

Pendekatan gabungan menyatakan bahwa orang dengan latar belakang genetik rentan terhadap skizofrenia serta yang tinggal dalam lingkungan yang penuh dengan stres dapat memberikan kontribusi terjadinya skizofrenia (Maramis, 2010).

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) dalam (Maslim, 2013) antara lain:

a. Skizofrenia paranoid (F20.0)

Pedoman diagnostik skizofrenia paranoid antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
- 2) Halusinasi dan/atau waham yang menonjol.

- 3) Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik relatif tidak ada..

b. Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Pedoman diagnostik skizofrenia hebefrenik antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia.
- 2) Diagnosis hebefrenik hanya ditegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun).
- 3) Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas pemalu dan senang menyendiri.
- 4) Gejala bertahan 2-3 minggu.
- 5) Afek dangkal dan tidak wajar, senyum sendiri, dan mengungkapkan sesuatu dengan diulang-ulang.

c. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Pedoman diagnostik skizofrenia katatonik antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum skizofrenia.
- 2) Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau berbicara).
- 3) Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik yang tidak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
- 4) Rigiditas (kaku tubuh).
- 5) Diagnosis katatonik bisa tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak dikarenakan klien tidak komunikatif.

d. Skizofrenia tak terinci (*undifferentiated*) (F20.3)

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci antara lain :

- 1) Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
- 2) Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik.
- 3) Tidak memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

e. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F20.4)

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca-skizofrenia antara lain :

- 1) Klien menderita skizofrenia 12 bulan terakhir.
- 2) Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada namun tidak mendominasi.
- 3) Gejala depresif menonjol dan mengganggu.

f. Skizofrenia residual (F20.5)

Pedoman diagnostik skizofrenia residual antara lain :

- 1) Gejala negatif dari skizofrenia menonjol.
- 2) Ada riwayat satu episode psikotik.
- 3) Tidak terdapat demensia atau gangguan otak organik lainnya.

g. Skizofrenia simpleks (F20.6)

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

- 1) Gejala negatif yang khas tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
- 2) Disertai dengan perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

h. Skizofrenia lainnya (F20.8)

Skizofrenia lainnya termasuk skizofrenia *chenesthopatic* (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, dan tidak sehat pada bagian tubuh tertentu).

i. Skizofrenia yang tidak tergolongkan (YTT, *unspecified*) (F20.9)

Skizofrenia tak spesifik tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

2.1.4 Gejala Skizofrenia

Gejala pada pasien skizofrenia dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif (Hawari, 2014) :

a. Gejala Positif

Gejala positif merupakan gejala yang terlihat dan mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala-gejala tersebut antara lain:

- 1) Delusi atau waham, yaitu suasana keyakinan yang tidak rasional atau tidak masuk akal. Meskipun pasien telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.
- 2) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indra tanpa rangsangan atau stimulus. Misalnya pasien yang mendengar suara-suara atau bisikan-bisikan di telinganya padahal sbenarnya tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.

- 3) Kekacauan alam pikir, yaitu dapat dilihat dari isi pembicaraannya. misalnya berbicara kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- 4) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat serta gembira yang berlebihan.
- 5) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu, serta serba hebat dan sejenisnya.
- 6) Pikiran yang penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- 7) Menyimpan rasa permusuhan.

b. Gejala Negatif

Gejala negatif skizofrenia seringkali tidak disadari atau kurang diperhatikan oleh pihak keluarga, karena dianggap tidak mengganggu, oleh karena hal itu biasanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa untuk diperiksa.

Gejala-gejala tersebut yaitu :

- 1) Alam perasaan (*affect*) tumpul dan datar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- 2) Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, serta suka melamun (*day dreaming*).
- 3) Kontak emosional sangat kurang, sulit diajak bicara, pendiam.
- 4) Pasif atau apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- 5) Sulit dalam berfikir abstrak.
- 6) Pola pikir stereotip.

- 7) Tidak ada/ kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif atau tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu).

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi gangguan jiwa skizofrenia belum sepenuhnya diketahui secara pasti, akan tetapi sudah diketahui bahwa gangguan jiwa skizofrenia adalah sebagai akibat dari gangguan sinyal penghantar saraf (neurotransmitter) pada sel-sel saraf otak, yaitu antara lain pelepasan zat pada reseptor dopamin, serotonin, dan nonadrenalin. Pelepasan zat tersebut terjadi disusunan saraf pusat yaitu pada sistem limbik khususnya di *nucleus accumbens* dan hipotalamus yang dapat menimbulkan gejala positif, gejala negatif maupun kognitif (Maramis, 2010).

2.1.6 Diagnosis Skizofrenia

Pedoman diagnosis skizofrenia berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III), adalah sebagai berikut (Maslim, 2013):

- a. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):
 - 1) *Thought echo*, yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau *thought insertion or withdrawal*, yaitu isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh

sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan *thought broadcasting*, yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

- 2) *Delusion of control*, yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *delusion of influence* yaitu waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *delusion of passivity*, yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang "dirinya" dimana secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/ anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus); *delusional perception*, yaitu pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;
- 3) Halusinasi auditorik antara lain:
 - a) Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien,
 - b) Atau mendiskusikan perihal pasien-pasien di antara mereka sendiri (di antara berbagai suara yang berbicara),
 - c) Atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- 4) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan merupakan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan

kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dan dunia lain).

b. Atau paling sedikit terdapat dua gejala di bawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- 1) Halusinasi yang menetap dan panca-indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus-menerus.
- 2) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkohherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.
- 3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
- 4) Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.

c. Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal)

- d. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dan beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu sikap larut dalam diri sendiri (*selfabsorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial (Maslim, 2013).

2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia

Penatalaksanaan skizofrenia bertujuan untuk mengembalikan fungsi normal klien dan untuk mencegah kekambuhan. Belum ada pengobatan yang spesifik dalam masing-masing sub-tipe skizofrenia (Prabowo, 2014). Penatalaksanaan skizofrenia adalah sebagai berikut:

a. Terapi farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi klien skizofrenia adalah golongan obat antipsikotik. Obat antipsikotik digunakan dalam jangka waktu yang lama dikarenakan obat antipsikotik berfungsi untuk terapi pemeliharaan, pencegah kekambuhan, serta mengurangi gejala yang timbul pada orang dengan skizofrenia (Prabowo, 2014). Obat antipsikotik terdiri dari dua golongan antara lain :

1) Antipsikotik tipikal

Antipsikotik tipikal adalah antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi memblokir reseptor dopamin. Antipsikotik ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif yang muncul pada klien skizofrenia. Daftar obat antipsikotik tipikal antara lain adalah chlorpromazine, flupenthixol, fluphenazine, dan haloperidol (Prabowo, 2014).

2) Antipsikotik atipikal

Antipsikotik atipikal merupakan antipsikotik generasi baru yang muncul pada tahun 1990-an. Aksi obat ini adalah untuk mengblokir reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal merupakan pilihan pertama dalam terapi skizofrenia. Antipsikotik atipikal efektif dalam mengatasi gejala positif maupun negatif yang muncul pada klien dengan skizofrenia. Daftar obat antipsikotik atipikal antara lain adalah clozapine, risperidone, loxapin, dan melindone (Prabowo, 2014).

b. Terapi non-farmakologi

Terapi non farmakologi yang diberikan pada klien dengan skizofrenia antara lain :

1) Pendekatan psikososial

Pendekatan psikososial bertujuan memberikan dukungan emosional kepada klien sehingga klien mampu meningkatkan fungsi sosial serta melaksanakan pekerjaannya dengan maksimal. Menurut Prabowo, (2014) pendekatan psikososial yang dapat diberikan pada klien dengan skizofrenia dapat berupa :

a) Psikoterapi suportif

Psikoterapi suportif adalah salah satu bentuk terapi yang bertujuan memberikan dorongan semangat dan motivasi supaya penderita skizofrenia tidak merasa putus asa dan memiliki semangat juang dalam menjalankan dan menghadapi hidup (Prabowo, 2014). Pada klien dengan skizofrenia diperlukan adanya dorongan dan

semangat juang untuk pulih dan mampu mencegah terjadinya kekambuhan.

b) Psikoterapi re-edukatif

Bentuk terapi ini adalah untuk memberi pendidikan ulang agar merubah pola pendidikan lama dengan yang baru sehingga penderita skizofrenia lebih adaptif terhadap dunia luar (Prabowo, 2014).

c) Psikoterapi rekontruksi

Psikoterapi rekontruksi bertujuan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang mengalami perubahan disebabkan adanya stresor yang mana klien tidak mampu menghadapinya.

d) Terapi tingkah laku

Terapi tingkah laku menggunakan stimulasi positif pada klien skizofrenia sehingga akan timbul proses perubahan yang positif yang bersumber dari teori psikologi tingkah laku (*behavior psychology*).

e) Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah salah satu bentuk terapi yang berupa pemberian edukasi pada keluarga dari penderita skizofrenia dengan menggunakan berbagai media, misalnya melalui leaflet, video, alat elektronik, dan lain-lain.

f) Psikoterapi kognitif

Psikoterapi kognitif adalah terapi pemulihan fungsi kognitif sehingga klien dengan skizofrenia mampu membedakan nilai-nilai sosial etika.

2) *Electro convulsive therapy* (ECT)

Terapi kejang listrik atau elektronik *convulsive therapy* (ECT) merupakan bentuk terapi dengan menimbulkan kejang *grand mall* dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis klien. Terapi ini digunakan dalam menangani klien skizofrenia dengan intensitas 20-30 kali terapi. Biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali).

Adapun penatalaksanaan skizofrenia berdasarkan KEPMENKES RI Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa antara lain (MENKES RI, 2020):

a. Fase Akut

1) Farmakoterapi

Pada fase akut terapi bertujuan untuk mencegah pasien melukai dirinya atau orang lain, mengendalikan perilaku yang merusak, mengurangi beratnya gejala psikotik serta gejala terkait lainnya misalnya agitasi, agresi dan gaduh gelisah. Langkah-langkah farmakoterapi pada fase akut adalah sebagai berikut:

a) Langkah Pertama

Berbicara kepada pasien dan memberikan pasien ketenangan.

b) Langkah Kedua

Selanjutnya adalah terkait keputusan untuk memulai pemberian obat. Pengikatan atau isolasi hanya dilakukan apabila pasien berbahaya terhadap dirinya sendiri dan orang lain serta usaha restriksi lainnya tidak berhasil. Pengikatan hanya boleh dilakukan untuk sementara yaitu sekitar 2-4 jam dan digunakan untuk memulai pengobatan. Meskipun terapi oral lebih baik, pilihan obat injeksi untuk mendapatkan awitan kerja yang lebih cepat serta hilangnya gejala dengan segera perlu dipertimbangkan.

c) Obat injeksi

(a) Olanzapine, dosis 10 mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari.

(b) Aripriprazol, dosis 9,75 mg/ injeksi (dosis maksimal 29,25 mg/hari), intramuskulus.

(c) Haloperidol, dosis 5mg/injeksi, intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.

