

**LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Diagnosa Keperawatan  
Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) Di Ruang Antareja  
Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

**Disusun dalam Rangka  
Menyelesaikan Tahap Profesi Ners**



**Oleh**

**JENORI JULIET DEBORA BARBIE MANGELEP**

**23062015**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE  
MANADO 2024**

**LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Diagnosa Keperawatan Resiko  
Perilaku Kekerasan (RPK) Di Ruang Antareja  
Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

**Disusun dalam Rangka Menyelesaikan  
Tahap Profesi Ners**



**Oleh**

**JENORI JULIET DEBORA BARBIE MANGELEP**

**23062015**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE  
MANADO 2024**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Jenori Juliet Debora Barbie Mangelep

NIM :23062015

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencamtumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar ners atau ijazah pada universitas Katolik De La Salle Manado atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, 2024



METERAI TEMPEL  
10000  
B759AAMX023723019

Jenori Juliet Debora Barbie Mangelep

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Diagnosa Keperawatan  
Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) Di Ruang Antareja  
Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor**

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji dihadapan tim penguji KIAN  
Program Studi Profesi Ners  
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Manado, 2024

Pembimbing KIAN



**Vervando. J .Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep**

Mengetahui

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Katolik De La Salle Manado

  
**Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes**

Ketua Program Studi  
Universitas Katolik De La Salle Manado

  
**Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Jenori Juliet Debora Barbie Mangelep

NIM : 23062015

Program Studi : Profesi Ners


Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Diagnosa Resiko

Perilaku Kekerasan (RPK) Di Ruang Antareja RSJ dr. H.

Marzoeki Mahdi Bogor

Telah berhasil dipertahankan di hadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

### TIM PENGUJI

Penguji :  Vervando. J. Sunilat, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui


Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Katolik De La Salle Manado

  
  
Wahyu Langelo, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi

Universitas Katolik De La Salle Manado

  
Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 2024

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN (RPK) DI RUANGAN ANTAREJA PKJN RSJ DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Mangelep Jenori<sup>1</sup>, Sumilat Vervando<sup>2</sup>

Universitas Katolik De La Salle Manado

Email : [19061064@unikadelasalle.ac.id](mailto:19061064@unikadelasalle.ac.id)

#### Abstrak

**Latar Belakang :** Pada zaman ini, gangguan jiwa memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan mental seseorang, mempengaruhi cara berpikir, merasa, dan bertindak. Skizofrenia, sebagai salah satu bentuk gangguan jiwa, ditandai dengan perilaku dan percakapan yang tidak biasa, pikiran yang tidak konsisten, delusi, dan pengalaman halusinasi. Orang yang mengalami kondisi ini sering merasa gagal, putus asa, dan memiliki pandangan negatif terhadap diri sendiri, yang dapat menyebabkan mereka mudah tersinggung dan marah, meningkatkan risiko perilaku kekerasan. Oleh karena itu, pendekatan medis dan non-medis diperlukan untuk mengubah perilaku mereka yang cenderung kekerasan

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di ruangan Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

**Hasil:** Melalui penerapan asuhan keperawatan, didapati hasil masalah keperawatan jiwa resiko perilaku kekerasan sudah teratasi.

**Kesimpulan:** Asuhan keperawatan jiwa telah diterapkan pada klien dengan masalah dan sudah teratasi.

**Kata Kunci :** Resiko Perilaku Kekerasan, Skizofrenia, Asuhan Keperawatan Jiwa.

## KATA PENGANTAR

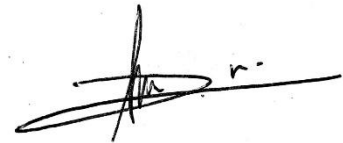
Segala puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus Kristus, karena kasih serta Anugerahnya kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ners ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) Di Ruang Antareja PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor”.

Untuk itu dengan rasa hormat penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur, sebagai Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado.
2. Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes, sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
3. Natalia E. Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS, sebagai Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
4. Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep, sebagai Ketua Program Studi Profrsi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado.
5. Vervando. J. Sumilat, S.Kep., Ns., M.Kep, sebagai Dosen Pembimbing yang telah membimbing, membantu serta memberikan dukungan dan motivasi selama studi profesi Ners dan penyusunan KIAN.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
7. RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Ruang Antareja, sebagai tempat pelaksanaan praktik klinik studi Profesi Ners.
8. Seluruh keluarga yang selalu mendukung dan memberikan semangat serta doa kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan KIAN.
9. Seluruh angkatan Lasallian Nurse 2023 Profesi Ners yang sudah saling memberi dukungan selama studi Profesi Ners.
10. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan secara satu persatu dalam bantuan serta doa selama penulis menyelesaikan penyusunan KIAN.

Oleh Karena itu penulis sadar bahwa penulis tidak dapat membalas satu per satu semua kebaikan yang sudah diberikan kepada peneliti, biarlah Tuhan Yesus Kristus yang akan membalasnya. Penulis juga mengetahui bahwa KIAN ini memiliki banyak kekurangan, karena itu penulis mengharapkan kritikan maupun saran untuk dapat memperbaiki KIAN ini pada penelitian selanjutnya.

Manado, 2024



Uptida dengan CamScanner

Jenori Juliet Debora Barbie Mangelep



## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	9
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan	12
1.4 Manfaat	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	14
2.2 Asuhan Keperawatan Teori	22
2.3 Penelitian Terkait	29
BAB III GAMBARAN KASUS	
3.1 Pengkajian	32
3.2 Diagnosa	35
3.3 Intervensi	35
3.4 Implementasi	36
3.5 Evaluasi	37
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1 Analisis Dan Diskusi Hasil	39
4.2 Keterbatasan Pelaksanaan	44
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	46
5.2 Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	48
LAMPIRAN	53

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Pada zaman ini, gangguan jiwa memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan mental seseorang, mempengaruhi cara berpikir, merasa, dan bertindak. Skizofrenia, sebagai salah satu bentuk gangguan jiwa, ditandai dengan perilaku dan percakapan yang tidak biasa, pikiran yang tidak konsisten, delusi, dan pengalaman halusinasi (Linda & Syafitri, 2023). Salah satu tantangan utama yang sering dialami oleh penderita skizofrenia adalah kecenderungan untuk berperilaku kekerasan (Afconneri et al., 2023). Orang yang mengalami kondisi ini sering merasa gagal, putus asa, dan memiliki pandangan negatif terhadap diri sendiri, yang dapat menyebabkan mereka mudah tersinggung dan marah, meningkatkan risiko perilaku kekerasan. Pada penderita skizofrenia, gejala seperti kemarahan sering terjadi (Linda & Syafitri, 2023). Tindakan kekerasan tanpa intervensi yang tepat dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitar. Oleh karena itu, pendekatan medis dan non-medis diperlukan untuk mengubah perilaku mereka yang cenderung kekerasan (Wardiyah et al., 2022).

Hingga kini, persoalan gangguan jiwa tetap menjadi tantangan global yang belum terselesaikan sepenuhnya. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2022), didapatkan jumlah pasien yang menderita skizofrenia sebanyak 24 juta jiwa dan yang mengalami gangguan jiwa sekitar 300 juta jiwa dengan masalah antara lain depresi, bipolar, dan demensia, diseluruh dunia. Data dari *National Institute of Mental Health* (NIMH) menunjukkan bahwa skizofrenia termasuk dalam 15 penyebab utama gangguan jiwa (Nay & Avelina, 2024). Menurut Riskesdas (Kementerian Kesehatan RI, 2018), prevalensi data skizofrenia di Indonesia mencapai 6,7% dari populasi penderita gangguan jiwa.

Menurut informasi dari data nasional Indonesia tahun 2017, prevalensi individu dengan perilaku kekerasan dilaporkan sekitar 0,8% per 10.000 penduduk, setara dengan sekitar 2 juta orang (Pardede et al., 2020; Siauta et al., 2020). Sebanyak 68% dari faktor penyebab utama individu yang masuk Rumah Sakit Jiwa adalah karena perilaku kekerasan (Livana & Suerni, 2019). Data ini menunjukkan bahwa insiden perilaku kekerasan menjadi permasalahan serius dalam kesehatan mental. Pada tahun 2018, di Provinsi Jawa Barat tercatat sekitar 69 ribu orang mengalami gangguan kejiwa, yang merupakan sekitar 0,14% dari total populasi 49 juta penduduk di Jawa Barat (Mariyam, 2020). Berdasarkan data tahun 2022 dari RSJ Marzoeki Mahdi Bogor, Provinsi Jawa Barat, ditemukan bahwa 30% pasien di Ruang Antareja berisiko perilaku kekerasan, yang merupakan angka kedua terbesar setelah diagnosa halusinasi.

Menurut hasil penelitian di lapangan, masih banyak orang dengan gangguan jiwa yang memperlihatkan perilaku kekerasan saat mereka dirawat di rumah sakit. Perilaku ini sangat berpotensi membahayakan, dengan individu yang berisiko perilaku kekerasan bisa menunjukkan gejala seperti mengancam, menggunakan kata-kata kasar, biasanya ekspresi tampak tegang, raut wajah tampak merah, tangan mengempal, tatapan yang tajam, berbicara kasar, nada yang tinggi serta ada keinginan melukai dan mencedari diri, orang lain dan lingkungan (Anggraini dkk., 2023). Pasien yang memiliki risiko perilaku kekerasan dapat menimbulkan bahaya fisik bagi diri mereka sendiri maupun orang lain, dengan ekspresi amukan yang tidak terkontrol, sehingga memerlukan penanganan yang tepat untuk mengurangi gejala yang muncul (Rokhilah & Aktifah, 2023).

Adapun upaya-upaya yang telah dilakukan dalam menangani permasalahan ini. Pendekatan non-farmakologi digunakan untuk mengurangi gejala perilaku kekerasan, seperti terapi relaksasi otot progresif yang membantu mengelola kemarahan dan mendorong pasien untuk mengungkapkan emosi dengan cara yang tidak merugikan

(Sovianti dkk., 2024). Selain itu, upaya perawatan dilakukan dengan melibatkan pasien dalam latihan fisik seperti tarik napas dalam dan menggunakan bantal sebagai sarana untuk mengekspresikan perilaku kekerasan. Selain itu, melalui pengaturan pengobatan yang teratur, komunikasi asertif, dan dukungan spiritual, klien diajarkan untuk mengelola perilaku kekerasan (Jobber & Mendrofa, 2023).

Dalam menangani masalah kesehatan jiwa, peran perawat sangatlah dibutuhkan terutama sebagai educator dan pemberian asuhan keperawatan pada pasien terutama pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan tindakan yang dilakukan perawat salah satunya dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) (Linda & Syafitri, 2023). Perawat jiwa menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan dalam menangani risiko perilaku kekerasan di rumah sakit yaitu dengan melakukan penerapan standar asuhan keperawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan yaitu dengan cara fisik; relaksasi tarik napas dalam serta penyaluran energi seperti memukul bantal kasur, minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain, dan dengan cara spiritual (Jobber & Mendrofa, 2023).

Berdasarkan fakta-fakta yang telah ditemukan di Rumah Sakit Jiwa Marzoeki Mahdi Bogor khususnya di runagan antareja, maka peneliti melakukan penelitian mengenai asuhan keperawatan jiwa pada klien Tn. R.K di ruangan Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di ruangan Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor ?”

### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Menganalisis asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di ruangan Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis gambaran kasus asuhan keperawatan jiwa pada klien Tn. R.K di ruangan Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- b. Menganalisis praktik pengelolaan terhadap kasus pada klien Tn. R.K di ruangan Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- c. Menganalisis asuhan keperawatan jiwa pada klien Tn. R.K di ruangan Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

### **1.4. Manfaat**

#### **1.4.1. Teoritis**

Hasil dari Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat meningkatkan pengembangan wawasan dan pengetahuan dibidang ilmu keperawatan dalam pemberian Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan (RPK).

#### **1.4.2. Praktis**

##### **a. Bagi Pasien**

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat menjadi sumber informasi untuk menambah maupun meningkatkan pengetahuan tentang cara mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan (RPK).

##### **b. Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat membantu dalam pengembangan profesionalisme para praktikan dan

dapat memberikan pelatihan langsung dan pengalaman praktis yang berharga bagi generasi mendatang dalam bidang kesehatan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat memberikan akses langsung ke data informasi dan pengalaman yang relevan untuk riset selanjutnya serta membantu menghubungkan teori dengan praktek lapangan dalam memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang implementasi teori dalam situasi nyata.

**BAB II**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1. Landasan Teori**

**A. Pengertian**

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan yang diungkapkan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal hingga melukai individu itu sendiri, orang lain, atau merusak lingkungan (Muthi dkk, 2023). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Irfansyah dkk, 2023).

Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Siregar, 2022). Jadi, resiko perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan merupakan suatu Tindakan yang berbahaya dan dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

**B. Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut (Keliat et al, 2019) yaitu sebagai berikut :

<b>Tanda dan Gejala Mayor</b>	<b>Tanda dan Gejala Minor</b>
(Subjektif) : 1) Mengatakan benci/kesal dengan orang lain.	(Subjektif) : 1) Mengatakan tidak senang 2) Menyalahkan orang lain

<p>2) Mengatakan ingin memukul orang lain</p> <p>3) Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>4) Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain dan merusak lingkungan</p> <p>(Objektif) :</p> <p>1) Melotot</p> <p>2) Pandangan tajam</p> <p>3) Tangan mengepal, rahang mengatup.</p> <p>4) Gelisah dan mondar-mandir</p> <p>5) Tekanan darah meningkat</p> <p>6) Nadi meningkat</p> <p>7) Pernapasan meningkat</p> <p>8) Mudah tersinggung</p> <p>9) Nada suara tinggi dan bicara kasar</p> <p>10) Mendominasi pembicaraan</p> <p>11) Sarkasme</p> <p>12) Merusak lingkungan</p> <p>13) Memukul orang lain.</p>	<p>3) Mengatakan diri berkuasa</p> <p>4) Merasa gagal mencapai tujuan</p> <p>5) Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi</p> <p>6) Suka mengejek dan mengkritik</p> <p>(Objektif):</p> <p>1) Disorientasi</p> <p>2) Wajah merah</p> <p>3) Postur tubuh kaku</p> <p>4) Sinis</p> <p>5) Bermusuhan</p> <p>6) Menarik diri</p>
--	--

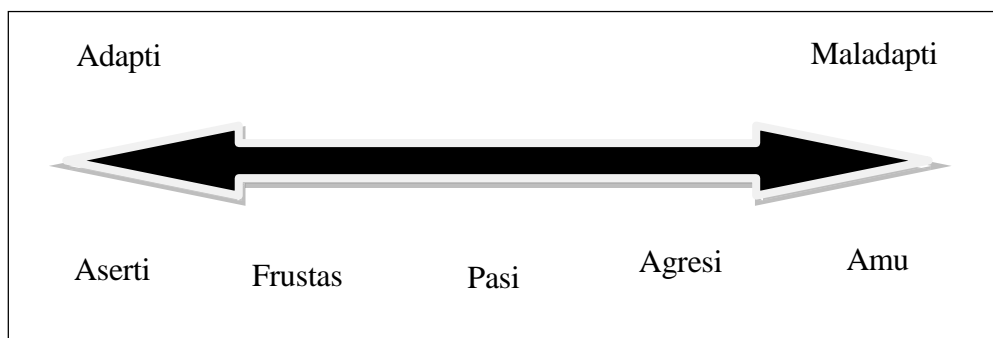
#### A. Rentang Respon Marah

Resiko perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan didefinisikan sebagai bagian dari rangkaian respon kemarahan yang paling maladaptif, yaitu amuk. Amuk sendiri merupakan respon kemarahan



yang ditandai dengan perasaan marah dan permusuhan yang intens dan merupakan bentuk perilaku destruktif yang tidak dapat dikendalikan (Sutejo, 2019).

Orang yang mengalami kemarahan sangat ingin menyampaikan pesan bahwa dirinya “tidak setuju, sakit hati, merasa diabaikan, merasa dilanggar atau diremehkan”. Respons kemarahan individu berkisar dari respons normal (asertif) hingga respons yang sangat tidak normal (maladaptif) (Elvita, 2018).



Gambar 2.1. Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan (Sutejo, 2019)

Keterangan:

- Asertif, yaitu klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.
- Frustrasi, yaitu klien tidak memenuhi tujuan yang memuaskan atau marah dan tidak dapat menemukan alternative.
- Pasif, yaitu klien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaan, tidak berdaya dan menyerah.
- Agresif, yaitu mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
- Amuk, yaitu perasaan marah serta bermusuhan yang kuat dan tidak terkontrol yang disertai dengan amuk dan merusak lingkungan.

## B. Proses Terjadinya Masalah

Terdapat beberapa faktor yang membentuk terjadinya perilaku kekerasan sebagai berikut (Sari, 2019).

1) Faktor Predisposisi

a. Teori Biologik

- Faktor neurologis, berbagai komponen sistem saraf seperti fungsi sinapsis, neurotransmitter, dendrit, terminal akson adalah memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan yang mempengaruhi agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam merangsang perilaku bermusuhan dan respons agresif.
- Faktor genetik, adanya faktor genetik yang diwariskan melalui orang tua, menjadi kemungkinan terjadinya perilaku agresif. Dalam gen manusia memiliki dormant (potensial), yang tidur dan bangun ketika dirangsang oleh faktor eksternal. Menurut studi genetik dari tipe kariotipe XYY, pemiliknya kebanyakan adalah orang-orang yang tersangkut hukum karena perilaku kriminal dan perilaku agresif.
- *Cycardian Rhythm* (ritme harian tubuh) memiliki peranan pada individu. Pada saat-saat tertentu, orang mengalami peningkatan kadar kortisol pada jam-jam sibuk, seperti sebelum berangkat kerja dan sebelum selesai bekerja sekitar jam 9 pagi sampai jam 1 siang. Pada waktu-waktu tertentu, orang lebih mudah didorong untuk bertindak agresif.
- *Biochemistry Factor* (faktor biokimia dalam tubuh) seperti neurotransmitter otak (epinefrin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin dan serotonin) sangat penting untuk mengirimkan informasi melalui sistem saraf tubuh terhadap rangsangan apa pun dari luar tubuh, dan jika dianggap mengancam atau berbahaya dikirim ke otak oleh impuls neurotransmitter dan ditanggapi oleh

serat eferen. Peningkatan konsentrasi androgen dan norepinefrin serta penurunan konsentrasi serotonin dan GABA dalam cairan serebrospinal sumsum tulang belakang dapat menjadi predisposisi perilaku agresif.

b. Faktor Psikologik

- Teori psikoanalisa, yaitu agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang. Teori ini menjelaskan bahwa ketidakpuasan muncul pada fase oral 0- 2 tahun, ketika anak yang tidak mendapatkan kasih sayang dan ASI yang cukup mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan di masa dewasa untuk mengimbangi ketidakpercayaan terhadap lingkungannya. Rasa kepuasan dan keamanan yang tidak terpenuhi dapat menyebabkan ego berkembang dan membentuk konsep diri yang rendah.
- *Imitation, modeling and information processing theory*, yaitu perilaku kekerasan dapat berkembang dalam lingkungan yang mentolerir kekerasan. Pola dan perilaku yang ditiru oleh media atau lingkungan sekitar yang memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.
- *Learning theory*, yaitu perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah. Ia juga belajar bahwa dengan agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut diperhitungkan.

c. Teori Sosiokultural

Rendahnya kontrol masyarakat dan kecenderungan untuk menerima perilaku kekerasan sebagai solusi permasalahan masyarakat merupakan faktor yang

berkontribusi terhadap perilaku kekerasan. Ini juga dipicu oleh demonstrasi di televisi, film kekerasan, mistik, takhayul dan perdukunan (sihir).

## 2) Faktor Presipitasi

Faktor pencetus ini mengacu pada pengaruh stressor yang memicu perilaku kekerasan pada setiap individu. Stresor bisa eksternal atau internal. Stresor eksternal dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian, dan lain-lain. Stresor internal dapat berupa kehilangan orang yang dicintai atau teman, ketakutan akan penyakit fisik, penyakit internal, dan lain-lain. Selain itu, perilaku kekerasan dapat dipicu oleh lingkungan yang kurang baik, misalnya penuh dengan hinaan, tindakan kekerasan (Sutejo, 2019).

## C. Manifestasi Klinis

Adapun tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi tidak mampu mengontrol emosi, berteriak, menatap dengan tatapan yang tajam, tampak tegang dan muka merah, mengepalkan tangan, rahang mengatup dengan kuat, mencederai orang lain/ lingkungan, merusak benda-benda sekitar, mengancam seseorang baik secara verbal atau fisik (Malfasari et al., 2020).

Dalam buku SDKI (PPNI, 2017) menyebutkan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut:

### 1) Subjektif

- Mengancam baik secara lisan maupun fisik
- Memaki/ mengumpat dengan kata yang tidak pantas
- Berbicara dengan suara yang keras
- Ketus saat diajak berbicara

### 2) Objektif

- Mencederai dirinya sendiri maupun orang lain
- Menyerang
- Membanting barang-barang maupun lingkungan

- Berperilaku agresif karena tidak bisa mengontrol emosi
- Menatap dengan tatapan yang tajam
- Mengepalkan tangan
- Mengatupkan rahang dengan kuat
- Postur tubuh tegang
- Wajah memerah

#### **D. Faktor Resiko**

Dalam NANDA (2016) dinyatakan bahwa faktor-faktor resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*) (Sutejo, 2019).