(d) Diazepam 10mg/injeksi, intravena/ intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

Berikut adalah daftar obat antipsikotika, dosis dan sediaannya berdasarkan KEPMENKES RI Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa antara lain (MENKES RI, 2020):

Tabel 2. 1 Daftar Obat Antipsikotika, Dosis dan Sediaannya

Obat Antipsikotika	Rentang Dosis Anjuran (mg/hari)	Bentuk Sediaan
Antipsikotika		
Generasi I (APG-I)		
Klorpromazin	300 - 1000	tablet (25 mg, 100 mg)
Perfenazin	16 – 64	tablet (4 mg)
Trifluoperazin	15 – 50	tablet (1 mg, 5 mg)
Haloperidol	5 – 20	tablet (0.5, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 5 mg) injeksi <i>short acting</i> (5 mg/mL), tetes (2 mg/5 mL), <i>long acting</i> (50 mg/mL)
Anti Psikotik Generasi II (APG-II)		
Aripiprazol	10 – 30	tablet (5 mg, 10 mg, 15 mg), tetes (1 mg/mL), <i>discmelt</i> (10 mg, 15 mg), injeksi (9.75 mg/mL)
Klozapin	150 - 600	tablet (25 mg, 100 mg)
Olanzapin	10 – 30	tablet (5 mg, 10 mg), <i>zydis</i> (5 mg, 10 mg), injeksi (10 mg/mL)
Quetiapin	Quetiapin	tablet IR (25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg), tablet XR (50 mg, 300 mg, 400 mg)

Risperidon	2 – 8	tablet (1 mg, 2 mg, 3 mg), tetes (1 mg/mL), injeksi <i>Long Acting</i> (25 mg, 37.5 mg, 50 mg)
Paliperidon	3 – 9	tablet (3 mg, 6 mg, 9 mg)
Zotepin	75-150	tablet (25 mg, 50 mg)

d) Obat oral

Pemilihan antipsikotika sering ditentukan oleh pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotika misalnya, respons gejala terhadap antipsikotika, profil efek samping, kenyamanan terhadap obat tertentu terkait cara pemberiannya. Pada fase akut, obat segera diberikan setelah diagnosis ditegakkan dan dosis dimulai dari dosis anjuran dinaikkan perlahan-lahan secara bertahap dalam waktu 1–3 minggu, sampai dosis optimal yang dapat mengendalikan gejala.

2) Psikoedukasi

Tujuan dari intervensi yang diberikan adalah untuk mengurangi stimulus yang berlebihan, stresor yang berasal dari lingkungan serta peristiwa-peristiwa kehidupan. Memberikan ketenangan kepada pasien atau mengurangi keterjagaan melalui komunikasi yang baik, memberikan dukungan atau harapan, serta menyediakan lingkungan pasien yang nyaman, toleran jika perlu dilakukan.

3) Terapi lainnya

ECT (terapi kejang listrik) dapat dilakukan pada klien skizofrenia katatonik dan skizofrenia refrakter.

b. Fase stabilisasi

1) Farmakoterapi

Tujuan dari fase stabilisasi adalah guna mempertahankan remisi gejala atau untuk mengontrol, meminimalisasi risiko atau konsekuensi kekambuhan serta mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan (*recovery*).

Setelah diperoleh dosis yang optimal, dosis tersebut dipertahankan selama kurang lebih 8–10 minggu sebelum masuk ke tahap rumatan.

Pada fase ini dapat juga diberikan obat antipsikotika jangka panjang (*long acting injectable*), yang diberikan setiap 2-4 minggu.

2) Psikoedukasi

Tujuan dari intervensi ini adalah untuk meningkatkan keterampilan klien dengan skizofrenia serta keluarga dalam mengelola gejala.

Mengajak pasien untuk mengenali gejala-gejala, melatih cara mengelola gejala, merawat diri, mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan.

Teknik intervensi perilaku bermanfaat untuk diterapkan pada fase ini.

c. Fase rumatan

1) Farmakoterapi

Dosis mulai diturunkan secara bertahap sampai diperoleh dosis minimal yang masih mampu mencegah kekambuhan. Bila kondisi akut, pertama

kali, terapi diberikan sampai dua tahun, bila sudah berjalan kronis dengan beberapa kali kekambuhan, terapi diberikan sampai lima tahun bahkan seumur hidup.

2) Psikoedukasi

Tujuan dari intervensi ini adalah untuk mempersiapkan pasien kembali pada kehidupan masyarakat. Modalitas rehabilitasi spesifik, misalnya remediasi kognitif, pelatihan keterampilan sosial dan terapi vokasional, cocok diterapkan pada fase ini. Pada fase ini pasien dan keluarga juga diajarkan untuk mengenali dan mengelola gejala prodromal, sehingga mereka mampu mencegah kekambuhan berikutnya.

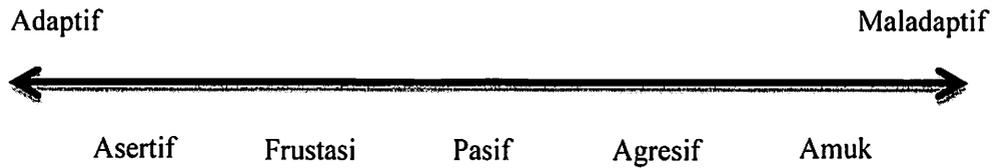
2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai, dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan atau mencederai diri sendiri, orang lain bahkan merusak lingkungan (Prabowo, 2014). Perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana hilangnya kendali seseorang yang dapat diarahkan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan yang diarahkan kepada diri sendiri dapat berupa melukai diri seperti bunuh diri atau menelantarkan diri. Perilaku kekerasan kepada orang lain merupakan tindakan agresif yang bertujuan untuk melukai atau membunuh orang lain. Sedangkan perilaku kekerasan pada lingkungan seperti perilaku merusak lingkungan, melempar benda ke kaca, genting atau semua yang berada dilingkungan (Yusuf *et al.*, 2015).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka dapat diartikan bahwa perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Dermawan and Rusdi, 2013). Perilaku kekerasan juga merupakan suatu respon maladaptif dari kemarahan, serta hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien dengan skizofrenia biasanya diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu tersebut akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede *et al.*, 2015). Bentuk perilaku kekerasan yang dapat dilakukan adalah amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak, baik fisik maupun dengan kata-kata (Kio *et al.*, 2020). Sedangkan amuk merupakan suatu respon marah yang paling maladaptif dari perilaku kekerasan (Yusuf *et al.*, 2015).

2.2.2 Rentang Respon Marah



Gambar 2. 1 Gambar Rentang Respon Marah

Keterangan:

Asertif : Dapat mengungkapkan kemarahan tanpa menyakiti orang lain

Frustrasi : Gagal dalam mencapai tujuan, tidak realitas atau terhambat

Pasif : Merupakan respon lanjutan pasien yang tidak mampu dalam mengungkapkan perasaannya

Agresif : Perilaku destruktif akan tetapi masih terkontrol

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol, serta merupakan respon marah yang paling maladaptif.

2.2.3 Etiologi Perilaku Kekerasan

Penyebab perilaku kekerasan terdiri dari dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi, berikut adalah faktor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan berdasarkan Yusuf *et al.*, (2015) antara lain:

a. Faktor predisposisi

1) Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting (*instinctual drives*).

2) Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresifitas dapat timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan yang tidak tercapai merupakan hal yang dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

3) Biologis

Pada faktor biologis dijelaskan bahwa bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas adalah sebagai berikut :

a) Sistem limbik

Sistem limbik merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif dan respons seksual. Selain itu, sistem limbik juga mengatur sistem informasi dan memori.

b) Lobus temporal

Lobus temporal merupakan organ yang dapat berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

c) Lobus frontal

Lobus frontak merupakan organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.

d) Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang dapat berdampak pada agresivitas adalah serotonin (5-HT), Dopamin, Neropineprin, Acetylcholine dan GABA.

4) Perilaku (*behavioral*)

a) Kerusakan organ otak, retardasi mental dan gangguan belajar dapat mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespon positif terhadap frustasi.

b) Penekanan emosi yang berlebihan terhadap anak-anak atau godaan orang tua memengaruhi kepercayaan dan percaya diri individu.

c) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

5) Sosial Kultural

a) Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan bahwa ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Terkadang control sosial yang sangat ketat dapat menghambat ekspresi marah yang sehat sehingga menyebabkan individu memilih cara maladaptif lainnya untuk mengekspresikan marah.

- b) Budaya asertif di masyarakat dapat membantu individu yang berespon terhadap marah yang sehat.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi penyebab perilaku kekerasan merupakan semua faktor ancaman yang berasal dari internal maupun eksternal. Pada faktor internal dapat berupa kelemahan, rasa percaya diri individu yang menurun, takut sakit, serta hilangnya control diri. Sedangkan pada faktor eksternal dapat berupa penganiayaan fisik, kehilangan seseorang yang dicintai, serta adanya kritikan dari orang lain (Yusuf *et al.*, 2015).

2.2.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut (Yusuf *et al.*, 2015):

- a. Klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan tanda emosi dengan ciri-ciri tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, dan jengkel.
- b. Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan sikap intelektual mendominasi, bawel, sarkasme, dan berdebat.
- c. Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan ciri-ciri fisik muka merah, pandangan tajam, napas pendek, berkeringat, serta tekanan darah meningkat.
- d. Berdasarkan aspek spiritual klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan tanda kemahakuasaan, kebijakan/ kebenaran diri, keraguan, tidak mempunyai moral, kekejatan, serta kreativitas terlambat.

- e. Pada aspek sosial klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya tampak menarik diri, melakukan pengasingan, terjadi penolakan, kekerasan, ejekan, serta humor (Yusuf et al., 2015).

2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan setiap upaya yang diharapkan pada penatalaksanaan stres dan termasuk upaya dalam penyelesaian masalah langsung serta mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2013). Menurut Prasetya dan Arum (2017), perawat perlu melakukan identifikasi terkait mekanisme koping klien dengan risiko perilaku kekerasan untuk melaksanakan intervensi yang tepat, sehingga hal tersebut dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Menurut Prabowo (2014) mekanisme koping yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan untuk melindungi dirinya antara lain :

- a. Sublimasi

Sublimasi merupakan menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Misalnya orang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti meremas-remas adonan kue, meninju tembok, dengan tujuan mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

- b. Proyeksi

Proyeksi ialah menyalahkan orang lain atas kesulitan yang sedang dialami atau keinginannya yang tidak tercapai. Misalnya, seseorang menyangkal

bahwa dirinya menggoda rekan kerjanya dan berbalik menuduh orang lain yang merayu teman kerjanya.

c. Represi

Represi adalah mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan yang masuk ke alam sadar.

d. Reaksi formasi

Reaksi formasi adalah mencegah keinginan yang berbahaya bila di ekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan.

e. *Deplacment*

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

2.2.6 Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2014) penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan antara lain :

a. Farmakoterapi

Klien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan antipsikotik yang mempunyai dosis efektif tinggi seperti klopromazin yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila serangan baru pertama kali maka gejala akan hilang. Dosis dipertahankan selama satu bulan, namun apabila terjadi

serangan lebih dari satu kali obat diberikan secara terus-menerus selama dua bulan. Dosis klorpromazin dapat diberikan dalam rentang 30–800 mg/24 jam/oral.

b. Terapi okupasi

Terapi ini sering diartikan dengan terapi kerja, akan tetapi terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan pemberian kegiatan yang mana sebagai media untuk mengembalikan kemampuan klien dalam berkomunikasi dengan baik. Oleh karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan akan tetapi diberi kegiatan seperti membaca koran, main catur, dapat pula dijadikan media yang penting. Setelah klien melakukan kegiatan tersebut, klien diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan tersebut bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitas setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang dapat memberikan perawatan secara langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pada klien. Perawat bertugas untuk membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan dalam mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif klien serta

memulihkan perilaku maladaptif menuju perilaku yang adaptif, sehingga derajat kesehatan klien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

d. Terapi somatik

Terapi somatik merupakan terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik klien, akan tetapi target terapi adalah perilaku klien.

e. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau elektronik *convulsive therapy* (ECT) merupakan terapi yang diberikan kepada klien dengan menimbulkan kejang *grand mall* dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis klien. Terapi ini digunakan dalam menangani klien skizofrenia dengan intensitas 20-30 kali terapi. Biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali (seminggu 2 kali) (Prabowo, 2014).

2.2.7 Terapi Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi nafas dalam merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jiwa. Salah satu cara terapi relaksasi nafas adalah bersifat respiratoris yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat atau dalam. Keteraturan dalam bernafas, menyebabkan sikap mental badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku. Teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi perilaku kekerasan diantaranya adalah

menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam, alasannya adalah jika melakukan kegiatan dalam kondisi dan situasi yang rileks, maka hasil dan prosesnya akan optimal (Wiramihardja, 2014).

Teknik relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan menyenangkan pikiran saja. Tetapi relaksasi nafas dalam juga dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berkonsentrasi, kemampuan untuk mengontrol diri, untuk menurunkan tingkat emosi dan depresi (Handoyo, 2012). Relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress fisik maupun emosional. Relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu berupa senyawa endorphin dan enkefalin yang dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan, dan kreatifitas (Smeltzer and Bare, 2002).

2.3 Tinjauan Ilmiah Artikel

Tabel 2. 2 Tinjauan Ilmiah Artikel

No	Judul	Metode	Hasil
1.	<i>Effects of Integrated Moral Reasoning Development Intervention for Management of Violence in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial</i> (Hsu and Ouyang, 2022)	<p>D: Studi eksperimental (<i>Randomized Controlled Trial</i>)</p> <p>S: 43 pasien dengan perilaku kekerasan pada sskizofrenia</p> <p>V: Penalaran moral, penilaian etis, Penalaran dan gaya berpikir, Gaya manajemen konflik, Frekuensi agresi</p> <p>I: Penalaran moral (Versi Adaptasi dari Ukuran Refleksi Sosiomoral, SRM-AV); Skala Etika Multidimensi (MES); ROCI-II; (<i>Rational Experiential Inventory</i>, REI); (<i>Modified Overt Aggression Scale</i>, MOAS); (<i>Buss-Perry Aggression Questionnaire</i>, AQ); (<i>Ten of Item Personality Inventory</i>, TIPI)</p> <p>A: SPSS (versi 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, AS); uji T; ANOVA; analisis kovarians</p>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan intervensi pengembangan penalaran moral menunjukkan peningkatan terhadap tingkat penalaran moral, dengan penurunan tingkat perilaku kekerasan serta mengalami peningkatan atau perubahan yang jauh lebih besar ($p < 0,05$) dalam penilaian moral dan penilaian etis, gaya preferensi pengambilan keputusan, serta gaya manajemen.
2.	Respon Pasien Perilaku Kekerasan	D: Kuantitatif deskriptif dengan pendekatan survey	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden dengan perilaku kekerasan

(Suerni and PH, 2019) http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP	S: 20 pasien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan V: Respon pasien perilaku kekerasan I: Lembar observasi, kuesioner A: Analisis univariat berupa distribusi frekuensi	menunjukkan respons kognitif berupa perubahan isi pikir dan menyalahkan orang lain. Mayoritas responden mengungkapkan perasaan tidak nyaman dan menunjukkannya dengan marah. Respons tersebut terjadi karena keinginannya yang tidak terpenuhi. Mayoritas responden memiliki respons fisiologis dengan tangan mengepal dan pandangan tajam. Mayoritas responden memiliki respons perilaku berupa perasaan curiga, merusak alat, dan menciderai orang lain. Serta menunjukkan bahwa pasien perilaku kekerasan memiliki respons sosial yang ditunjukkan dengan sikap yang sering mengasingkan diri ataupun mengungkapkan keinginan dengan nada mengancam.
3. <i>Predisposing Factors for Patients at Risk of Violent Behavior</i> (PH and Suerni, 2019)	D: Kuantitatif deskriptif S: 52 pasien yang didiagnosa mengalami resiko perilaku kekerasan V: Faktor predisposisi pasien resiko perilaku kekerasan I: Kuesioner A: Analisis univariat berupa distribusi frekuensi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor biologis yang mempengaruhi stresor pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa. Faktor psikologis yang mempengaruhi stresor pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu ada permasalahan dengan keluarga. Dan faktor sosiokultural yang mempengaruhi stresor pada pasien resiko perilaku kekerasan adalah pasien yang mengalami tidak keharmonisan dalam keluarga karena perceraian, kegagalan pekerjaan.
4. Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien	D: Kuantitatif deskriptif S: 16 pasien V: Tanda dan gejala resiko perilaku	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas tanda dan gejala yang sering muncul pada orang dengan resiko perilaku kekerasan yaitu:

Skizofrenia (Malfasari <i>et al.</i> , 2020)	kekerasan I: Lembar observasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan A: SPSS	mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak.
5. Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (Jatmika, Triana and Purwaningsih, 2020)	D: Deskriptif korelasional dengan rancangan <i>cross-sectional</i> S: 65 Pasien V: Komunikasi terapeutik, risiko perilaku kekerasan I: <i>Checklist</i> komunikasi terapeutik dan lembar observasi perubahan perilaku kekerasan A: Uji ordinal by ordinal Gamma	Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik perawat memiliki hubungan yang sangat kuat dengan menurunnya risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia menghasilkan nilai $p = 0,001$ ($pvalue < \alpha$), dimana semakin baik komunikasi yang diterapkan oleh perawat maka semakin rendah juga risiko munculnya perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.
6. Upaya Mengontrol Perilaku Agresif pada Perilaku Kekerasan dengan Pemberian <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i> (Siauta, Tuasikal and Embuai, 2020)	D: Kualitatif studi kasus S: 6 klien perilaku kekerasan V: Perilaku agresif pada perilaku kekerasan I: Observasi (lembar observasi), wawancara mendalam.	Hasil penelitian didapatkan bahwa upaya untuk mengontrol perilaku agresif dengan <i>rational emotive behavior therapy</i> pada klien perilaku kekerasan menunjukan adanya kemajuan dalam hal ini adalah semua jadwal telah di isi dengan <i>rational emotive behavior therapy</i> sesuai dengan kesepakatan antara klien dengan peneliti, serta juga sudah tidak lagi terlihat berbicara sendiri, dan klien juga dapat berinteraksi serta meningkatkan ketrampilan pada klien dengan penerapan SP tersebut.
7. <i>The Prediction and Influential Factors of Violence in</i>	D: Kuantitatif S: 397 pasien	Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku kekerasan yang lebih tinggi adalah pada pasien laki-laki. Faktor risiko yang

<p><i>Male Schizophrenia Patients With Machine Learning Algorithms</i> (Yu <i>et al.</i>, 2022)</p>	<p>V: Karakteristik demografi (usia, tingkat pendidikan, status perkawinan), Karakteristik klinis pasien</p> <p>I: <i>Demographic information sheet, the brief psychiatric rating scale (BPRS), the positive and negative symptom scale (PANSS), and the social disability screening schedule (SDSS) were adopted in our study</i></p> <p>A: <i>R software (version 3.6.2;The Comprehensive R Archive Network), T-test, chi-square</i></p>	<p>relevan terkait dengan terjadinya kekerasan pada skizofrenia, adalah tingkat pendidikan, ide bunuh diri, merokok, sindrom positif. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa model yang dikembangkan oleh <i>Machine Learning Algorithms</i> berguna dalam membedakan antara pasien dengan dan tanpa perilaku kekerasan. Serta ada perbedaan yang signifikan dalam usia, tingkat pendidikan, durasi penyakit dan sindrom positif antara kelompok kekerasan dan non-kekerasan.</p>
<p>8. <i>How does forgiveness therapy versus emotion-focused therapy reduce violent behavior schizophrenia post restrain at East Java, Indonesia?</i> (Suhron <i>et al.</i>, 2020)</p>	<p>D: Kuantitatif eksperimen</p> <p>S: 52 pasien</p> <p>V: <i>Forgiveness therapy that focused on emotions, violent behavior</i></p> <p>I: Lembar observasi <i>general adaptive function response score (GAFR)</i></p> <p>A: Uji statistik Wilcoxon dan Mann Whitney</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan perilaku kekerasan sebelum dan sesudah terapi pengampunan dan terapi yang berfokus pada emosi. Serta terapi pengampunan lebih efektif dalam menurunkan perilaku kekerasan.</p>
<p>9. <i>Decreasing</i></p>	<p>D: Kuantitatif</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan ada</p>

	<i>Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy</i> (Jek Amidos Pardede and Laia, 2020)	S: 17 orang V: Gejala risiko perilaku kekerasan I: Kuesoner dan lembar observasi A: Analisis univariat dan analisis bivariat dengan uji <i>Paired T-Test</i>	pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi terhadap perubahan gejala risiko perilaku kekerasan sebelum dan setelah dilakukannya Terapi Aktivitas Kelompok dengan <i>P-value</i> = 0,000 < <i>p</i> = 0,05. Yang mana dapat diartikan bahwa bahwa Terapi Aktivitas Kelompok memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan gejala risiko perilaku kekerasan
10.	Penerapan Teknik Verbal Asertif untuk Menurunkan Kemarahan pada Pasien Perilaku Kekerasan (Ambarwati and Susilaningsih, 2020)	D: Deskriptif kualitatif S: 1 responden V: Penerapan tehnik verbal asertif, kemarahan I: Buku, alat tulis serta handphone untuk merekam latihan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan pendampingan kepada pasien untuk menerapkan tehnik verbal asertif mampu mengontrol marah pasien dengan baik
11.	Intervensi Latihan Keterampilan Sosial pada Pasien Perilaku Kekerasan (Anna, 2019)	D: Deskriptif kualitatif S: 1 responden V: Latihan keterampilan sosial I: Buku, alat tulis	Hasil menunjukkan bahwa latihan keterampilan sosial dapat mengurangi resiko perilaku kekerasan
12.	Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat setelah Diberikan <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat	D: <i>Quasi eksperimental pre-posttest with control group</i> S: 90 klien skizofrenia V: Kepatuhan dan komitmen klien skizofrenia, <i>Acceptance and Commitment Therapy</i> , pendidikan kesehatan kepatuhan minum obat I: Modifikasi versi	Hasil penelitian ini ditemukan bahwa penurunan gejala risiko perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah serta peningkatan kemampuan menerima dan berkomitmen pada pengobatan dan kepatuhan klien skizofrenia yang mendapatkan ACT dan pendidikan kesehatan kepatuhan minum obat lebih besar secara bermakna dibandingkan kelompok yang hanya mendapatkan terapi ACT (<i>p</i> <