##### 1) Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*)

- Usia  $\geq$  45 tahun
- Usia 15-19 tahun
- Isyarat tingkah laku (menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan pesan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut)
- Konflik mengenai orientasi seksual
- Konflik dalam hubungan interpersonal
- Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)
- Terlibat dalam Tindakan seksual autoerotic
- Sumber daya personal yang tidak memadai
- Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai)
- Isu Kesehatan mental (depresi, psikosis, gangguan kepribadian, penyalahgunaan zat)
- Pola kesulitan dalam keluarga (riwayat bunuh diri, sesuatu yang bersifat kekerasan atau konflikual)
- Gangguan psikologis
- Isolasi social
- Ide bunuh diri dan rencana bunuh diri

- Isyarat verbal (membicarakan kematian, menyatakan tentang dosis kematian suatu obat)
- 2) Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*)
- Akses atau ketersediaan senjata
  - Alterasi (gangguan) fungsi kognitif
  - Perlakuan kejam terhadap binatang
  - Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual
  - Riwayat penyalahgunaan zat
  - Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga
  - Impulsif
  - Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (seperti pelanggaran lalu lintas, penggunaan kendaraan bermotor untuk melampiaskan amarah)
  - Bahasa tubuh negative (seperti kekakuan, mengepalkan tinju/pukulan, hiperaktivitas)
  - Gangguan neurologis (trauma kepala, gangguan serangan, kejang)
  - Intoksikasi patologis
  - Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (kencing di lantai, menyobek objek di dinding, melempar barang, memecahkan kaca, dan membanting pintu)
  - Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (menendang, memukul, menggigit, mencakar, upaya pemerkosaan, memperkosa, pelecehan seksual, mengencingi orang lain)
  - Pola ancaman kekerasan (ancaman secara verbal terhadap objek atau orang lain, menyumpah serapah, gestur atau catatan mengancam, ancaman seksual)
  - Pola perilaku kekerasan antisosial (mencuri, meminjam dengan memaksa, penolakan terhadap medikasi)
  - Komplikasi perinatal dan prenatal

- Perilaku bunuh diri

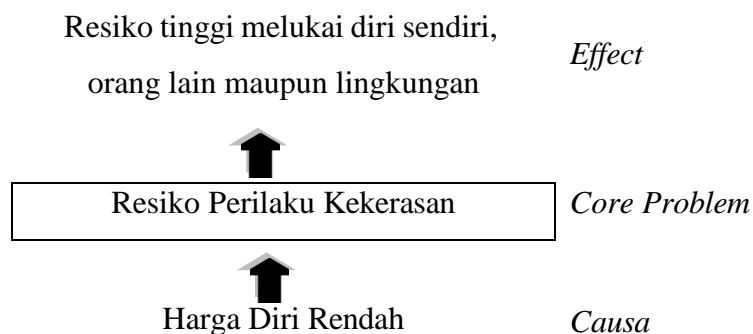
## 2.2. Asuhan Keperawatan Teori

### A. Pengkajian

Pengkajian adalah dasar keperawatan. Langkah pengkajian terdiri dari mengumpulkan informasi dan merumuskan kebutuhan atau masalah klien. Data dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Elvita, 2018).

Pengkajian klien didapatkan setelah dilakukan pemeriksaan fisik dan untuk mewawancarai. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi, perkusi dan palpasi. Saat menilai kesehatan mental melalui wawancara, perhatian harus diberikan pada respons verbal dan nonverbal klien. Reaksi ini dapat berupa gambaran, tanda dan gejala perilaku dan emosional klien. Tanda adalah pengamatan objektif yang dapat diamati (misalnya efek terbatas). Gejala adalah pengalaman subyektif yang dijelaskan oleh klien (kesedihan dan kelelahan ringan). Oleh karena itu, keterampilan kesehatan dalam wawancara klien berperan penting dalam mencapai kelengkapan dan validitas asesmen (Wuryaningsih, E.W., *et al.*, 2018).

### B. Pohon Masalah



Bagan 2.1 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Indriya, 2023)

### C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses evaluasi medis terhadap respons pasien terhadap masalah kesehatan atau kejadian kehidupan

saat ini dan yang akan datang. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah mengenali cara individu, keluarga, dan komunitas merespons kondisi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Perawat memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi masalah seperti potensi terjadinya perilaku agresif melalui pengamatan dan wawancara. Ekspresi kemarahan yang tidak terkontrol yang dapat menyakiti orang lain atau merusak lingkungan dianggap sebagai perilaku kekerasan (PPNI, 2017) (Indriya, 2023).

Adapun beberapa diagnosa yang muncul, antara lain (Damayanti, 2021):

1) Perilaku Kekerasan

a. Subjektif

- Mengancam baik secara lisan maupun fisik
- Memaki/ mengumpat dengan kata yang tidak pantas
- Berbicara dengan suara yang keras
- Ketus saat diajak berbicara

b. Objektif

- Mencederai dirinya sendiri maupun orang lain
- Menyerang
- Membanting barang-barang maupun lingkungan
- Berperilaku agresif karena tidak bisa mengontrol emosi
- Menatap dengan tatapan yang tajam
- Mengepalkan tangan
- Mengatupkan rahang dengan kuat
- Postur tubuh tegang
- Wajah memerah (PPNI, 2017).

2) Harga Diri Rendah

a. Data Subjektif

- Penilaian negatif terhadap dirinya sendiri
- Mengungkapkan perasaan bersalah atau malu
- Mengatakan tidak dapat melakukan apapun



- Mengatakan tidak dapat mengatasi masalah
  - Mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki kelebihan atau hal positif
  - Menolak penilaian positif yang dikatakan orang lain tentang dirinya
  - Melebih-lebihkan penilaian negatif terhadap dirinya
  - Mengatakan bahwa merasakan keputusasaan
  - Mengatakan kesulitan tidur
  - Mengatakan kesulitan konsentrasi
- b. Data Objektif
- Tampak menolak untuk mencoba hal baru
  - Tampak menunduk
  - Postur tubuh menunduk
  - Saat berinteraksi kontak mata kurang
  - Tampak tidak mersemangat atau lesu
  - Berperilaku pasif
  - Tampak mencari menguat secara berlebihan
  - Tidak dapat berpendapat dan bergantung pada pendapat orang lain
  - Berperilaku tidak asertif (PPNI, 2017)

#### **D. Intervensi**

##### 1) Diagnosa Perilaku Kekerasan

##### **Tujuan**

- a. Klien bisa mengetahui terhadap perilaku kekerasan yang dialaminya
- b. Klien bisa mengendalikan perilaku kekerasan yang dialaminya
- c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal
- d. Keluarga klien mampu merawat klien saat dirumah dan menjadi
- e. pendukung secara efektif bagi klien

##### **Strategi Pelaksanaan Pasien**

- a. SP 1 Pasien: Latihan cara mengendalikan emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam:
- Identifikasi penyebab, manifestasi klinis, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan.
  - Bantu klien mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dengan baik dan benar.
  - Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien.
- b. SP 2 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal:
- Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya.
  - Latihan mengendalikan emosi atau marah dengan cara memukul bantal dan bantu klien mempraktekan cara tersebut dengan baik dan benar.
  - Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien.
- c. SP 3 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal:
- Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
  - Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dan membantu klien untuk mempraktekkan cara tersebut dengan baik dan benar
  - Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien
- d. SP 4 Pasien: Latih cara mengendalikan emosi atau marah dengan cara spiritual:

- Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya.
  - Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan spiritual dan bantu klien mempraktekkan cara tersebut dengan baik dan benar.
  - Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien.
- e. SP 5 Pasien: Latih pasien cara mengontrol pasien dengan cara patuh minum obat:
- Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya.
  - Jelaskan mengendalikan emosi atau perilaku kekerasan dengan cara minum obat.
  - Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut dalam jadwal kegiatan harian klien.

## 2) Diagnosa Harga Diri Rendah

### **Tujuan**

- a. Klien mampu menentukan kemampuan fisik yang dimiliki.
- b. Klien mampu menilai terhadap kemampuan klien yang dapat digunakan.
- c. Klien mampu menetapkan kegiatan sesuai kemampuan.
- d. Klien mampu melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan dengan
- e. Klien mampu mendokumentasikan kegiatan yang sudah dilakukan dengan menyusun jadwal harian klien.
- f. Keluarga klien mampu merawat klien dengan harga diri rendah saat dirumah dan menjadi pendukung yang efektif bagi klien.

### **Startegi Pelaksanaan Pasien**

- a. SP 1: Identifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki klien dan latihan kemampuan positif yang sudah dipilih klien
  - Mengidentifikasi potensi positif yang dimiliki klien misalnya kemampuan yang dilakukan saat dirumah,

dirumah sakit, dalam keluarga dan lingkungan sekitar klien

- Bantu klien dalam menilai kemampuan positif yang dapat dilakukan
  - Bantu klien untuk menetapkan kemampuan positif yang akan dilatih
  - Latih klien melakukan kemampuan positif yang telah dipilih klien dengan baik dan benar
  - Berikan pujian secara nyata terhadap setiap potensi yang mampu dilakukan klien
  - Anjurkan klien untuk mendokumentasikan atau menuliskan kegiatan yang telah dilakukan pada jadwal kegiatan harian klien
- b. SP 2: Melatih kemampuan positif kedua yang sudah ditentukan klien dengan baik dan benar
- Mengevaluasi jadwal harian klien
  - Melatih kemampuan kedua klien dengan baik dan benar
  - Menganjurkan klien untuk mendokumentasikan atau mencatat kegiatan yang sudah dilakukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien

#### **E. Implementasi**

Tindakan keperawatan merupakan standart asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Dengan adanya perincinan kebutuhan waktu, diharapkan setiap perawat memiliki jadwal harian untuk masing-masing pasien sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien (Elvita, 2018).

## **F. Evaluasi**

Evaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat (Kusumaningtyas, 2018):

- a. Menyebutkan penyebab, tanda, dan gejala perilaku kekerasan dan akibat dari perilaku kekerasan
- b. Mengontrol perilaku kekerasan:
  - Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/Kasur
  - Psikofarmaka: rutin mengkonsumsi obat, tidak putus obat, mampu mengenal obat sendiri dari warna, bentuk, nama, dosis, dan lain-lain.
  - Sosial/verbal: meminta, menolak, mengungkapkan perasaan secara sopan dan baik
  - Spiritual: dzikir/berdoa, meditasi berdasarkan agama yang dianut

### **2.3. Penelitian Terkait**

Penelitian terkait dengan judul Studi Kasus Deskriptif Pada Klien Skizofrenia Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat oleh Nopi Nuraeni tahun 2024 yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan asuhan keperawatan pada klien dengan Risiko perilaku kekerasan. Proses pengambilan data dengan cara wawancara pada klien, perawat, dan observasi dari rekam medis klien. Sampel penelitian adalah salah satu klien dengan risiko perilaku kekerasan di salah satu RS Jiwa di Indonesia. Didapatkan hasil bahwa klien mengalami risiko perilaku kekerasan dengan diberikan intervensi manajemen marah dan penerapan teknik relaksasi nafas dalam dengan beristigfar klien tidak menunjukkan adanya risiko perilaku kekerasan.

Penelitian terkait dengan judul Tingkat Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan oleh Yudistira Afconneri, Novi Herawati, Anita Mirawati, Triyana Harlita Putri. Penelitian ini dilakukan di RSJ Prof. HB Saanin Padang pada tahun 2023, tujuan penelitian ini untuk memperoleh gambaran tingkat kebutuhan spiritual pada pasien skizofrenia dengan masalah perilaku

kekerasan. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan metode kuantitatif dengan teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Proportional random sampling*. Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 45 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 34 responden (75,6%) memiliki tingkat kebutuhan spiritual dalam kategori membutuhkan, 10 responden (22,2%) dalam kategori sangat membutuhkan, dan 1 responden (2,2%) dalam kategori cukup membutuhkan.

Penelitian terkait dengan judul Penerapan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten Provinsi Jawa Tengah oleh Nurul Aini Musthofia, Tri Susilowati, Wahyu Reknoningsih pada tahun 2023. Penelitian ini untuk mengetahui hasil implementasi strategi pelaksanaan menggunakan komunikasi terapeutik pada pasien resiko perilaku kekerasan. Penelitian ini dilakukan pada 2 responden dengan 29 arap retest *posttest* dengan wawancara dan memberikan lembar observasi. Subyek yang akan diberi penerapan adalah 2 perempuan dengan menggunakan *purposive sampling*. Berdasarkan data yang dihasilkan antara sebelum dan sesudah dilakukan penerapan, kondisi pasien menunjukkan penurunan resiko perilaku kekerasan yang signifikan (menjadi intensif1).

Penelitian terkait dengan judul Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi tahun 2021 oleh Siti Makhruzah, Vevi Suryenti Putri, Rahmi Dwiyaniti. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat apakah ada pengaruh penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan terhadap tanda gejala klien skizofrenia. Desain penelitian yang digunakan adalah pre-experimental dengan *one group pre* dan *post test design*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan yang dirawat inap dengan jumlah sampel 30 orang. 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. Analisa bivariat dengan uji *t test* didapatkan nilai *p value* 0,000 (<0,05) sehingga ada pengaruh penerapan strategi pelaksanaan PK terhadap penurunan tanda gejala.

Penelitian terkait yang berjudul Penerapan Terapi Spiritual: Dzikir Dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung tahun 2023 oleh Feronika Sari, Nury Luthfiatil Fitri, Uswatun Hasanah. Tujuan penerapan ini adalah untuk mengetahui terapi spiritual:dzikir dan relaksasi nafas dalam terhadap perubahan tanda dan gejala pada pasien risiko perilaku kekerasan. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan observasi menggunakan 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi. Subyek dalam penerapan berjumlah 2 pasien dengan kriteria pasien kooperatif dan bersedia menjadi responden, beragama islam, pasien tidak memiliki gangguan pendengaran. Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan terapi spiritual:dzikir dan relaksasi nafas dalam terjadi penurunan pada tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.

## **BAB III**

### **GAMBARAN KASUS**

Bagian ini membicarakan tentang pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa kepada klien yang didiagnosis dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Antareja Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada periode 26 Maret hingga 05 April 2024, dengan menerapkan metode pendekatan Asuhan Keperawatan Jiwa sebagai berikut:

#### **3.1. Pengkajian**

Dari hasil pengkajian yang didapatkan di ruang rawat inap Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 26 Maret 2024 pada klien dengan nama inisial Tn. R.K secara auto anamneses didapatkan bahwa klien masuk RSJ pada tanggal 16 Maret 2024, klien mengatakan ia lahir pada tanggal 25 April 2004 dan saat ini ia berusia 20 tahun, klien mengatakan ia belum menikah, klien beragama Islam dan merupakan Warga Negara Indonesia (WNA), klien memiliki pendidikan terakhir SLTP/SMP, penanggung jawab klien adalah kedua orang tuanya sendiri. Klien sendiri dibawa ke RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor oleh kedua orang tuanya dengan alasan sering marah-marah, tidak bisa mengontrol emosinya, mengamuk, merusak barang-barang yang ada di dalam rumah, dan memukul kedua orangtuanya sehingga klien didiagnosa medik dengan Perilaku Kekerasan.

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan ia sering merasa marah, tidak bisa mengontrol emosinya dan mudah tersinggung . Selama proses pengkajian klien ada kontak mata namun tidak mampu mempertahankan kontak mata, klien kooperatif saat dikaji. Kesadaran klien Compos Mentis dengan jumlah GCS 15 terdiri dari M:6 V:5 E:4 dan tanda-tanda vital pada hari pengkajian yaitu Tekanan Darah 120/75 mmHg, Nadi 80 x/menit, Respirasi 20 x/menit, Suhu Badan 36,2°C, Tinggi Badan 160 Cm, dan Berat Badan 78 Kg, sehingga didapatkan IMT 30 yang berarti klien berada pada kategori kelebihan berat badan.



### **A. Riwayat Kesehatan**

Klien mengatakan ia sudah lama mengalami masalah kesehatan jiwa dan berdasarkan data rumah sakit, klien sudah mengalami masalah kesehatan jiwa sejak tahun 2019, dan klien sudah tiga kali masuk rs karena memiliki Riwayat putus obat dan klien sering memukul orang lain, mengamuk tiba-tiba dan meresahkan masyarakat. Klien mengatakan setiap penyakitnya kambuh orangtuanya langsung membawa ia ke RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

### **B. Faktor Predisposisi**

Klien sebelumnya sudah pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dan pengobatannya kurang berhasil. Klien mengatakan ia tidak pernah melakukan aniaya fisik, namun ia pernah mengalami aniaya fisik dan ia pernah menyaksikan aniaya fisik, klien tidak pernah mengalami aniaya seksual, kekerasan dalam rumah keluarga dan tindakan kriminal. Dalam anggota keluarga lainnya tidak ada yang memiliki riwayat gangguan jiwa. Klien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu saat ia berada di bangku sekolah ia pernah di bully dan dipukul saat disekolah.

### **C. Psikososial**

Dalam anggota keluarga, klien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Klien memiliki seorang kakak laki-laki. Klien tinggal bersama dengan kedua orang tuanya dan saudara laki-laki. Klien memiliki keinginan untuk bersosialisasi namun ia mengatakan bahwa tidak ada yang mengajaknya, ia tidak memiliki hambatan dalam berhubungan dengan orang lain. Orang yang berarti bagi klien adalah ibunya karena ibunya merupakan tempat ia bercerita tentang apapun dan ibunya senang memberikan ia motivasi . Dalam gambaran konsep diri, klien mengatakan ia menerima dirinya apa adanya, ia sangat menyukai badannya yang kekar namun ia mengatakan kalau ia tidak menyukai alat kelaminnya. Klien adalah

seorang laki-laki yang berusia 20 tahun yang belum menikah dan memiliki peran dalam keluarganya ia senang melakukan pekerjaan rumah seperti membantu orangtuanya dalam menyiapkan makanan. Dalam ideal dirinya klien mengatakan ia berharap bisa cepat sembuh dan bisa pulang kerumahnya.

#### **D. Status Mental**

Penampilan klien tampak rapi dan menggunakan pakaian yang sesuai. Klien dapat berbicara dengan baik saat dilakukan pengkajian namun dengan nada suara yang pelan. Dalam aktivitas motoriknya, klien tampak lesu, dan banyak menghayal dengan tatapan tajam namun klien masih tetap melakukan aktivitas hariannya. Klien tidak memiliki masalah dalam pendengaran, perabaan, pengecap dan penghidu namun memiliki masalah pada penglihatannya. Interaksi selama wawancara yaitu kontak mata masih kurang, klien memiliki tingkat kesadaran yang baik pada saat dikaji. Klien tidak memiliki masalah dalam ingatan atau memorinya. Klien mampu mengingat kejadian-kejadian dimasa lampau hingga kejadian saat ini. Klien memiliki tingkat konsentrasi yang baik. Klien menyadari bahwa ia tidak dapat mengontrol perasaan marah yang dirasakan dan merupakan orang yang gampang tersinggung.

#### **3.2. Klasifikasi dan Analisa Data**

Data subjektif yang didapatkan, yaitu Klien mengatakan ia tidak bisa mengontrol emosinya. Klien mengatakan ia gampang tersinggung. Klien mengatakan mengamuk dan memukul orangtuanya. Klien mengatakan ia sangat menyukai bagian tubuhnya yaitu badannya karena kekar namun, ia tidak menyukai alat kelaminnya. Klien memiliki keinginan untuk bersosialisasi, namun tidak ada yang mengajaknya. Klien mengatakan ia pernah di bully dan dipukul oleh teman sekolahnya.

Data objektif yang didapatkan, Klien tampak memukul orang lain. Tampak mata klien merah. Tampak tatapan klien tajam. Klien tampak mengepalkan tangannya. Tampak pasien kurang percaya diri. Tampak klien suka menyendiri. Klien tampak menilai diri negatif. Klien tampak

malu. Tampak berbicara pelan. Sehingga, berdasarkan data diatas didapatkan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah.

### **3.3. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan kasus diatas maka diagnose yang ditemukan pada Tn. R.K yaitu ; Resiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah kronis yang mengakibatkan klien dapat mencederai diri sendiri, oarng lain dan lingkungan.

### **3.4. Intervensi Keperawatan**

Pada tanggal 26 Maret 2024 disusun intervensi keperawatan untuk diagnose utama yaitu resiko perilaku kekerasan, dimana intervensinya memiliki tujuan khusus atau TUK pada setiap Strategi Pelaksanaannya (SP). TUK pada SP 1 ialah klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal resiko perilaku kekerasan, klien dapat menyebutkan jenis resiko perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, klien dapat mengontrol emosinaya. TUK pada SP 2, yaitu klien mampu mengingat latihan pertama (SP 1) yang sudah dilakukan dan klien dapat mempraktikan latihan fisik yang kedua yaitu memkul bantal dan kasur. TUK pada SP 3, klien mampu mengingat latihan pertama dan kedua dan dapat mempraktekkan latihan ketiga. TUK pada SP 4, klien mampu mengingat latihan SP 1-3 dan dapat mempraktekkan latihan keempat. Yang terakhir klien mampu mengingat latihan-latihan yang sudah dilakukan dari pertama.

Adapun intervensi yang telah disusun, yaitu pada SP 1: Bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perilaku kekerasan, identifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, dan ajarkan latihan fisik pertama yaitu teknik relaksasi Tarik napas dalam. SP 2: Evaluasi latihan SP 1 dan ajarkan latihan kontrol perasaan marah dengan latihan fisik kedua yaitu pukul kasur dan bantal dan ajarkan cara kontrol perasaan marah dengan meminum obat sesuai aturan. SP 3: Evaluasi latihan pada SP 1 dan SP 2 dan ajarkan cara control perasaan

marah dengan cara verbal. SP 4: Evaluasi SP 1-3 dan ajarkan cara kontrol perasaan marah dengan melakukan kegiatan spiritual.

### **3.5. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 26-29 Maret 2024 di ruangan Antareja. Pada hari Selasa 26 Maret 2024 dilaksanakan SP 1: Membina hubungan saling percaya, hasil: klien dapat membangun hubungan saling percaya dengan perawat. Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, hasil: klien mengatakan ia melakukan perilaku kekerasan merupakan orang yang gampang tersinggung dan tidak bisa mengontrol emosinnya. Mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, hasil: klien mengatakan ia sering marah-marah dan memukul kedua orangtuanya. Mengajarkan latihan fisik pertama yaitu teknik relaksasi tarik napas dalam, hasil: klien mampu mempraktekkan secara mandiri latihan tarik napas dalam.

Pada tanggal 27 Maret 2024 dilakukan SP 2: Mengevaluasi latihan pertama, hasil klien mampu menyebutkan dan melakukan latihan pertama. Mengajarkan cara mengontrol perasaan marah dengan latihan fisik kedua yaitu pukul bantal dan kasur, hasil: klien dapat mempraktekkan latihan fisik kedua secara mandiri. Mengontrol perasaan marah dengan cara meminum obat sesuai dengan aturan, hasil : klien mampu menyebutkan jadwal minum obat dan jumlah serta warna obat yang ia minum. Pada tanggal 28 Maret 2024 SP 3: Mengevaluasi latihan pertama dan kedua, hasil klien mampu menyebutkan dan melakukan latihan pertama dan kedua. Mengajarkan cara mengontrol perasaan marah dengan cara verbal, hasil: klien mampu mempraktekkan cara mengontrol marah dengan cara verbal.