(Pardede, Keliat and Yulia, 2015)	<i>Overt Aggression Scale</i> (OAS), <i>Launay-Slade Hallucination Scale</i> (LSHS), dan <i>Rosenberg Self Esteem Scale</i> (RSES), <i>Acceptance and Action Questionnaire</i> (AAQ II), <i>Medication Adherence Rating Scale for the psychoses</i> (MARS)	0,05).
<i>A: Paired t-test, Anova test dan correlation test</i>		
13. Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur (Sudia, Kep and Hamidah, 2021)	D: Kualitatif S: 1 responden V: Aplikasi terapi relaksasi nafas dalam, pengontrolan marah I: Buku, alat tulis, handphone untuk merekam	Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terhadap tindakan terapi relaksasi nafas dalam pada orang gangguan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan. Adanya respon positif yang menunjukkan klien mampu mengikuti terapi relaksasi nafas dalam sesuai program dan hasilnya efektif untuk mengontrol marah pada klien.
14. Pengaruh Pelaksanaan Terapi Spiritual Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan (Ernawati, Samsualam and Suhermi, 2020)	D: <i>Pre Experimental One Group Pretest-Posttest Design</i> S: 20 pasien V: Pelaksanaan terapi spiritual, kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan I: Lembar observasi tanda dan gejala yang muncul pada pasien sebelum dan sesudah	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan dimana dari hasil uji <i>Wilcoxon</i> diperoleh ($p=0.003$) $\alpha < 0.05$.

	diberikan spiritual	terapi	
	A: Uji statistik <i>Wilcoxon</i>		
15. Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi (Makhruzah, Putri and Yanti, 2021)	D: Kuantitatif dengan desain <i>Pre Eksperiment pretest-post test</i> S: 30 responden V: Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan, tanda dan gejala klie skizofrenia I: Lembar observasi tanda dan gejala skizofrenia A: Analisa bivariat dengan uji <i>t test</i>		Hasil penelitian didapatkan nilai mean tanda gejala pre test 17,0 dan setelah penerapan SP diketahui terjadi penurunan nilai mean tanda gejala post test 7,93. Serta ada pengaruh penerapan strategi pelaksanaan PK terhadap penurunan tanda gejala skizofrenia dengan nilai p value 0,000 (<0,05)

BAB 3
METODE PENELITIAN

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Jenis penelitian deskriptif menurut Nursalam, (2020) terdiri atas rancangan penelitian studi kasus dan rancangan penelitian survey. Studi kasus merupakan serangkaian kegiatan ilmiah untuk memperoleh pengetahuan mendalam tentang suatu kejadian yang dilakukan secara intensif, terinci dan mendalam tentang suatu program, peristiwa, dan aktivitas, baik pada tingkat perorangan, sekelompok orang, lembaga, atau organisasi. Penelitian ini adalah studi penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) pada klien *Undifferentiated Schizophrenia* dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek dalam studi kasus penulisan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini disebut sebagai partisipan. Partisipan merupakan pasien *Undifferentiated Schizophrenia* dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan. Partisipan pada studi kasus ini adalah Tn. MA dengan jenis kelamin laki-laki berusia 42 tahun yang sedang menjalani rawat inap di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Laki-laki sangat rentan terkena gangguan jiwa yang mana salah satu penyebabnya adalah tingginya tingkat emosional. Selain hal itu, laki-laki memiliki kepribadian yang cenderung tertutup serta memendam sendiri setiap masalah dan stresor psikologis yang mereka hadapi (Suerni and PH, 2019). Kondisi ini jika berlangsung lama dengan tanpa adanya mekanisme koping yang



konstruktif, maka risiko terkena gangguan jiwa akan lebih tinggi. (Suerni and PH, 2019). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yu *et al.*, (2022) bahwa perilaku kekerasan lebih tinggi terjadi pada pasien laki-laki. Serta penelitian yang dilakukan oleh PH & Suerni, (2019) menjelaskan bahwa mayoritas gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan terjadi pada pasien dengan jenis kelamin laki-laki.

Berdasarkan usia, penelitian yang dilakukan oleh Suerni & PH, (2019), menjelaskan bahwa perilaku kekerasan rata-rata terjadi pada pasien usia dewasa. Usia dewasa termasuk dalam usia produktif, dimana pada usia produktif ini individu memiliki tuntutan terhadap pencapaian aktualisasi diri baik yang datang dari diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan (Suerni and PH, 2019). Responden termasuk dalam usia dewasa, yang mana responden memasuki tahap psikososial yang terpenting pada tahap ini yaitu mampu membina hubungan baik dengan masyarakat, hubungan kerja, serta hubungan yang intim dengan orang lain. Apabila tidak tercapai, maka individu akan sulit dalam membina hubungan (Suerni and PH, 2019). Kegagalan yang dialami oleh seseorang untuk mencapai tingkat kematangan akan sulit memenuhi tuntutan perkembangan pada usia tersebut, sehingga dapat berdampak terjadinya gangguan jiwa (Diorarta and Pasaribu, 2018).

3.3 Lokasi Pengambilan Kasus

Lokasi pengambilan kasus dan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa berada di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Rumah Sakit Jiwa

Menur merupakan rumah sakit milik Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang telah menjadi rujukan utama di Provinsi Jawa Timur. Sehingga terdapat banyak pasien dengan berbagai jenis gangguan jiwa, salah satunya yaitu pasien dengan perilaku kekerasan baik yang sedang rawat inap maupun rawat jalan di poli.

3.4 Waktu Pengambilan Studi Kasus

Pengambilan studi kasus dilaksanakan saat Praktik Profesi Keperawatan Stase Keperawatan Jiwa pada minggu ke-2 luring pada bulan Desember 2021. Waktu pengkajian hingga pelaksanaan implementasi keperawatan jiwa dilakukan pada tanggal 21 Desember 2021 hingga 27 Desember 2021.

3.5 Metode Pengumpulan data

Pengambilan data dalam rangkaian asuhan keperawatan diawali dengan melakukan pengkajian keperawatan. Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi terkait data-data pasien, sehingga dapat mengidentifikasi masalah yang sedang dialami, serta kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi, baik secara fisik, psikologi, sosial, maupun spiritual. Data pengkajian yang dikumpulkan terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara dan observasi langsung kepada klien. Sedangkan data sekunder dikumpulkan melalui rekam medis Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pengumpulan data dilakukan secara langsung di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Langkah awal yang dilakukan peneliti adalah dengan pengambilan data sekunder terlebih dahulu yang bertujuan untuk melihat gambaran secara garis besar kondisi klien serta penanganan medis dan perawatan yang telah dilakukan. Sehingga saat

melakukan pengambilan data primer, peneliti dapat berfokus untuk menggali informasi atau data tentang masalah keperawatan yang dialami oleh klien.

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan analisis data dengan mengelompokkan data sesuai data objektif dan data subjektif berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan. Setelah ditentukan masalah keperawatan, dilanjutkan untuk menyusun intervensi sesuai permasalahan klien yang mengacu pada Strategi Pelaksanaan (SP) pada pasien dengan perilaku kekerasan, dan dilanjutkan dengan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah disusun. Saat pengambilan data, peneliti menggunakan alat bantu seperti lembar pengkajian asuhan keperawatan jiwa, strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK), buku catatan, serta alat tulis.

3.6 Etik Penelitian

Kode etik pada penelitian merupakan suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan yang melibatkan antara peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak penelitian tersebut. Prinsip etik dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. *Beneficence*

Prinsip *beneficence* ini diterapkan dengan menumbuhkan kenyamanan hubungan dengan membina hubungan saling percaya sejak pertemuan pertama dan senantiasa memfasilitasi penyaluran emosi dan perasaan responden

2. *Anonymity*

Anonymity dilakukan dengan menjaga kerahasiaan identitas responden. Peneliti tidak mencantumkan nama responden, akan tetapi hanya mencantumkan inisial responden yang hanya dimengerti oleh peneliti.

3. *Confidentiality*

Confidentiality dilakukan oleh peneliti dengan merahasiakan informasi maupun masalah-masalah lainnya serta mengatur pengendalian kapan dan bagaimana informasi yang diperoleh dari responden boleh disampaikan kepada orang lain hanya untuk kepentingan penelitian.

4. Menghargai martabat manusia

Menghargai martabat manusia digunakan dengan menerapkan hak *self determination*. Responden adalah pemilik hak cipta informasi sehingga peneliti perlu meminta kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti mempersilahkan responden untuk terlibat dalam penelitian secara sukarela tanpa tekanan dari pihak peneliti maupun tempat penelitian. Responden juga berhak untuk menyatakan mundur dan berhenti bila dalam proses pengambilan data jika merasa tidak ingin melanjutkan sebagai responden.

BAB 4
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi terkait data-data pasien, sehingga dapat mengidentifikasi masalah yang sedang dialami, serta kebutuhan pasien yang tidak terpenuhi, baik secara fisik, psikologi, sosial, maupun spiritual. Berikut adalah komponen yang telah dikaji pada asuhan keperawatan jiwa Tn. MA dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya:

a. Identitas Klien

Pada komponen identitas klien, perawat mengidentifikasi terkait nama yaitu Tn. MA , usia 42 tahun, informan yang dapat memberikan data tentang klien yaitu pasien sendiri Tn. MA, tanggal dilakukan pengkajian pada 21 Desember 2021, serta nomor rekam medis.

b. Alasan Masuk

Pada komponen alasan masuk perawat dapat menanyakan atau mengidentifikasi mengenai hal yang menyebabkan klien masuk ke rumah sakit. Perawat juga dapat melakukan validasi kepada keluarga mengenai penyebab keluarga membawa klien ke rumah sakit.

Alasan masuk rumah sakit Tn. MA didapatkan bahwa pasien merupakan rujukan dari Bojonegoro datang ke IGD RSJ Menur Surabaya



pada tanggal 17 Desember 2021 dengan keadaan tidur (*post* injeksi CPZ 1 ampul), dan sebelumnya pasien marah-marah. Sebelum masuk rumah sakit selama 4 bulan terakhir pasien mulai mengancam orang tuanya dengan mengumpulkan banyak benda tumpul seperti pentungan serta senjata tajam, dikarenakan ada masalah dendam dengan orang tuanya terkait banyak masalah yang telah terjadi. Pasien juga marah-marah dengan menggebrak pintu rumah tanpa sebab.

c. Faktor Predisposisi

Perawat dapat menggali faktor-faktor mengenai apakah klien memiliki riwayat gangguan jiwa di masa lalu, pengobatan yang telah dilakukan sebelumnya, serta pengalaman pasien misalnya aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, serta tindakan kriminal. Selain itu perawat juga dapat menanyakan mengenai riwayat anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa dan pengalaman masa lalu klien yang tidak menyenangkan.

Berdasarkan pengkajian faktor predisposisi pada Tn. MA didapatkan data sebagai berikut

- 1) Pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu yaitu sejak 14 tahun yang lalu, pengobatan pasien sebelumnya kurang berhasil dikarenakan pasien memiliki riwayat tidak patuh terhadap obat, serta pasien memiliki pengalaman pernah mengancam orang tua dengan mengumpulkan benda tumpul dan senjata tajam di usia 42 tahun, serta pasien marah-marah dengan menggebrak pintu tanpa sebab.

Masalah Keperawatan: perilaku kekerasan, regimen terapi tidak efektif.

- 2) Anggota keluarga pasien tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.
- 3) Pengalaman masa lalu pasien yang tidak menyenangkan adalah dimulai sejak dahulu pasien tidak diperbolehkan kuliah karena ekonomi yang sulit, selain itu ada masalah pernikahan pasien yang dibatalkan oleh orang tuanya karena pasien belum bekerja, serta saat pasien berusaha mencari kerja diluar kota, pasien tidak diizinkan karena terlalu jauh tempatnya. Karena hal tersebut yang dapat membuat pasien dendam dengan orang tuanya, pasien mulai sakit sejak 14 tahun yang lalu.

Masalah Keperawatan: koping individu tidak efektif.

d. Fisik

Perawat juga perlu melakukan pengkajian fisik pada klien, meliputi monitoring tanda-tanda vital tekanan darah, nadi, suhu, serta frekuensi pernafasan. Selain itu perawat juga melakukan pengukuran berat badan, tinggi badan serta menanyakan terkait keluhan fisik yang dirasakan oleh klien.

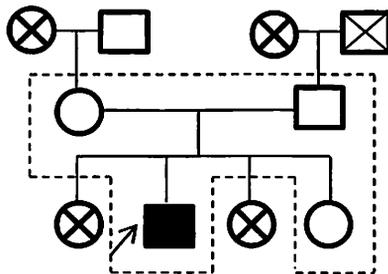
Berdasarkan pengkajian fisik yang dilakukan pada Tn. MA didapatkan tekanan darah 115/81 mmHg, nadi 98x/ menit, suhu 36,4 C, RR 20x/ menit, tinggi badan 166 cm, berat badan 60 kg dengan IMT normal yaitu 21,8 kg/m².

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram yang dituliskan terdiri dari tiga generasi yang menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Selain hal tersebut, perlu diidentifikasi terkait pengambilan keputusan dalam keluarga.

Berikut adalah genogram dari Tn. MA:



Keterangan:

- : Lak-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Laki-laki meninggal dunia
- ⊗ : Perempuan meninggal dunia
- ▀ : Pasien
- : Tinggal serumah

Berdasarkan genogram diatas bahwa pasien merupakan anak kedua dari empat bersaudara. Pasien tinggal satu rumah dengan kedua orang tuanya dan adik bungsunya. Berdasarkan hasil identifikasi dari wawancara dan riwayat pasien, pola komunikasi yang digunakan adalah komunikasi interpersonal yang mana terkadang hanya terjadi antar orang tua saja,

namun terkadang anak juga dilibatkan. Dalam pengambilan keputusan dalam keluarga, keputusan tertinggi berada pada kedua orang tuanya.

2) Konsep diri

Berikut adalah gambaran diri dari Tn. MA:

- a) Gambaran diri: Pasien menyukai semua anggota tubuhnya.
- b) Identitas: pasien sebagai anak kedua dari empat bersaudara
- c) Peran: pasien tidak bekerja, pasien tidak mau berusaha untuk memenuhi kebutuhannya sendiri. Terjadi konflik peran karena tidak puas terhadap keputusan orang tuanya yang menyebabkan pasien tidak mau bekerja.
- d) Ideal diri: pasien mengatakan ingin menikah dan menjadi orang yang lebih baik.
- e) Harga diri: pasien merasa malu karena belum menikah.

Masalah Keperawatan: Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

3) Hubungan sosial

Perawat bertanya kepada klien mengenai orang yang berarti atau berharga bagi klien, peran serta klien dalam kegiatan kelompok atau masyarakat yang diikuti, serta hambatan yang dialami klien dalam berhubungan dengan orang lain. Berikut adalah hasil pengkajian hubungan sosial pada Tn. MA:

- a) Orang yang berarti: pasien mengatakan orang yang sangat berarti adalah adik perempuannya, pasien sangat sayang terhadap adiknya.

- b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat: pasien mengatakan suka mengikuti kegiatan olah raga yang diadakan di desanya seperti sepak bola dan voli.
- c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, pasien mengatakan memiliki teman untuk diajak berinteraksi saat di rumah maupun di rumah sakit.

4) Spiritual

Perawat mengidentifikasi nilai dari keyakinan yang dipercayai klien serta kegiatan ibadah klien baik sebelum maupun sesudah dirawat.

Berikut adalah hasil pengkajian spiritual Tn. MA:

- a) Nilai dan keyakinan: klien beragama islam, klien mempercayai bahwa tuhan itu satu.
- b) Kegiatan ibadah: pasien mengatakan di rumah sakit tetap menjalankan sholat, akan tetapi belum tertib 5 waktu.

f. Status Metal

1) Penampilan

Perawat mengidentifikasi penampilan klien apakah tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, atau cara berpakaian yang tidak seperti biasanya.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa penampilan klien cukup rapi, bersih, dan menggunakan seragam Ruang Gelatik dengan benar.

2) Pembicaraan

Selama wawancara dengan klien, perawat dapat mengobservasi mengenai cara berbicara klien apakah saat klien menjawab pertanyaan berbicara dengan cepat, apatis, keras, lambat, gagap, membisu, inkoheren, atau bahkan tidak mampu dalam memulai pembicaraan.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien dapat berbicara dengan normal, pasien dapat menjawab sesuai dengan pertanyaan perawat.

3) Aktivitas motorik

Perawat dapat mengobservasi kondisi klien saat melakukan wawancara. Apakah klien lesu, tegang, gelisah, agitasi, kompulsif, tremor, grimasing, atau tik.

Berdasarkan pengkajian aktivitas motorik pada Tn. MA didapatkan bahwa ketika disinggung mengenai permasalahan mengenai dendamnya kepada orang tuanya pasien berubah menjadi tegang, namun pasien diam.

Masalah Keperawatan: Perilaku kekerasan

4) Alam perasaan

Perawat mengidentifikasi terkait alam perasaan klien apakah klien sedih, ketakutan, putus asa, khawatir, atau gembira berlebihan. Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien sedang

tidak merasa marah dan kesal, pasien mengatakan bahwa sedang baik-baik saja.

5) Afek

Perawat memperhatikan afek klien saat melakukan interaksi dengan klien, apakah datar, tumpul, labil, atau tidak sesuai. Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa tidak ada perubahan afek pada pasien, afek pasien sesuai, yang mana irama emosional sesuai dengan gagasan, pikiran, atau pembicaraan yang menyertai pasien.

6) Interaksi selama wawancara

Perawat dapat mengidentifikasi bagaimana interaksi klien selama wawancara. Respon yang ditunjukkan oleh klien misalnya bermusuhan, kontak mata kurang, tidak kooperatif, defensif, mudah tersinggung dan curiga.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa ada kontak mata, serta pasien menjawab pertanyaan perawat seperlunya.

7) Persepsi

Perawat mengidentifikasi mengenai persepsi klien yang dikaitkan dengan masalah keperawatan halusinasi. Perawat dapat menanyakan apakah klien mengalami halusinasi pendengaran, pengecapan, penglihatan, pembauan, atau perabaan.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa tidak ada halusinasi yang diungkapkan oleh pasien.

8) Proses pikir

Proses pikir klien dapat diidentifikasi dari cara klien menjawab pertanyaan selama wawancara apakah sirkumtansial, tangensial, kehilangan asosiasi, *flight of ideas*, *blocking*, atau pengulangan pembicaraan/perseverasi.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien menjawab pertanyaan seperlunya secara langsung, tidak ada pengulangan kalimat, masih berbicara dalam tema pembicaraan serta tidak berhenti secara tiba-tiba saat mengungkapkan masalah.

9) Isi pikir

Perawat mengidentifikasi isi pikir klien dari cerita klien selama wawancara. Cerita klien tentang keyakinan kuat yang dimilikinya dapat berupa obsesi terhadap sesuatu, depersonalisasi, fobia, ide yang terkait, hipokondria, atau pikiran magis. Selain itu, isi pikir klien juga berkaitan dengan gangguan isi pikir yaitu waham. Jika terdapat waham, perawat juga mengidentifikasi jenis waham yang dialami klien misalnya waham agama, nihilistik, somatik, sisip pikir, kebesaran, siap pikir, curiga, atau kontrol pikir.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien tidak merasa di kontrol pikirannya saat marah ataupun melakukan perilaku kekerasan, serta tidak ada waham.

10) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran dapat dilihat dari kondisi klien selama wawancara misalnya klien mengalami kebingungan, sedasi, atau stupor. Selain itu perawat dapat mengidentifikasi kemungkinan klien mengalami disorientasi waktu, tempat, atau orang. Saat pengkajian perawat juga dapat bertanya terkait waktu, lokasi pasien saat ini serta keluarga yang dimiliki.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien mengetahui arah kiblat untuk sholat. Pasien juga dapat menyebutkan tanggal, bulan, tahun. Pasien juga ingat siapa yang mengantar ke rumah sakit dan mengetahui keberadaan dirinya saat itu.

11) Memori

Perawat dapat mengidentifikasi saat melakukan wawancara apakah pasien dapat mengingat kejadian maupun pengalaman di masa lalu. Selain itu perawat juga dapat memberikan pertanyaan yang dapat menggali daya ingat klien. Selanjutnya perawat mengidentifikasi kemungkinan klien mengalami gangguan daya ingat jangka panjang, pendek, atau bahkan konfabulasi dengan menanyakan kejadian di masa lalu yang mungkin dialami.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien masih dapat mengingat kejadian dan pengalaman masa lalu, pasien menceritakan pengalamannya pada masa masih sekolah.

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Selama wawancara, perawat memperhatikan kemampuan klien untuk berkonsentrasi, kemungkinan klien mudah terdistraksi dengan lingkungan atau tidak mampu berkonsentrasi. Perawat juga dapat memberikan soal matematika sederhana untuk menilai kemampuan berhitung klien.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien mampu untuk berhitung, serta tidak gangguan konsentrasi.

13) Kemampuan penilaian

Perawat mengidentifikasi kemungkinan klien mengalami gangguan kemampuan penilaian. Perawat dapat mengidentifikasi apakah klien dapat membuat keputusan yang sederhana. Klien mungkin dapat mengalami gangguan penilaian ringan atau bermakna.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA, ketika wawancara berlangsung pasien memiliki penilaian “bahwa kedudukan manusia itu sama, jika memukul dibalas memukul, jika membunuh dibalas membunuh”.