Pada tanggal 29 Maret 2024 SP 4: Mengevaluasi latihan SP 1-3, hasil: klien mampu menyebutkan dan mempraktekkan latihan pada SP 1-3. Mengajarkan cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan spiritual, hasil: klien mampu mempraktekkan kegiatan spiritual dengan cara beribadah dan berdoa. SP 5: Mengevaluasi latihan pada SP 1-4, hasil: klien mampu menyebutkan dan mempraktekkan latihan pada SP

1-4. Pada tanggal 02 April 2024, penulis juga memberikan implementasi Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) mengenai Resiko Perilaku Kekerasan dimana aktivitas TAK ini diikuti oleh 6 orang pasien yang berada di ruangan Antareja termasuk pasien kelolaan penulis.

### **3.6. Evaluasi Keperawatan**

Hasil dari evaluasi implementasi keperawatan didapatkan SOAP sebagai berikut. Pada SP 1 tanggal 26 Maret 2024 didapati S: Klien mengatakan merasa senang berinteraksi dengan perawat, Klien dapat memperkenalkan dirinya sendiri, Klien mengatakan penyebab marahnya karena ia merupakan orang yang gampang tersinggung, Klien mengatakan mengerti dan mampu mempraktekkan Latihan tarik nafas dalam. O: Klien mampu membina hubungan saling percaya, Klien tampak kooperatif, Klien tampak tegang, Tampak tatapan klien tajam, Klien mampu mengatakan penyebab marahnya, Klien mampu melakukan latihan tarik napas dalam. A: Perilaku kekerasan SP 1 teratasi. P: (Perawat): Kontrak waktu, tempat dan topik untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan pukul Kasur/bantal, Melatih Kembali TN dan Melakukan kontrak untuk melaksanakan SP 2. (Klien): Menganjurkan melatih TND 2-3x sehari dan memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian.

Pada SP 2 tanggal 27 Maret 2024 didapati S: Klien mengatakan ia merasa kesal dengan temannya, Klien mengatakan merasa senang bisa mengungkapkannya pada perawat, Klien mengatakan merasa lebih tenang dengan Latihan fisik pukul bantal/Kasur yang telah diajarkan oleh perawat, Klien mengerti mengapa perlunya minum obat sesuai aturan. O:Klien tampak kesal, klien tampak kooperatif, tampak mata klien menjadi merah, klien tampak tegang, tampak tatapan klien tajam, tampak klien memukul temannya, tampak klien mengepalkan tangannya, tampak klien mampu mengatakan penyebab marahnya, tampak klien mampu melakukan Latihan fisik pukul Kasur/bantal serta teknik TND, tampak klien mengerti perlunya untuk minum obat secara

teratur. A: Perilaku kekerasan SP 2 teratasi. P: Melakukan kontrak pertemuan untuk SP 3.

Pada SP 3 tanggal 28 Maret 2024 didapatkan S: Klien mengatakan lebih senang dan tenang saat berlatih dan berbincang-bincang, klien mengatakan ia akan berbicara, meminta dan menolak dengan baik . O: Kontak mata baik, klien dapat menyebutkan dan mempraktekkan SP 1 dan 2 yang telah diajarkan oleh perawat, tampak klien mulai berbicara dengan baik pada temannya. A: Perilaku kekerasan SP 3 teratasi. P: Melakukan kontrak untuk pertemuan SP 4. Pada SP 4 tanggal 29 Maret 2024 didapatkan S: Klien mengatakan merasa lebih senang dan tenang saat berlatih dan berbincang-bincang, klien mengatakan ia sudah tidak merasa marah lagi. O: Kontak mata baik, klien dapat menyebutkan dan mempraktekkan SP 1-4, klien mampu mempraktekkan cara mengontrol marah dengan kegiatan ibadah. A: Perilaku kekerasan SP 4 teratasi. P: Melakukan kontrak pertemuan untuk komunikasi terminasi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1. Analisa dan Diskusi Hasil**

##### **4.1.1. Pengkajian**

Asuhan keperawatan ini diberikan kepada Tn. R.K berjenis kelamin laki-laki dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan dimana perilaku kekerasan ini merupakan perilaku seseorang individu yang tidak mampu dalam mengontrol emosi dan perilaku yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang lebih sering terjadi pada jenis kelamin laki-laki. Menurut (Pertiwi dkk, 2023) yang menyebutkan bahwa tingkat emosional yang lebih tinggi pada laki-laki sehingga masalah perilaku kekerasan didapatkan lebih banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki. Tak hanya itu factor lainnya juga yang dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan perilaku kekerasan adalah usia. Dalam kasus ini pasien berusia 20 tahun, ini merupakan kategori dewasa awal. Dalam penelitiannya juga didapatkan rentang usia 18-59 tahun merupakan usia rata-rata pasien mengalami gangguan jiwa.

Pada rentang usia ini merupakan usia dimana seseorang rentan terkena masalah, mempunyai banyak tuntutan dan tekanan baik dalam diri sendiri, orang terdekat maupun pengaruh dari lingkungan sekitar. Masa dewasa merupakan masa dimana individu sudah memiliki pemikiran yang baik, perilaku dan emosional yang terkontrol (Pertiwi dkk, 2023). Pada saat dikaji klien mengatakan jika ia memiliki trauma masa lalu atau pernah dipukuli oleh temannya saat di bangku sekolah ini merupakan factor predisposisi yang dialami oleh klien, ia juga memiliki Riwayat masuk rumah sakit dikarenakan klien putus obat yang mengakibatkan klien sudah tiga kali masuk rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Anggraini dkk., 2023) yang menyatakan bahwa adanya hubungan factor psikologi klien

dengan factor predisposisi atau factor presipitasi yang menyebabkan proses terjadinya perilaku agresif atau kekerasan.

#### **4.1.2. Diagnosa**

Pada klien Tn. R.K diangkat masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan tanda dan gejala yang ada pada klien yaitu ia tidak bisa mengontrol emosinya, klien mengatakan ia gampang tersinggung, klien mengatakan mengamuk dan memukul orangtuanya dan meresahkan warga. Perilaku kekerasan merujuk pada kondisi di mana individu-individu memiliki potensi untuk menyebabkan bahaya langsung terhadap diri sendiri atau orang lain (A'yuni dkk, 2024). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitria & Nurahman, 2023 bahwa tanda dan gejala yang timbul pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah pasien mudah tersinggung, mudah emosi. Saat marah pasien menunjukkan wajah tegang, mata melotot, wajah pasien nampak merah. Diagnosa yang digunakan SDKI adalah risiko perilaku kekerasan (D.0146).

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu perilaku di mana terdapat risiko bahaya fisik, psikologis, dan seksual. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dari data subyektif adalah ancaman, penyalahgunaan bahasa yang parah, ucapan yang keras, keras. Dari data objektif yaitu menyerang orang lain, merugikan diri sendiri/orang lain, merugikan lingkungan, perilaku agresif/marah, mata melotot/penglihatan tajam, tangan terkepal, rahang terkatup, muka merah (Wati, 2023). Tanda dan gejala tersebut didapatkan pada klien Tn. R.K sehingga diangkat masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan.

Diagnosa yang kedua yang didapatkan pada klien adalah harga diri rendah kronis. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh A'yuni dkk, 2024 bahwa perilaku kekerasan dapat timbul karena adanya gangguan konsep diri, terutama yang berkaitan dengan harga diri yang rendah. Harga diri adalah penilaian individu terhadap pencapaian dirinya, yang mengukur sejauh mana perilaku sesuai dengan ideal diri mereka. Gangguan harga diri dapat dilihat sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri, kehilangan kepercayaan diri,



dan perasaan gagal mencapai tujuan yang diinginkan. (Wuryaningsih et al., 2020). Pada saat pengkajian dalam menentukan diagnose keperawatan harga diri rendah klien dibuktikan dengan klien yang mengatakan ia pernah dibully dan dipukuli saat dibangku sekolah, menganggap dirinya masih kurang dan berpikiran negatif terhadap dirinya bahwa tidak ada orang yang ingin mengajaknya bersosialisasi.

#### **4.1.3. Intervensi**

Pada kasus Tn. R.K dengan resiko perilaku kekerasan diberikan intervensi satrategi pelaksanaan (SP) 1-4. Strategi pelaksanaan yang diberikan penulis adalah untuk membantu klien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara mandiri dan klien bisa menyelesaikan rencana perawatan dengan baik. Intervensi SP 1 penulis menjelaskan resiko perilaku kekerasan, membantu klien untuk mengenali tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan serta melakukan Latihan fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan klien dengan Latihan tarik nafas dalam dan Latihan pukul kasur atau bantal. Dengan diberikannya Latihan tarik nafas dalam ini dapat membantu klien dalam mengontrol emosinya.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pertiwi dkk (2023) Terapi relaksasi napas dalam membantu mengurangi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada kedua subyek. Hal ini karena respons marah seringkali muncul sebagai reaksi terhadap stresor. Relaksasi napas dalam dapat menciptakan perasaan ketenangan, mengurangi stres baik secara fisik maupun emosional, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak mencapai intensitas yang tinggi. Latihan kedua adalah teknik Latihan pukul bantal. Penelitian lain mengenai cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan latihan fisik seperti pukul bantal menunjukkan bahwa latihan ini bertujuan untuk membantu pasien mengatasi marah dengan cara mengalihkan emosi negatifnya ke objek, dalam hal ini bantal. Tujuan dari pukul bantal adalah untuk mengalihkan perasaan yang dirasakan oleh pasien dengan aman, sehingga mengurangi risiko cedera bagi diri sendiri, orang lain,

dan lingkungan sekitar. (Ardika et al., 2019) dalam (Fajariyah & Tresna, 2023).

Pada SP 2 penulis menjelaskan pentingnya minum obat sesuai dengan aturan dan secara teratur dalam mengontrol perilaku kekerasan pada klien. Karena jika tidak minum obat secara teratur. Latihan menggunakan teknik lima benar dalam minum obat merupakan salah satu strategi pelaksanaan (SP) yang digunakan untuk mengelola perilaku kekerasan. Metode ini melibatkan pengontrolan perilaku dengan memastikan pasien minum obat sesuai dengan lima prinsip benar, yaitu memastikan orang yang tepat, obat yang tepat, dosis yang tepat, waktu yang tepat, dan cara penggunaan yang tepat (Atmojo dkk., 2023).

Kemudian ada SP 3 yang mengajarkan tentang cara mengontrol marah dengan cara verbal seperti berbicara meminta dan menolak dengan baik. Intervensi yang dapat diajarkan pada pasien yaitu cara verbal, dengan cara ini dapat membantu mengontrol perilaku kekerasan, pasien dapat meluapkan perasaannya dan pemikirannya saat bercerita sehingga pasien lebih tenang, terkontrol, tidak mudah terbawa emosi dan marah. (Anggraini dkk, 2023).

Terakhir SP 4 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual. Spiritual disini berarti beribadah dan menenangkan pikiran sesuai dengan agama dan keyakinan masing-masing. Contohnya terapi dzikir, terapi dzikir adalah bagian dari pendekatan spiritual yang dapat diberikan kepada pasien perilaku kekerasan untuk mencapai perbaikan kondisi lebih baik dari sebelumnya. Terapi psikoreligius, seperti berdzikir dengan beristighfar dan menjalankan sholat, bisa diterapkan pada gangguan jiwa ringan maupun berat. Dengan memenuhi kebutuhan spiritual, dapat membuat jiwa seseorang merasa tenteram dan damai, yang berpotensi memberikan dampak positif bagi pasien yang berisiko perilaku kekerasan. (A'yuni dkk, 2024).

#### **4.1.4. Implementasi**

Tn. R.K diberikan implementasi strategi pelaksanaan mulai dari SP 1-4, strategi pelaksanaan yang pertama (SP 1) yaitu menjelaskan apa itu perilaku kekerasan, menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan

dan mengajarkan Latihan fisik tarik nafas dalam dan Latihan fisik pukul bantal dalam mengontrol perilaku kekerasan pada pasien ini dilakukan pada pasien sehingga pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan secara mandiri. Klien sudah bisa melakukan SP 1 yang telah diajarkan. Kemudian, penulis mengajarkan strategi pelaksanaan kedua (SP2) yaitu mengajarkan pentingnya minum obat secara teratur kepada klien Tn. R.K . Saat ini, klien diberikan obat haloperidol 5mg/8jam, trihexyphenidyl 2mg/8jam, risperidone 3mg/12 jam, depacote 500mg/24 jam, dan olanzapine 5mg/24 jam. Ini merupakan terapi farmakologi yang mampu membantu klien dalam mengatasi gangguan jiwa yang dialami. Klien sudah bisa melaksanakan SP2 dengan minum obat sesuai dengan aturan.

Strategi pelaksanaan ketiga (SP3) yang diajarkan oleh penulis adalah mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dimana penulis mengajarkan cara berbicara, meminta dan menolak dengan baik agar terhindar dari resiko terjadinya perilaku kekerasan. Klien sudah bisa melakukan SP3 untuk mengontrol marah. Strategi pelaksanaan keempat (SP4) penulis mengajarkan bagaimana cara mengontrol emosi dengan cara spiritual. Klien sudah bisa melakukan SP4 dalam mengontrol marah. Hal ini sejalan dengan penelitian Dame (2023) bahwa tidak hanya memberikan teknik non farmakologi seperti komunikasi terapeutik dan pemberian strategi pelaksanaan 1-4 namun harus diikuti dengan teknik pemberian farmakologi agar pengobatan dan perawatan klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat memberikan perubahan pada klien yang lebih signifikan. Baik penatalaksanaan non farmakologis maupun farmakologis pasien skizofrenia tidak akan optimal jika pasien tidak patuh dalam pengobatan.

#### **4.1.5. Evaluasi**

Dalam kasus ini didapati bahwa klien bisa melakukan strategi pelaksanaan (SP). Ini dimulai dari interaksi penulis yang membina hubungan saling percaya dengan klien agar strategi pelaksanaan (SP) 1-4 yang akan diberikan oleh penulis dapat berjalan dengan baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Musthofia dkk, (2023) yang didapatkan hasil setelah dilakukan strategi pelaksanaan

dengan terapi komunikasi terapeutik responden pada penelitian ini mengalami penurunan yaitu sudah tidak sering mengamuk, intonasi berbicara pun juga sedang dan emosinya lebih bisa dikendalikan. Pada kasus ini didapati respon klien menunjukkan perubahan klien lebih tampak rileks, marah-marah berkurang, dan dapat meminum obat secara teratur, dan klien dapat mempraktekkan cara mengontrol emosinya dengan menggunakan SP yang sudah diajarkan.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ndari & Solikhah (2023) Hasil evaluasi dari lembar observasi mengenai tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan sebelum dan setelah diberikan SP 1-4 menunjukkan bahwa sebelumnya klien menunjukkan tanda-tanda seperti berkata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, dan wajah memerah. Namun, setelah menerapkan Strategi Pelaksanaan, data dari posttest menunjukkan bahwa klien sudah tidak lagi menunjukkan tanda dan gejala tersebut. Strategi pelaksanaan (SP) 1-4 terkait risiko perilaku kekerasan meliputi: SP 1 (mengidentifikasi penyebab, tanda, gejala, dan latihan mengontrolnya secara fisik dengan tarik napas dalam dan pukul bantal/kasur), SP 2 (latihan minum obat secara teratur), SP 3 (latihan komunikasi verbal asertif, seperti mengajarkan cara meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan marah dengan baik), dan SP 4 (latihan mengendalikan perilaku kekerasan melalui dimensi spiritual) (A'yuni, 2024).

#### **4.2 Keterbatasan Pelaksanaan**

Penulis menghadapi tantangan dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN). Keterbatasan akses terhadap literatur ilmiah, jurnal, dan data relevan untuk mendukung penelitian merupakan salah satu dari masalah tersebut. Proses penyusunan KIAN membutuhkan waktu yang cukup lama, tetapi dengan adanya berbagai kegiatan yang harus diselesaikan selama praktik di lapangan sebagai bagian dari Program Studi Profesi Ners, penulis harus mengatur waktu dengan bijak untuk menyelesaikan semua tugas tersebut. Pengelolaan data yang baik dan etis juga sangat penting dalam penulisan KIAN, yang mungkin memerlukan waktu dan pengetahuan

tambahan untuk mengatasi tantangan ini. Selama proses pemberian Asuhan Keperawatan kepada klien, penulis mengalami sedikit hambatan dalam implementasi karena kondisi kesehatan mental klien yang kurang optimal. Hal ini memperlambat pelaksanaan implementasi yang sudah direncanakan dan menuntut penyesuaian strategi perawatan yang lebih mendalam.

## BAB V

### PENUTUP

#### 5.1. Kesimpulan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) diruangan rawat inap Antareja RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, maka penulis membuat kesimpulan berdasarkan laporan kasus sebagai berikut :

- A.** Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan penulis, Pada tanggal 26 Maret 2024, dilakukan pengkajian terhadap klien Tn. R.K, laki-laki berusia 20 tahun, yang masuk Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dibawa oleh kedua orangtuanya. Keluhan utama klien tidak bisa mengontrol emosinya, klien merupakan orang yang gampang tersinggung, klien mengamuk dan memukul orangtuanya dan meresahkan warga. Klien telah tiga kali masuk dan keluar dari Rumah Sakit Jiwa karena ketidakpatuhan dalam pengobatan. Klien memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan seperti ia pernah dibully dan dipukuli oleh temannya semasa sekolah. Klien memiliki hubungan sosial yang baik dengan beberapa teman, namun tidak terlalu akrab. Klien memiliki keyakinan agama Islam, dan merupakan orang yang rajin dan patuh dalam beribadah. Status mental klien menunjukkan penampilan rapi dan sesuai, pembicaraan tegang dan koheren, suara tidak terlalu jelas, tatapan tajam, gelisah, dan kesulitan mengendalikan emosi. Kesadaran klien Compos Mentis dengan jumlah GCS 15 terdiri dari M:6 V:5 E:4 dan tanda-tanda vital pada hari pengkajian yaitu Tekanan Darah 120/78 mmHg, Nadi 90 x/menit, Respirasi 20 x/menit, Suhu Badan 36,5°C, Tinggi Badan 160 Cm, dan Berat Badan 78 Kg, sehingga didapatkan IMT 30 yang berarti klien berada pada kategori kelebihan berat badan.
- B.** Masalah keperawatan yaitu Resiko Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah. Hal ini memiliki persamaan pada teori dimana harga diri rendah menjadi salah satu masalah keperawatan yang muncul pada diagnosa resiko perilaku kekerasan karena dapat menjadi penyebab atau *causa* terjadinya resiko perilaku kekerasan.

- C. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan ditemukan persamaan dalam teori dan secara langsung. Tindakan yang dilakukan dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan yaitu menggunakan Strategi Pelaksanaan dengan urutan SP 1: Melatih cara mengontrol marah dengan tarik napas dalam dan Latihan memukul bantal/kasur, SP 2: Mengontrol marah dengan meminum obat sesuai aturan, SP 3: Mengontrol marah dengan cara verbal, SP 4: Mengontrol perasaan marah dengan kegiatan spiritual.
- D. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, didapatkan klien mampu menyebutkan dan mempraktekkan latihan-latihan yang sudah diajarkan dan mampu mengontrol perasaan marah yang masih muncul.

## **5.2. Saran**

### **A. Saran untuk keperawatan**

Saran agar tetap melakukan strategi pelaksanaan pada pasien dan keluarga penderita resiko perilaku kekerasan, agar dapat sesering mungkin melakukan kunjungan rumah untuk dapat mengontrol pasien.

### **B. Saran untuk rumah sakit**

Dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan maupun pasien dengan perilaku kekerasan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afconneri, Y., Herawati, N., Mirawati, A., Harlia, P., Siteba, R., J., Gadang, S., Nanggalo, K (2023). Tingkat Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan. Dalam *Jkj): Persatuan Perawat Nasional Indonesia* (Vol. 11, Nomor 4).
- Anggraini, D., Hasanah, U., Utami, I. T., Dharma, A. K., & Metro, W. (2023). Penerapan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Cara Verbal Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung *The Application Of Verbal Therapeutic Communication Implementation Strategies In Patients At Risk Of Violence Behavior In Room Jasmine Psychiatric Hospital In Lampung Province*. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2).
- Ndari, A, D, W., A. R. U. M. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia: Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Intervensi Strategi Pelaksanaan (*Doctoral Dissertation*, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- A'yuni, Q., Septiantoro, R., & Apriliyani, I. (2024). Efektivitas Terapi Spiritual Dzikir Untuk Mengurangi Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(6), 2487-2492.
- Damayanti, E. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Desa Kedung Malang 04/03 Kec. Kedung Kab. Jepara Provinsi Jawa Tengah (*Doctoral Dissertation*, Universitas Islam Sultan Agung).
- Puspitasari, D. (2023). Penerapan Aromaterapi Lavender (*Lavandula Angustifolia*) Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Diruang Arjuna Rsjd Dr. Arif Zainudin Surakarta (*Doctoral Dissertation*, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Fajariyah, N., & Tresna, D. A. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Melalui Intervensi Latihan Fisik 2: Terapi Pukul Bantal Pada Nn A Dan Nn D Di Pandeglang Banten. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (Pkm)*, 6(4), 1687-1692.
- Indriya, V. S. J. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (*Doctoral Dissertation*, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Irfansyah, R., Sari, I. P., & Mardiana, N. (2023). Hubungan Pengetahuan Dan Kecemasan Dalam Merawat Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Skizofrenia