14) Daya tilik diri

Daya tilik merupakan kesadaran klien mengenai kondisi atau penyakit yang dialami saat ini. Kemungkinan klien mengingkari penyakit yang diderita atau menyalahkan hal-hal diluar dirinya dapat mengidentifikasikan mekanisme koping dari klien.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien mengatakan tidak ada yang sakit pada tubuhnya, akan tetapi pasien juga menyadari dan mengatakan bahwa “saya disini lagi berobat katanya ada gangguan jiwa”.

g. Kebutuhan Pulang

1) Kebutuhan sehari-hari

Perawat mengidentifikasi kemampuan klien dalam memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, dan uang.

2) Kegiatan hidup sehari-hari

a) Perawatan diri

Perawat mengidentifikasi kemandirian klien untuk melakukan perawatan diri seperti mandi, kebersihan, makan, BAK/BAB, dan berganti pakaian. Perawat menilai kemungkinan klien membutuhkan bantuan minimal atau bantuan total.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien dapat melakukan semua perawatan diri secara mandiri.

b) Nutrisi

Perawat mengkaji terkait nutrisi dengan memberikan pertanyaan tentang kepuasan klien terhadap pola makannnya serta apakah klien makan secara terpisah dengan teman-temannya. Perawat juga dapat menggali informasi tentang frekuensi makan dan udapan perhari,

nafsu makan klien, dan diet khusus yang dijalani selama menerima perawatan.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien puas dengan pola makannya, pasien tidak memisahkan diri ketika makan. Frekuensi makan sehari 3 kali, udapan 1 kali, nafsu makan pasien baik dan meningkat, tidak ada diet khusus serta status gizi pasien normal.

c) Tidur

Perawat dapat bertanya kepada klien kemungkinan terjadinya gangguan pola tidur seperti sulit untuk tidur, bangun terlalu pagi, semnabolisme, terbangun saat tidur, gelisah saat tidur, dan berbicara dalam tidur. Perawat juga mengidentifikasi perasaan klien setelah bangun tidur, kebiasaan tidur siang dan durasinya, hal yang dapat menolong klien untuk tidur, serta waktu tidur dan bangun klien setiap hari.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa tidak ada masalah terkait tidur pasien, pasien biasa tidur mulai pukul 21.00 dan bangun pada pukul 04.00. lama pasien tidur dalam sehari kurang lebih 7 jam.

3) Manajemen diri/ kemampuan klien

Perawat dapat mengidentifikasi kemampuan klien dalam mengantisipasi kebutuhan sendiri, kemampuan membuat keputusan

berdasarkan keinginan sendiri, mengatur penggunaan obat, serta melakukan pemeriksaan kesehatan (*follow up*).

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien dapat mengantisipasi kebutuhannya, membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri, serta mengatur penggunaan obat. Pada saat di rumah sakit pasien dilatih untuk mandiri dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, pasien dilatih untuk minum obat secara teratur, diberikan penjelasan tentang minum obat serta control ketika sudah pulang.

4) Sistem pendukung

Sistem pendukung yang dimiliki klien bisa berasal dari keluarga, teman sejawat, kelompok sosial, atau profesional/terapis. Tn. MA memiliki sistem pendukung dari keluarga dan profesional/ terapis. Dibuktikan dengan bahwa keluarga mendukung pengobatan pasien dengan membawa berobat ke Rumah Sakit Jiwa Menur serta ada tenaga profesional yang berusaha merawat untuk kesembuhan pasien.

5) Hobi

Perawat mengidentifikasi atau bertanya terkait pekerjaan, hobi yang dimiliki klien serta menanyakan kepuasan klien dalam menjalaninya.

h. Mekanisme Koping

Perawat mengidentifikasi bagaimana mekanisme koping klien. Mekanisme koping yang dapat digunakan ada dua jenis yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif. Koping adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif,

olahraga, dan yang lainnya. Sedangkan coping maladaptif misalnya minum alkohol, reaksi lambat/berlebih, bekerja berlebihan, menghindar, mencederai diri, dan lainnya.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa mekanisme coping adaptif pada pasien adalah pasien dapat berinteraksi/ berbicara pada orang lain saat di rumah sakit, serta saat dirumah sebelum di rumah sakit pasien suka mengikuti kegiatan olahraga. Sedangkan mekanisme coping maladaptive dari pasien adalah pasien mudah marah, memiliki dendam menurut keluarga serta suka memendam/ menyembunyikan masalah.

Masalah Keperawatan: Coping individu tidak efektif

i. Masalah psikososial dan Lingkungan

Perawat dapat mengkaji kemungkinan klien memiliki masalah dengan dukungan kelompok, lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan, atau masalah spesifik lainnya yang berkaitan dengan penyakitnya. Berikut adalah hasil pengkajian Tn. MA pada komponen masalah psikososial dan lingkungan:

- 1) Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik; tidak ada masalah
- 2) Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik; tidak ada masalah
- 3) Masalah dengan pendidikan, spesifik; tidak ada, pasien sudah tidak bersekolah
- 4) Masalah dengan pekerjaan, spesifik; pasien tidak bekerja
- 5) Masalah dengan perumahan, spesifik; tidak ada
- 6) Masalah ekonomi, spesifik; ekonomi keluarga pasien sulit

- 7) Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik; jarak antara rumah pasien dengan pelayanan kesehatan cukup jauh
- 8) Masalah lainnya, spesifik; tidak ada.

j. Pengetahuan

Selama wawancara, perawat dapat menggali pengetahuan klien tentang penyakit jiwa, faktor presipitasi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik, obat-obatan, dan lainnya untuk mengidentifikasi kemungkinan klien mengalami defisit pengetahuan. Sehingga perawat dapat merencanakan untuk memberikan intervensi berupa edukasi kepada klien.

Berdasarkan pengkajian pada Tn. MA didapatkan bahwa pengetahuan pasien kurang mengenai koping dan obat-obatan.

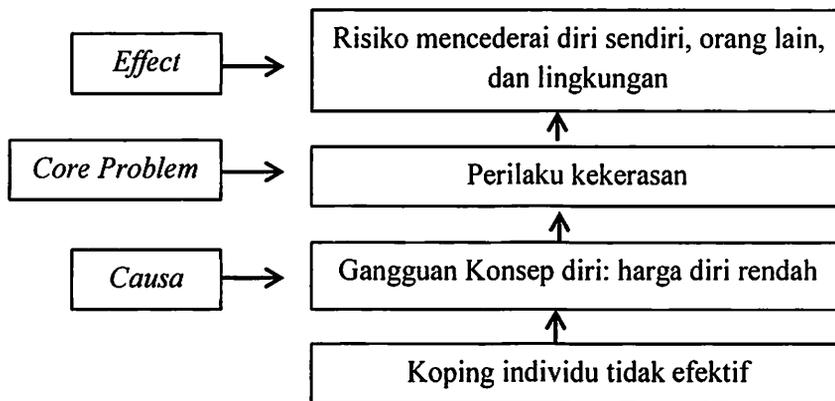
Masalah Keperawatan: Defisit pengetahuan

k. Aspek Medis

Data-data terkait aspek medis yang perlu dilengkapi adalah diagnosa medis klien serta terapi medis yang telah diberikan kepada klien.

Diagnosa medis Tn. MA adalah F 20.3 *Undifferentiated Schizophrenia*. Pasien mendapatkan terapi medik antara lain; Haloperidol 5 mg 2x1 tab, Trihexyphenidil 2 mg 2x1 tab, dan Chlorpomazine 100 mg 2x1 tab.

4.1.2 Pohon Masalah



Gambar 4. 1 Pohon Masalah

4.1.3 Daftar Masalah Keperawatan

Berikut adalah daftar masalah keperawatan Tn. MA:

- 1) Perilaku kekerasan
- 2) Gangguan konsep diri: harga diri rendah
- 3) Koping individu tidak efektif
- 4) Regimen obat tidak efektif
- 5) Defisit pengetahuan

4.1.4 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupannya baik aktual maupun potensial (Direja, 2013). Diagnosis keperawatan utama pada Tn. MA adalah perilaku kekerasan. Diagnosis keperawatan perilaku kekerasan (D.0132) berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) merupakan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan

tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan.

4.1.5 Analisa Data

Nama : Tn. MA

Ruangan : Gelatik

Tabel 4. 1 Analisa Data

Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
21-12-2021	<p>DS: (Berdasarkan keterangan keluarga di rekam medis riwayat personal pasien)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak bisa mengendalikan emosi saat marah - Pasien suka mengumpulkan benda tumpul dan sajam - Pasien mengancam orang tuanya <p>DO: - Wajah klien tampak tegang ketika disinggung mengenai dendamnya</p>	<p>Perilaku kekerasan</p> <p>↑</p> <p>Harga diri rendah</p> <p>↑</p> <p>Koping individu tidak efektif</p> <p>↑</p> <p>Dilarang orang tua kuliah, pernikahan dibatalkan, dan dilarang orang tua bekerja diluar kota</p>	Perilaku kekerasan
21-12-2021	<p>DS: - Pasien mengatakan malu karena belum menikah dan belum bekerja</p> <p>DO: - Pasien tampak</p>	<p>Harga diri rendah</p> <p>↑</p> <p>Koping individu tidak efektif</p> <p>↑</p> <p>Pernikahan dibatalkan, dan dilarang orang tua bekerja diluar kota</p>	Harga diri rendah

	sedih ketika disinggung masalah pernikahan		
21-12-2021	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien suka menyembunyikan masalah - Menurut keluarga pasien suka marah tanpa sebab <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien cenderung diam saat disinggung terkait permasalahannya 	<p>Koping individu tidak efektif</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Dilarang orang tua kuliah, pernikahan dibatalkan, dan dilarang orang tua bekerja diluar kota</p>	Koping individu tidak efektif

4.1.6 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua bentuk perawatan yang diberikan oleh perawat kepada klien yang berdasarkan dengan ilmu pengetahuan dan diagnosis keperawatan (PPNI, 2019). Intervensi keperawatan disusun setelah ditentukan diagnosis keperawatan. Intervensi keperawatan dilakukan untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Pada asuhan keperawatan jiwa, intervensi keperawatan yang dilaksanakan adalah dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP) yang ditujukan kepada pasien maupun keluarga. Berikut adalah Strategi Pelaksanaan (SP) pada Tn. MA serta pada keluarga dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan:

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
RENCANA KEPERAWATAN JIWA

Nama Pasien: Tn. MA

Ruang : Gelatik

Tabel 4. 2 Intervensi Keperawatan pada pasien

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
21-12-2021	Perilaku kekerasan	<p>TUM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak mencederai, diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan <p>TUK:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dapat: <ul style="list-style-type: none"> - Membina hubungan saling percaya - Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan - Menyebutkan jenis 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dapat: <ul style="list-style-type: none"> - Mau membalas salam, menjabat tangan, menyebutkan nama, tersenyum, kontak mata dan mengetahui nama perawat. - Mengungkapkan perasaannya dan penyebab jengkel/kesal (dari diri sendiri) - Mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk 	<p>Bina hubungn saling percaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) SP 1 pasien <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab perilaku kekerasan - Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan - Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasannya - Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1 (napas dalam) 2) SP 2 pasien <ul style="list-style-type: none"> - Latihan cara 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mampu mengenali penyebab perilaku kekerasan dan memiliki cara untuk mengontrol perilaku kekerasan. Cara mengontrol perilaku kekerasan napas dalam dapat membantu dalam pasien untuk mengatur emosi serta menjaga keseimbangan emosi, sehingga respon marah pada pasien tidak berlebihan serta lebih rileks. 2) Dengan cara fisik pukul bantal perasaan