- Paranoid Di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. *Jurnal Keperawatan*, 12(2), 59-66.
- Jobber, N. F., & Mendrofa, H. K. (2023). Penyuluhan Kesehatan Tentang Cara Merawat Pasien Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Di Rsjd Abepura. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Bangsa*, 1(8), 1642-1647.
- Keliat, B. A., & Hamid, A. Y. S. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Egc.
- Kusumaningtyas, K. P. (2018). Maintenance Rumah Sakit Jiwa Grhasia.
- Linda, L., & Syafitri, E. N. (2023, November). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Dwarawati Rsj Prof. Dr. Soerojo Magelang Tahun 2023. In *Prosiding Seminar Nasional Multidisiplin Ilmu* (Vol. 5, No. 1, Pp. 52-59).
- Livana, Ph., & Suerni, T. (2019). Faktor Predisposisi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa Volume 1 No 1*, Hal 27-28, Desember 2019. Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan Terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39-46. <https://doi.org/10.36565/Jab.V10i1.268>
- Mariyam, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Di Ruang Nuri Rsj Provinsi Jawa Barat Kota Bandung (*Doctoral Dissertation*, Universitas Muhammadiyah Sukabumi).
- Musthofia, N. A., Susilowati, T., & Rekningsih, W. (2023). Penerapan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rsjd Dr. Rm. Soedjarwadi Klaten. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(8), 88-94.
- Musthofia, N. A., Susilowati, T., Rekningsih, W., & Aisyiyah Surakarta, U. ' . (N.D.). Penerapan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rsjd Dr. Rm. Soedjarwadi Klaten. <https://journal-mandiracendikia.com/jikmc>
- Nay, A., & Avelina, Y. (N.D.). Intervensi Relaksasi Napas Dalam Dan Pukul Bantal Dalam Mengurangi Gejala Risiko Perilaku Kekerasan *Intervention Of Deep Breathing And Pillow Relaxation In Reducing Symptoms Of The Risk Of Violent Behavior*. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>

- Nuraeni, N. (2024). Studi Kasus Deskriptif Pada Klien Skizofrenia Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat. *Jintan: Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4(1), 133-143.
- Pertiwi, S., Fitri, N. L., Hasanah, U., Dharma, A. K., & Metro, W. (N.D.). Penerapan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Rsj Daerah Provinsi Lampung *Application Of Deep Breath Relaxation On Signs And Symptoms Of Patients At Risk Of Violence Behavior At A Mental Hospital In The Lampung Province*. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), 2023.
- Rokhilah, R., & Aktifah, N. (2023, January). Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *In Prosiding University Research Colloquium* (Pp. 1384-1388).
- Sari, E. P. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan Pada Tn. H Dengan Diagnoasa Medis Skizofrenia Di Ruang Jiwa Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Stikes Hang Tuah Surabaya.
- Sari, F., Fitri, N. L., & Hasanah, U. (2024). Penerapan Terapi Spiritual: Dzikir Dan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, 4(3), 383-390.
- Atmojo, S, R. B., Widodo, W., Haryanti, W., Ajeng Norma, C., Arsyad Akademi Keperawatan Pemkab Purworejo, A., Raya Purworejo -Kutoarjo Km, J., Iii, D., & Tengah, J. (2023). Mengontrol Perilaku Kekerasan Dengan Prinsip 5 Benar Minum Obat. Dalam *Jkj): Persatuan Perawat Nasional Indonesia* (Vol. 11, Nomor 4).
- Sholikhah, A. R., Lestari, S. P., & Hani, U. (2023). Efektifitas Tindakan Restrain Terhadap Respons Umum Fungsi Adaptif Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan. *Abstract Scientific Proceeding Of Unkaha*, 2(02), 10-10.
- Siregar, E. P. S. (2022). Implementasi Perlindungan Hukum Bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgi) Yang Dipasung Dan Ditelantarkan (Studi Kasus Di Dinas Sosial Jawa Timur) (*Doctoral Dissertation*, Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jawa Timur).
- Sovianti, V., Nirmala Jona, R., Juwariyah, S., & Cobalt Angio Septianingtyas, M. (2024). *Progressive Muscle Relaxation Therapy In Patients At Risk Of Violent Behavior: A Case Study*. Dalam *Jkj): Persatuan Perawat Nasional Indonesia* (Vol. 12, Nomor 2).

- Sutejo. (2019). Buku Keperawatan Jiwa Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa Dan Psikososial. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wati, E. F. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Ny. S Di Ruang Bhisma Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah (*Doctoral Dissertation*, Universitas Islam Sultan Agung).
- Wuryaningsih, N. E. W., Kep, M., Windarwati, H. D., Kep, M., Dewi, N. E. I., Kep, M., ... & Kep, M. (2020). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. Upt Percetakan & Penerbitan, Universitas Jember.

## LAMPIRAN

### PENGAJIAN KEPERAWATAN JIWA

#### IDENTITAS KLIEN

**Inisial** : Tn. R.K (L),  
**Tanggal Pengkajian** : 26 Maret 2024  
**Umur** : 20 Tahun  
**No. RM** : 418766  
**Informan** : Klien

#### ALASAN MASUK

Klien mengatakan ia tidak bisa mengontrol emosinya, klien mengatakan ia gampang tersinggung, klien mengatakan mengamuk dan memukul orangtuanya dan meresahkan warga.

#### FAKTRO PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? Ya
2. Pengobatan sebelumnya: Berhasil
- 3.

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik	-	Ya/ 9 thn	-
Aniaya seksual penolakan	-	-	-
Aniaya dalam keluarga	-	-	-
Tindakan kriminal	-	-	-

Jelaskan No. 1,2,3: Klien sudah pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya dan sudah tiga kali masuk rumah sakit dari tahun 2019, tahun 2023, dan tahun 2024 dikarenakan pengobatan sebelumnya kurang berhasil, ia masih sulit dalam mengontrol amarah dan emosinya.

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan (RPK)

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ? Tidak

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

5. Pengalaman masalah lalu yang tidak menyenangkan: Klien mengatakan ia pernah di bully dan dipukul oleh teman sekolahnya.

**Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) dan HDRK.**

## FISIK

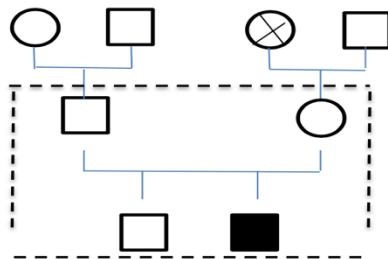
1. Tanda vital : TD: 120/75 mmHg, N: 80 x/menit, R:20 x/menit, SB: 36,5°C
2. Ukur : TB: 160 Cm, BB: 78 Kg
3. Keluhan Fisik : Tidak ada

Jelaskan : Klien tidak memiliki keluhan fisik dan TTV pasien berada pada rentang normal.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

## PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Keterangan :

- ☒ : Laki-laki meninggal
- : Laki-laki
- ☒ : Perempuan meninggal
- : Perempuan
- : Pasien
- - - : Tinggal serumah

Jelaskan: Klien merupakan anak kedua dari dua bersaudara, ia tinggal bersama serumah dengan orangtuanya dan saudara laki-lakinya.

## 2. Konsep Diri

- a. Gambaran Diri: Klien mengatakan ia sangat menyukai bagian tubuhnya yaitu badannya karena kekar namun, ia tidak menyukai alat kelaminnya.
- b. Identitas: Klien mengatakan ia sangat puas dengan dirinya yang merupakan seorang laki-laki.
- c. Peran: Klien mengatakan ia puas dengan dirinya saat ini. Klien mengatakan sebagai anak ia sering melakukan pekerjaan rumah dan membantu kedua orangtuanya.
- d. Ideal Diri: Klien berharap ia bisa cepat sembuh dan pulang kerumahnya.
- e. Harga Diri: Klien mengatakan merasa malu dengan dirinya.

Data objektif :

Klien tampak menilai diri negatif, klien tampak malu, tampak berbicara pelan

**Masalah Keperawatan: Harga Diri Rendah Kronis (HDRK)**

## 3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti: Klien mengatakan orang yang paling berarti adalah ibunya karena sering memberikan ia motivasi dan menasehatinya.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Klien memiliki keinginan untuk bersosialisasi namun tidak ada yang mengajaknya.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: Klien mengatakan ia tidak memiliki hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

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

## 4. Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan : Klien beragama islam dan klien memiliki keyakinan dengan agama yang dianutnya
- b. Kegiatan Ibadah : Klien mengatakan ia selalu beribadah, klien tampak beribadah disamping tempat tidurnya.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

## STATUS MENTAL

### 1. Penampilan

- Tidak rapi       Penggunaan pakaian tidak sesuai  
 Cara berpakaian tidak biasanya

Jelaskan: Klien tampak selalu berpakaian dengan rapi dan sesuai.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

### Pembicaraan

- Cepat       Keras       Gagap  
 Inkoheren       Apatis       Lambat  
 Membisu       Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan: Klien dapat berbicara dengan baik, namun dengan nada suara yang pelan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

### 2. Aktivitas Motorik

- Lesu       Tegang       Gelisah       Agitasi  
 Tik       Grimasen       Tremor       Kompulsif

Jelaskan: Klien tampak tegang dan mondar-mandir.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

### 3. Alam Perasaan

- Sedih       Ketakutan       Khawatir  
 Putus Asa       Gambaran Berlebihan

Jelaskan: Klien merasa khawatir karena ingin pulang

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

4. Afek

Datar       Tumpul       √ Labil       Tidak sesuai

Jelaskan: Saat dikaji kadang perkataan sesuai dan kadang tidak

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

Interaksi Selama Wawancara

Bermusuhan       Tidak Kooperatif       Mudah Tersinggung  
 Kontak Mata (-)       Defensif       Curiga

Jelaskan: Klien mampu menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

5. Persepsi

Pendengaran       Penglihatan       Perabaan  
 Pengecapan       Penghidu

Jelaskan: Klien tidak memiliki masalah dalam persepsi pengindraannya.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

6. Proses Pikir

Sirkumtansial       Tangensial       Kehilangan Asosiasi  
 *Flight of Idea*       *Blocking*

Pengulangan pembicaraan / persevarasi

Jelaskan: Klien tidak memiliki masalah dalam proses pikir.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

7. Isi Pikir

Obsesi       Fobia       Hipokondria  
 Depersonalisasi       Ide yang terkait       Pikiran Magis

Waham

Agama       Somatik       Kebesaran       Curiga  
 Nihilistik       Sisip Pikir       Siar Pikir       Kontrol Pikir



Jelaskan: Klien tidak memiliki masalah dengan isi pikir dan tidak tampak adanya/terjadinya tanda dan gejala waham.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

#### 8. Tingkat Kesadaran

Bingung                       Sedasi                       Stupor  
Diorientasi

Waktu                       Tempat                       Orang

Jelaskan: Klien memiliki tingkat kesadaran yang baik saat dikaji.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

#### 9. Memori

<input type="checkbox"/>	Gangguan daya ingat jangka Panjang	<input type="checkbox"/>	Gangguan daya ingat jangka pendek
<input type="checkbox"/>	Gangguan daya ingat saat ini	<input type="checkbox"/>	Konfabulasi

Jelaskan: Klien mampu mengingat kejadian-kejadian yang pernah dialami.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

#### 10. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Mudah Teralih                       Tidak mampu konsentrasi

Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan: Klien memiliki tingkat konsentrasi yang baik serta klien mampu melakukan hitungan sederhana.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

#### 11. Kemampuan Penilaian

Gangguan Ringan                       Gangguan Bermakna

Jelaskan: Klien tidak memiliki masalah dalam kemampuan menilai.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

## 12. Daya Tilik Diri

Mengingkari penyakit yang diderita  Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan: Klien menyadari bahwa ia tidak dapat mengontrol perasaan marah/emosi yang dirasakan.

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan (RPK).

## KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

### 1. Makan

Bantuan Minimal  Bantuan Total

### 2. BAB/BAK

Bantuan Minimal  Bantuan Total

Jelaskan: Klien mampu mengingat jam makan dan jadwal minum obat.