		<p>perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan cara fisik 1 (napas dalam) untuk mencegah perilaku kekerasan <p>2) Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 2 (pukul kasur dan bantal) untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>3) Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial/verbal untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>4) Klien dapat mendemonstrasikan</p>	<p>menyelesaikan masalah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang dilakukan bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan - Melakukan pencegahan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (tarik napas dalam) <p>2) Klien dapat melakukan pencegahan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 (pukul kasur atau bantal)</p> <p>3) Klien dapat menyebutkan dan mendemonstrasikan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan</p> <p>4) Klien dapat melakukan pencegahan perilaku</p>	<p>mengontrol perilaku kekerasan fisik 2 (pukul bantal dan kasur)</p> <p>3) SP 3 pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/ verbal <p>4) SP 4 pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual <p>5) SP 5 pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat 	<p>marah klien dapat tersalurkan tanpa menimbulkan bahaya pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.</p> <p>3) Dengan cara verbal yang baik, dapat melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi serta dapat melatih individu berperilaku asertif dalam menjalin hubungan sosial.</p> <p>4) Cara spiritual dapat membuat suasana hati lebih tenang dan membuat lebih dekat dengan tuhan.</p> <p>5) Pasien patuh terhadap obat. Dengan rutin minum obat sesuai anjuran dokter, dapat membantu untuk mencegah kekambuhan dan membantu menekan amarah.</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>kan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>5) Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<p>kekerasan dengan cara spiritual, serta dapat menyebutkan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan.</p> <p>5) Klien dapat mengetahui manfaat dari obat serta rutin dalam meminumnya. Prinsip 5 benar (benar orang, obat, dosis, waktu, dan cara pemberian)</p>		
--	--	--	--	--	--

Berikut adalah Strategi Pelaksanaan pada keluarga dengan masalah keperawatan Perilaku Kekerasan:

Tujuan	Tindakan Keperawatan
Keluarga dapat merawat pasien dirumah	<p>1) SP 1 keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien - Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda gejala, serta proses terjadinya perilaku kekerasan - Menjelaskan cara merawat pasien perilaku kekerasan <p>2) SP 2 keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien perilaku kekerasan <p>3) SP 3 keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas termasuk minum obat

4.1.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Kusumawati, 2010). Implementasi juga merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan yang mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Mufidaturrohmah, 2017). Dalam melaksanakan tugasnya, berdasarkan Undang-Undang Keperawatan No. 38 Tahun 2014 perawat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan standar, serta memberikan informasi secara lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien beserta keluarganya sesuai dengan kewenangannya.

Sedangkan evaluasi adalah kegiatan untuk melihat dan atau membandingkan antara hasil, implementasi dengan kriteria dan standart yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilan mengenai perencanaan yang telah dibuat (Gusti, 2013). Evaluasi merupakan tahap akhir dari serangkaian proses asuhan keperawatan. Akan tetapi evaluasi perlu dilakukan secara terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan. Menurut Direja, (2013) evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yaitu subjektif, objektif, analisis, dan perencanaan.

Strategi Pelaksanaan hanya bisa dilaksanakan pada pasien. Strategi Pelaksanaan pada keluarga tidak bisa dilaksanakan dikarenakan selama praktik dan penelitian berlangsung tidak ada keluarga yang mengunjungi pasien.

Berikut merupakan implementasi dan evaluasi dari asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MA dengan masalah perilaku kekerasan:

Nama Pasien : Tn. MA

Ruang : Gelatik

Tabel 4. 3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	T.T
21-12-2022	Risiko perilaku kekerasan	Membina hubungan saling percaya SP 1 pasien : - Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan - Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan - Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1 (napas dalam)	S: - Pasien mau membalas salam dan menyebutkan nama - Pasien menyangkal jika pasien mengancam orang tuanya - Pasien belum dapat menceritakan penyebab perilaku kekerasan atau yang membuat pasien marah - Pasien mengatakan dapat memahami cara control perilaku kekerasan tarik napas dalam yang diajarkan O: - Pasien kooperatif saat ditanya dan menjawab sesuai dengan pertanyaan - Ada kontak mata A: - Masalah teratasi sebagian P: - Lanjutkan SP 2 pasien	
22-12-2022	Risiko perilaku	SP 2 pasien - Melatih pasien cara	S: - Pasien mengatakan	

	kekerasan	mengontrol perilaku kekerasan fisik 2 (pukul bantal dan kasur)	<p>sudah latihan napas dalam, akan tetapi terkadang masih sulit mengontrol emosi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan paham cara kontrol perilaku kekerasan fisik 2 (pukul bantal atau kasur) <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif, tampak lebih tenang - Pasien dapat mempraktikkan cara fisik 2 pukul kasur/ bantal) <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan SP 3 pasien 	
23-12-2022	Risiko perilaku kekerasan	<p>SP 3 pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal, serta menyatakan secara asertif rasa marahnya 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak marah-marah, serta dapat mempraktikkan cara fisik mengontrol perilaku kekerasan sebelumnya - Pasien dapat mengucapkan kata "terima kasih" kepada perawat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif, tampak senyum - Pasien dapat mengulang cara verbal yang diajarkan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan SP 4 	

			pasien	
24-12-2022	Risiko perilaku kekerasan	SP 4 pasien - Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak pernah marah, dan masih dapat mengingat cara yang diajarkan sebelumnya - Pasien mengatakan sudah melaksanakan sholat 5 waktu, akan tetapi tidak pernah berdzikir <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan tampak tenang - Pasien terlihat mengikuti sholat jamaah bersama teman lain dikamar <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan SP 5 pasien 	
27-12-2022	Risiko perilaku kekerasan	SP.5 pasien - Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat.	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak pernah marah, dan sudah mempraktikkan latihan mengontrol perilaku kekerasan yang telah diajarkan - Pasien mengatakan akan rutin minum obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif - Tampak tenang - Senyum saat berinteraksi <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol jadwal 	

			harian dan kondisi pasien	
--	--	--	------------------------------	--

4.2 Pembahasan

Berikut ini merupakan uraian pembahasan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Tn. MA dengan perilaku kekerasan pada kasus *undifferentiated schizophrenia* di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pembahasan menjelaskan mengenai diagnosis, intervensi dan implementasi hingga evaluasi yang membandingkan dan membahas kesesuaian antara teori dan praktik dilapangan. Selain itu, pembahasan juga menampilkan beberapa faktor yang mendukung maupun yang menghambat atau keterbatasana dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien.

4.2.1 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian studi kasus didapatkan diagnosis keperawatan utama yaitu perilaku kekerasan. Diagnosis keperawatan utama ditegakkan berdasarkan karakteristik atau data-data yang mendukung diagnosa keperawatan seperti pasien memiliki riwayat mengancam orang tua, mengumpulkan benda tumpul seperti pentungan, serta sajam, pasien suka marah dan menggebrak pintu tanpa sebab. Menurut Dermawan (2013) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan perilaku kekerasan adalah harga diri rendah, perilaku kekerasan, serta ketidakefektifan koping, gangguan persepsi sensori : halusinasi. Pada Klien Tn. MA muncul beberapa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori tersebut perilaku kekerasan, harga diri rendah, serta koping individu tidak

efektif. Sedangkan gangguan persepsi sensori : halusinasi tidak ditemukan, dikarenakan pada saat pengkajian tidak didapatkan data terkait gangguan persepsi sensori: halusinasi pada Tn. MA.

4.2.2 Intervensi dan Implementasi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilaksanakan pada asuhan keperawatan ini adalah dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP). Intervensi keperawatan yang disusun terdiri dari 5 SP, yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik napas dalam, cara fisik pukul bantal atau kasur, cara verbal, cara spiritual serta dengan obat, yang selanjutnya dilaksanakan implementasi keperawatan. Implementasi keperawatan dapat dilaksanakan seluruhnya kepada klien Tn. MA sesuai dengan intervensi yang telah disusun.

Pada implementasi Strategi Pelaksanaan pasien dengan mengontrol perilaku kekerasan cara fisik napas dalam dan pukul bantal, pasien dapat mengikuti dan mempraktikkan apa yang telah diajarkan. Penelitian yang dilakukan oleh Zelianti, (2011) menjelaskan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara teknik relaksasi napas dalam terhadap tingkat emosi klien perilaku kekerasan. Relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan. Relaksasi napas dalam juga dapat merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Dilepaskannya hormon endorfin dapat memperkuat daya tahan tubuh, menjaga sel otak tetap muda, melawan penuaan, menurunkan agresivitas dalam hubungan antar manusia, meningkatkan semangat, daya tahan tubuh, dan kreativitas (Sari, 2019). Oleh karena itu relaksasi napas dalam yang diajarkan pada klien dapat membantu

dalam mengatur emosi serta menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah pada pasien tidak berlebihan serta lebih rileks.

Selain cara fisik napas dalam, cara fisik pukul bantal menurut Soekarno & Pramudaningsih, (2015) menjelaskan bahwa pukul bantal bertujuan mengalihkan apa yang klien rasakan dengan perumpamaan, hal ini supaya tidak terjadi adanya risiko mencederai pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar. Hal ini juga dapat diartikan bahwa dengan cara fisik pukul bantal maka perasaan marah klien dapat tersalurkan tanpa menimbulkan bahaya pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Selanjutnya Strategi Pelaksanaan yang diberikan kepada pasien adalah melatih pasien mengontrol marah dengan cara verbal, seperti menyatakan secara asertif rasa marahnya, mengajarkan pada pasien meminta dengan baik dengan menggunakan kata “tolong”, menolak dengan baik dengan menggunakan kata “maaf”, serta mengungkapkan perasaan marahnya dengan baik. Latihan Asertif merupakan salah satu terapi khusus yang dapat melatih kemampuan komunikasi interpersonal dalam berbagai situasi serta dapat melatih individu berperilaku asertif dalam menjalin hubungan sosial (Priyanto and Permana, 2019). Hal ini perlu diberikan kepada pasien sehingga dapat melatih pasien untuk menerima diri sebagai orang yang mengalami marah serta membantu mengeksplorasi diri dalam menemukan alasan marah, selain itu juga menurunkan hambatan kognitif dan afektif untuk berperilaku asertif seperti kecemasan, marah dan pikiran yang tidak rasional.

Strategi Pelaksanaan yang diberikan kepada pasien adalah melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Cara spiritual yang dapat dilakukan karena pasien beragama islam adalah dengan berwudlu, sholat, maupun berdzikir. Menurut (Ernawati *et al.*, 2020) salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan adalah terapi religius atau spritual, yang merupakan suatu terapi yang dilakukan dengan cara mendekati diri klien terhadap kepercayaan yang dianutnya serta berdasarkan penelitiannya didapatkan bahwa ada pengaruh antara pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan. Oleh karena itu cara spiritual dapat diterapkan kepada pasien terutama pasien dengan perilaku kekerasan supaya membuat pasien lebih tenang dan lebih dekat dengan tuhan, sehingga pasien dapat mengontrol perilaku yang dapat membahayakan bagi diri sendiri, orang lain , maupun lingkungan.

Strategi Pelaksanaan yang terakhir adalah melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat. Pasien dijelaskan terkait manfaat patuh terhadap obat serta prinsip benar obat, benar dosis, benar waktu serta cara pemberian. Menurut Skinner 1938, dalam Notoatmodjo, (2014), kepatuhan minum obat pada penderita merupakan suatu perilaku terbuka. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kepatuhan minum obat adalah mengkonsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita mematuhi aturan dalam penggunaan obat. Pemberian obat yang teratur dan sesuai dengan dosis, dapat membantu klien untuk sembuh dari penyakit ditambah dengan terapi keperawatan spesialis dan pendidikan kesehatan

yang dapat membantu mengubah kognitif dan perilaku klien sehingga klien menjadi patuh dalam minum obat.

Dalam melakukan implementasi terdapat faktor pendukung dan faktor penghambat implementasi. Faktor pendukung dalam implementasi adalah tersedianya lingkungan yang kondusif sehingga mempermudah penulis melakukan implementasi, klien yang kooperatif, serta bimbingan dan arahan dari pembimbing klinik maupun akademik. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan implementasi adalah tidak adanya interaksi secara langsung dengan keluarga klien dikarenakan klien belum dijenguk selama dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.

4.2.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan setelah pemberian Strategi Pelaksanaan perilaku kekerasan pada Tn. MA didapatkan bahwa pasien tampak tenang, pasien dapat tersenyum dengan perawat saat dilakukan wawancara, pasien juga dapat mengucapkan kata “terimakasih” kepada perawat serta pasien mengatakan masih mengingat terhadap apa yang telah diajarkan. Penelitian yang dilakukan oleh Makhruzah et al., (2021) menyebutkan bahwa ada penurunan tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia setelah penerapan Strategi Pelaksanaan (SP). Hal ini dikarenakan dengan menerapkan Strategi Pelaksanaan kepada pasien dengan baik dan secara terus menerus, dapat mempengaruhi pasien untuk membiasakan dalam mengontrol perilaku kekerasan sehingga tidak menimbulkan bahaya bagi diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

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

1. Diagnosis keperawatan utama pada Tn. MA adalah perilaku kekerasan.
2. Intervensi keperawatan jiwa yang diberikan kepada Tn. MA adalah dalam bentuk Strategi Pelaksanaan (SP). Strategi Pelaksanann (SP) perilaku kekerasan pada Tn. MA yaitu dengan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan cara fisik napas dalam dan cara fisik pukul bantal atau kasur, melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/ verbal, melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat. Evaluasi keperawatan yang didapatkan adalah pasien dapat mengingat serta mempraktikkan Strategi Pelaksanaan yang telah diajarkan, serta pasien menjadi lebih tenang dan dapat tersenyum saat diajak berinteraksi.

5.2 Saran

1. Bagi penulis/ mahasiswa

Bagi penulis/ mahasiswa diharapkan meningkatkan kemampuan dalam berinteraksi dengan pasien serta dapat menggali masalah yang dialami oleh pasien lebih dalam sehingga mendapatkan data-data yang lengkap.



Diharapkan mahasiswa juga mampu menyusun dan menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan Standar Asuhan Keperawatan Jiwa, referensi, serta literatur.

2. Bagi keluarga

Bagi keluarga diharapkan lebih memperhatikan terkait pentingnya upaya penanganan dan perawatan pada pasien dengan gangguan jiwa secara cepat dan tepat dengan memberikan perawatan yang terbaik sesuai anjuran petugas kesehatan, terlebih pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan sehingga tidak sampai menimbulkan bahaya lebih lanjut pada pasien, orang lain, maupun lingkungan. Serta perlunya pengetahuan yang lebih terkait pencegahan kekambuhan dan rutinitas dalam minum obat.

3. Bagi pasien

Pasien diharapkan lebih sering berlatih dan melaksanakan Strategi Pelaksanaan yang telah diajarkan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lain. Serta lebih patuh dalam minum obat sesuai dengan anjuran dokter.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, N. and Susilaningsih, I. (2020) 'Penerapan Teknik Verbal Asertif untuk Menurunkan Kemarahan pada Pasien Perilaku Kekerasan', *Jurnal Keperawatan*, 6(2), pp. 21–31.
- Anna, N.A. (2019) 'Intervensi Latihan Keterampilan Sosial pada Pasien Perilaku Kekerasan Pendahuluan Metode Hasil', *Journal of Health, Education and Literacy*, 1(2), pp. 120–126.
- Azis, N.R., Sukamto, E. and Hidayat, A. (2018) 'Pengerun Terapi De-Eksklasi Terhadap Perubahan Perilaku Pasien dengan Risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda'. Poltekkes Kaltim. Available at: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/797>.
- Baradero, M. (2016) *Kesehatan Mental Psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Dermawan, D. and Rusdi (2013) *Keperawatan Jiwa Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Diorarta, R. and Pasaribu, J. (2018) 'Pengalaman Keluarga Merawat Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan', *Jurnal Keperawatan*, 10(2), pp. 106–113.
- Direja (2013) *Asuhan dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Ernawati, Samsualam and Suhermi (2020) 'Pengaruh Pelaksanaan Terapi Spiritual Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan', *Jurnal Kesehatan*, 3(1), pp. 49–56.
- Handoyo, A. (2012) *Panduan Praktis Aplikasi oleh Nafas*. Jakarta: Elex Media Komputindo.



- Hawari, D. (2014) *Skizofrenia dan Pendekatan Holistik (BPSS) BioPsiko-Sosial-Spiritual*. Jakarta: FKUI.
- Hsu, M. and Ouyang, W.-C. (2022) 'Effects of Integrated Moral Reasoning Development Intervention for Management of Violence in Schizophrenia : A Randomized Controlled Trial', *Journal of Clinical Medicine* [Preprint]. doi:<https://doi.org/10.3390/jcm11051169>.
- Jatmika, I.D.G.P., Triana, K.Y. and Purwaningsih, N.K. (2020) 'Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali', *Jurnal Keperawatan Rafflesia*, 2, pp. 1–10. doi:10.33088/jkr.v2i1.485.
- Kelliat, B.A., dkk (2011) *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas (CMHN-Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Kemendes RI (2019) *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta.
- Kio, A.L., Wardana, G.H. and Arimbawa, A.G.R. (2020) 'Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan', *Caring: Jurnal Keperawatan*, 9(1), pp. 69–72. Available at: <http://ejournal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/caring/article/view/5>.
- Kusumawati, F. (2010) *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Makhruzah, S., Putri, V.S. and Yanti, R.D. (2021) 'Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi', *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), p. 39. doi:10.36565/jab.v10i1.268.
- Malfasari, E. et al. (2020) 'Analisis Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia', *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), pp. 65–74.
- Maramis, W.. (2010) *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Maslim, R. (2013) *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V*. Jakarta: PT. Nuh Jaya.
- MENKES RI (2020) *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/382/2020 tentang Protokol Kesehatan Bagi Masyarakat di Temapt dan Fasilitas Umum dalam Rangka Pencegahan dan Pengendalian CoronaVirus Desease 2019*.
- Mufidaturrohmah (2017) *Dasar-Dasar Keperawatan: Buku Referensi Ilmu Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Gava Medika.
- Notoatmodjo, S. (2007) *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: EGC.
- Nursalam (2020) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. 5th edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Pardede, J.A., Keliat, B.A. and Yulia, I. (2015) 'Kebutuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberkan Acceptance And Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 3(18), pp. 157–166. Available at: <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>.
- Pardede, J.A. and Laia, B. (2020) 'Decreasing Symtoms of Risk of Violent Behavior in Schicoprhenia Patients Trough Group Activity Therapy', *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3).
- Pardede, J.A. and Laia, B. (2020) 'Penurunan Gejala Risiko Perilaku Kekeraan pada Pasien Skizofrenia Melalui Terapi Aktivitas Kelompok', *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), pp. 291–300.
- Pardede, J.A., Siregar, L.M. and Hulu, E.P. (2020) 'Efektivitas Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit

- Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provsu Medan', *Jurnal Mutiara Ners*, 3(1), pp. 8–14.
- PH, L. and Suerni, T. (2019) 'Faktor Predisposisi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 1(1), pp. 27–38.
- PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Prabowo, E. (2014) *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Priyanto, B. and Permana, I. (2019) 'Pengaruh Latihan Asertif dalam Menurunkan Gejala Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia', *Avicenna Journal of Health Research*, 2(2), pp. 14–14.
- Sari, R.D. (2019) *Upaya Relaksasi Nafas Dalam untuk Mengontrol Marah pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan*. Institut Teknologi Sains dan Kesehatan PKU Muhammadiyah Surakarta.
- Siauta, M., Tuasikal, H. and Embuai, S. (2020) 'Upaya Mengontrol Perilaku Agresif pada Perilaku Kekerasan dengan Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy', *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), pp. 27–32.
- Sindangsari, R. and Sukamto, M.E. (2012) 'Dinamika Psikopatologis Seorang Pria dengan Gangguan Skizofrenia Undifferentiated', in. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Surabaya.
- Smeltzer and Bare (2002) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. 8th edn. Jakarta: EGC.

- Soekarno, C., R.D. and Pramudaningsih, I. (2015) 'Pemberian Strategi Pelaksanaan Pada Klien Gangguan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan.' Available at: <http://jurnal.akperkridahusada.ac.id/ind>.
- Stuart, G.. (2013) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. 5th edn. Jakarta: EGC.
- Sudia, B.T., Kep, H.A.S. and Hamidah, E. (2021) 'Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur Abstrak Pendahuluan', *Jurnal Lentera*, 4.
- Suerni, T. and PH, L. (2019) 'Respons Pasien Perilaku Kekerasan', *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(November), pp. 41–46. Available at: <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>.
- Suhron, M. *et al.* (2020) 'How does forgiveness therapy versus emotion-focused therapy reduce violent behavior schizophrenia post restrain ...?', *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 9(4), pp. 314–319. doi:10.11591/ijphs.v9i4.20538.
- Wiramihardja, S. (2014) *Pengantar Psikologi Klinis*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yu, T. *et al.* (2022) 'The Prediction and Influential Factors of Violence in Male Schizophrenia Patients With Machine Learning Algorithms', *Frontiers in Psychiatry*, 13(March), pp. 1–7. doi:10.3389/fpsy.2022.799899.
- Yusuf, A., Fitryasari, R. and Nihayati, H.E. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Zelianti (2011) *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Emosi Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr.Amino Gondohutumo*. Politeknik Kesehatan Denpasar. Available at: (<https://garuda.kemdikbud.go.id/documents/detail/183419>).