Klien mampu melaksanakan BAB/BAK secara mandiri.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

### 3. Mandi

Bantuan Minimal  Bantuan Total

### 4. Berpakaian/Berhias

Bantuan Minimal  Bantuan Total

### 5. Istirahat dan Tidur

Tidur siang lama : 13.00-17.00

Tidur malam lama : 19.00-05.00

Kegiatan sebelum/sesudah tidur : Melakukan sholat dan merapikan tempat tidur

### 6. Penggunaan Obat

Bantuan Minimal  Bantuan Total

### 7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan  Ya  Tidak

Perawatan pendukung  Ya  Tidak

### 8. Kegiatan di Dalam Rumah

Mempersiapkan makanan  Ya  Tidak

Menjaga kerapihan rumah  Ya  Tidak

Mencuci pakaian	<input type="checkbox"/>	Ya	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak
Pengaturan keuangan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak

Jelaskan: Klien mengatakan terkadang ia merasa malas untuk mandi di sore hari. Klien dapat berpakaian dan berhias dengan sesuai. Klien juga mengatakan tidur malamnya nyenyak.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

### MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
<input checked="" type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain	<input type="checkbox"/> Minum alcohol
<input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/> Reaksi lambat / berlebih
<input checked="" type="checkbox"/> Teknik relaksasi	<input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan
<input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif	<input type="checkbox"/> Menghindar
<input checked="" type="checkbox"/> Olahraga	<input checked="" type="checkbox"/> Menderai diri
<input type="checkbox"/> Lainnya:	<input type="checkbox"/> Lainnya:

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan.

### MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

<input type="checkbox"/> Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik	: Tidak ada masalah
<input type="checkbox"/> Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik	: Tidak ada masalah
<input type="checkbox"/> Masalah dengan pendidikan, spesifik	: Klien memiliki pendidikan akhir tingkat SLTP/SMP
<input type="checkbox"/> Masalah dengan pekerjaan, spesifik	: Klien belum bekerja
<input type="checkbox"/> Masalah dengan perumahan, spesifik	: Tidak ada masalah
<input type="checkbox"/> Masalah ekonomi, spesifik	: Tidak ada masalah

	Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik	: Tidak ada masalah
	Masalah lainnya, spesifik	: Tidak ada masalah

**PENGETAHUAN KURANG TENTANG**

	Penyakit jiwa		Sistem pendukung
	Faktor presipitasi		Penyakit fisik
	Koping		Obat-obatan
	Lainnya:		

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

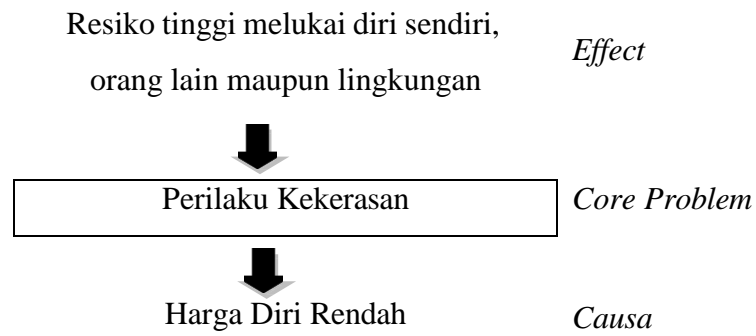
**ASPEK MEDIK**

Diagnosa Medik: Resiko Perilaku Kekerasan

## ANALISA DATA

Data Fokus	Masalah Keperawatan
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ia tidak bisa mengontrol emosinya</li> <li>• Klien mengatakan ia gampang tersinggung</li> <li>• Klien mengatakan mengamuk dan memukul orangtuanya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak memukul orang lain.</li> <li>• Tampak mata klien merah</li> <li>• Tampak tatapan klien tajam</li> <li>• Klien tampak mengepalkan tangannya</li> </ul>	<p>Perilaku Kekerasan</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ia sangat menyukai bagian tubuhnya yaitu badannya karena kekar namun, ia tidak menyukai alat kelaminnya.</li> <li>• Klien memiliki keinginan untuk bersosialisasi, namun tidak ada yang mengajaknya.</li> <li>• Klien mengatakan ia pernah di bully dan dipukul oleh teman sekolahnya.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien kurang percaya diri</li> <li>• Tampak klien suka menyendiri</li> <li>• Klien tampak menilai diri negatif</li> <li>• Klien tampak malu</li> <li>• Tampak berbicara pelan</li> </ul>	<p>Harga Diri Rendah</p>

## POHON MASALAH



## DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah

## RENCANA KEPERAWATAN

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Selasa. 26 Maret 2024</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ia tidak bisa mengontrol emosinya</li> <li>• Klien mengatakan ia gampang tersinggung</li> <li>• Klien mengatakan mengamuk dan memukul orangtuanya</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan 5x interaksi diharapkan klien dapat mempraktikkan cara mengontrol perasaan marah dan perasaan marah atau kesal berkurang.</p>	<p>SP1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bina hubungan saling percaya</li> <li>• Identifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan</li> <li>• Identifikasi jenis resiko perilaku kekerasan yang pernah dibuat</li> <li>• Latih tarik nafas dalam</li> </ul> <p>SP2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi SP1</li> <li>• Latih cara memukul bantal dan kasur</li> <li>• Latih minum obat secara teratur</li> </ul> <p>SP3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi SP 1 &amp; 2</li> <li>• Latih control emosi dengan</li> </ul>

	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Klien tampak memukul orang lain.</li><li>• Tampak mata klien merah</li><li>• Tampak tatapan klien tajam</li><li>• Klien tampak mengepalkan tangannya</li></ul>		<p>cara verbal dan social</p> <p>SP4:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluasi SP 1-3</li><li>• Latih control emosi dengan cara spiritual</li><li>• Evaluasi SP 1-4</li></ul>
--	---	--	---



### CATATAN PERKEMBANGAN

Initial Klien: Tn. R.K		Ruang: Gatot Kaca II	No. RM: 0411464
Hari/Tanggal	Diagnosa/TUK/SP	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
<p>Selasa, 26 Maret 2024</p>	<p><b>DX:</b> Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>TUK1:</b> Klien dapat membina hubungan saling percaya</p> <p><b>TUK2:</b> Klien dapat mengenal resiko perilaku kekerasan</p> <p><b>TUK3:</b> Klien dapat menyebutkan jenis resiko perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p> <p><b>TUK4:</b> Klien dapat mengontrol emosinya</p> <p><b>SP1:</b> Hari Pertama (Identifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan)</p>	<p><b>SP1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membina hubungan saling percaya</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan</li> <li>• Mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</li> <li>• Melatih teknik tarik nafas dalam</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan merasa senang berinteraksi dengan perawat</li> <li>• Klien dapat memperkenalkan dirinya sendiri</li> <li>• Klien mengatakan penyebab marahnya karena ia merupakan orang yang gampang tersinggung,</li> <li>• Klien mengatakan mengerti dan mampu mempraktekkan Latihan tarik nafas dalam.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu membina hubungan saling percaya</li> <li>• Klien tampak kooperatif</li> <li>• Klien tampak tegang</li> <li>• Tampak tatapan klien tajam</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu mengatakan penyebab marahnya</li> <li>• Klien mampu melakukan latihan tarik napas dalam.</li> </ul> <p><b>A:</b> Perilaku kekerasan SP 1 teratasi.</p> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Perawat): Kontrak waktu, tempat dan topik untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan pukul Kasur/bantal, Melatih Kembali TN dan Melakukan kontrak untuk melaksanakan SP 2.</li> <li>• (Klien): Menganjurkan melatih TND 2-3x sehari dan memasukkan latihan kedalam jadwal kegiatan harian.</li> </ul>
--	--	--	--

<p>Rabu, 27 Maret 2024</p>	<p><b>DX: Resiko Perilaku Kekerasan</b></p> <p>TUK1: Klien mengingat latihan pertama yang sudah dilakukan</p> <p>TUK2: Klien dapat mempraktikkan latihan cara memukul bantal dan kasur</p> <p>TUK3: Klien dapat mempraktikkan latihan mengontrol marah dengan cara minum obat secara teratur</p>	<p><b>SP2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi SP1</li> <li>• Mengontrol perasaan marah dengan cara memukul bantal dan kasur</li> <li>• Mengontrol perasaan marah dengan meminum obat secara teratur</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan ia merasa kesal dengan temannya</li> <li>• Klien mengatakan merasa senang bisa mengungkapkannya pada perawat</li> <li>• Klien mengatakan merasa lebih tenang dengan Latihan fisik pukul bantal/Kasur yang telah diajarkan oleh perawat</li> <li>• Klien mengerti mengapa perlunya minum obat sesuai aturan.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kesal</li> <li>• Klien tampak kooperatif</li> <li>• Tampak mata klien menjadi merah</li> </ul>
--------------------------------	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak tegang</li> <li>• Tampak tatapan klien tajam</li> <li>• Tampak klien memukul temannya,</li> <li>• Tampak klien mengepalkan tangannya</li> <li>• Tampak klien mampu mengatakan penyebab marahnya</li> <li>• Tampak klien mampu melakukan Latihan fisik pukul Kasur/bantal serta teknik TND</li> <li>• Tampak klien mengerti perlunya untuk minum obat secara teratur.</li> </ul> <p><b>A:</b> Perilaku kekerasan SP 2 teratasi.</p> <p><b>P:</b> Melakukan kontrak pertemuan untuk SP 3</p>
--	--	--	--

<p>Kamis, 28 Maret 2024</p>	<p><b>DX:</b> Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>TUK1:</b> Klien mengingat latihan pertama dan kedua yang sudah dilakukan</p> <p><b>TUK2:</b> Klien dapat mempraktikkan latihan cara verbal/sosial</p>	<p><b>SP3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi SP 1-2</li> <li>• Mengontrol perasaan marah dengan secara verbal/sosial</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lebih senang dan tenang saat berlatih dan berbincang-bincang</li> <li>• Klien mengatakan ia akan berbicara, meminta dan menolak dengan baik .</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontak mata baik</li> <li>• Klien dapat menyebutkan dan mempraktekkan SP 1 dan 2 yang telah diajarkan oleh perawat</li> <li>• Tampak klien mulai berbicara dengan baik pada temannya.</li> </ul> <p><b>A:</b> Perilaku kekerasan SP 3 teratasi.</p>
---------------------------------	---	---	---

			<b>P:</b> Melakukan kontrak untuk pertemuan SP 4
--	--	--	---

<p>Jumat, 29 Maret 2024</p>	<p><b>DX:</b> Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>TUK1:</b> Klien mengingat latihan SP 1-3 yang sudah dilakukan</p> <p><b>TUK2:</b> Klien dapat mempraktikkan latihan mengontrol marah dengan kegiatan spiritual</p>	<p><b>SP4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengevaluasi SP 1-3</li> <li>• Mengontrol perasaan marah dengan melakukan kegiatan Spiritual</li> <li>• Mengevaluasi SP 1-4</li> </ul>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan merasa lebih senang dan tenang saat berlatih dan berbincang-bincang</li> <li>• Klien mengatakan ia sudah tidak merasa marah lagi.</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontak mata baik</li> <li>• Klien dapat menyebutkan dan mempraktekkan SP 1-4</li> <li>• Klien mampu mempraktekkan cara mengontrol marah dengan kegiatan ibadah.</li> </ul> <p><b>A:</b> Perilaku kekerasan SP 4 teratasi.</p> <p><b>P:</b> Melakukan kontrak pertemuan untuk komunikasi terminasi.</p>
---------------------------------	--	--	--

