

**LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN TN. R. M DENGAN**  
**DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN**  
**(RPK) DI RUANGAN ANTAREJA RUMAH SAKIT JIWA**  
**DR. H. MARZOEKI MAHDI**  
**BOGOR**

**Disusun Dalam Rangka Menyelesaikan**  
**Tahap Profesi Ners**



**Oleh**

**INDRIANY MARIA MENAJANG**

**23062027**

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

**LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JiWA PADA KLIEN TN. R. M DENGAN**  
**DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN**  
**(RPK) DI RUANGAN ANTAREJA RUMAH SAKIT JiWA**  
**DR. H. MARZOEKI MAHDI**  
**BOGOR**

**Disusun Dalam Rangka Menyelesaikan**  
**Tahap Profesi Ners**



**Oleh**

**INDRIANY MARIA MENAJANG**

**23062027**

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

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Indriany Maria Menajang

NIM : 23062027

Program Studi: Profesi Ners

Penulis Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan 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, 04 Juli 2024



**(Indriany Maria Menajang)**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN TN. R. M DENGAN  
DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN  
(RPK) DI RUANGAN ANTAREJA RUMAH SAKIT JIWA  
DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR**

**Nama : Indriany Maria Menajang**

**NIM : 23062027**

**Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners**

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

Manado, 04 Juli 2024

Pembimbing KIAN



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

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners  
Universitas Katolik De La Salle Manado



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

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : **Indriany Maria Menajang**

NIM : **23062027**

Program Studi: **Profesi Ners**

Judul KIAN : **“ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN TN. R. M DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN (RPK) DI RUANGAN ANTAREJA RUMAH SAKIT JIWA 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



Pembimbing : (Vervando J. Sumilat, S. Kep., Ns., M.Kep)



Pembimbing : (Vervando J. Sumilat, S. Kep., Ns., M.Kep)

Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 04 Juli 2024

**Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Diagnosa Keperawatan  
Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) di Ruang Antareja  
Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

**Menajang, Indriany<sup>1</sup>, Sumilat, Vervando<sup>2</sup>**  
Fakultas Keperawatan  
Universitas Katolik De La Salle Manado  
Email rmenajang22@gmail.com

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Kesehatan mental merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia yang mencakup kondisi fisik, mental, spiritual, dan sosial yang seimbang. Gangguan mental, seperti skizofrenia, dapat memengaruhi berbagai aspek tersebut dan berhubungan dengan risiko perilaku kekerasan. Skizofrenia, yang merupakan penyakit otak kronis, sering kali disertai dengan gejala perilaku kekerasan, baik terhadap diri sendiri maupun orang lain. Menurut data dari World Health Organization (WHO) dan Kementerian Kesehatan Indonesia, prevalensi gangguan jiwa dan risiko perilaku kekerasan cukup tinggi, dengan data menunjukkan 30% pasien di Rumah Sakit Jiwa Marzoeki Mahdi Bogor berisiko mengalami perilaku kekerasan. Oleh karena itu, peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sangat penting, terutama dalam menangani pasien dengan risiko perilaku kekerasan melalui pendekatan farmakologi dan non-farmakologi.

**Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Penelitian ini juga bertujuan untuk menganalisis gambaran kasus, asuhan keperawatan yang diberikan, serta praktik pengelolaan kasus pada pasien Tn. R yang berisiko menunjukkan perilaku kekerasan.

**Metode:** menggunakan pendekatan farmakologi dan non-farmakologi (Pemberian SP1 – SP4).

**Hasil :** Setelah diberikan Asuhan Keperawatan kepada klien dengan pemberian terapi non-farmakologi SP1 – SP4 menunjukkan hasil baik dan masalah kepearawatan Risiko perilaku kekerasan dapat teratasi.

**Kesimpulan:** Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. R dengan diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Teratasi.

**Kata Kunci:** Asuhan Keperawatan Jiwa, Risiko Perilaku Kekerasan, Skizofrenia

## KATA PENGANTAR

Segala Puji dan Syukur saya Panjatkan Kehadirat Tuhan Yesus Kristus karena Kasih dan Anugrahnya kepada saya sehingga saya bisa menyelesaikan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Diagnosa Keperawtam Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor”.

Dengan rasa hormat penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur, yang merupakan Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado.
2. Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.
3. Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado.
4. Vervando J. Sumilat, S. Kep., Ns., M.Kep selaku *Clinical Teacher* atau Dosen Pembimbing atas segala bimbingan, arahan, masukan, dukungan dan motivasi dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.
5. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
6. Ns. Hadi Mardiansyah, S.Kep., Ns. Parlindungan Sijabat, S.Kep sebagai *Clinical Instructur* beserta perawat – perawat dan dokter lainnya di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
7. Keluarga, Khususnya Papa Maksi Weliam Menajang, Mama Yuliana Terok, Kakak Eryanto Mikael Menajang, Adik Elricho Joseph Menajang dan Christina Saleh yang telah memberi dukungan, semangat dan Doa dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini hingga boleh terselesaikan dengan baik serta selama saya menjalankan pendidikan di Universitas Katolik De La Salle Manado
8. Seluruh rekan Angkatan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado yang telah menjadi bagian dari penyelesaian Ners serta sahabat Debora Mangelep yang telah mendukung dan terlibat dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini.

9. Ucapan terimakasih juga saya sampaikan kepada semua pihak, yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang telah membantu saya baik dalam doa, *support*, materi dan dukungan lainnya yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

**Manado, 04 Juli 2024**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Indriany Maria Menajang', written in a cursive style.

**Indriany Maria Menajang**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN ORISINALITAS</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>6</b>
2.1 Landasan Teori	6
2.2 Asuhan Keperawatan Teori	11
2.3 Penelitian Terkait	21
<b>BAB III GAMBARAN KASUS</b>	<b>25</b>
3.1 Pengkajian	25
3.2 Diagnosa	26
3.3 Intervensi	27
3.4 Implementasi	28
3.5 Evaluasi	29
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	<b>32</b>

4.1	Analisis Dan Diskusi Hasil	32
4.2	Keterbatasan Pelaksanaan	37
<b>BAB V PENUTUP</b>		<b>39</b>
5.1	Kesimpulan	39
5.2	Saran	40
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		<b>42</b>
<b>LAMPIRAN</b>		<b>45</b>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan mental mengacu pada keadaan di mana seseorang dapat bertumbuh disegala bidang baik secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, sehingga mereka dapat mengenali potensi diri, mengelola stres, melakukan pekerjaan berkualitas, dan memberikan kontribusi kepada masyarakat (Permani *et al.*, 2023). Penyakit mental adalah masalah global yang jika tidak ditangani, kemungkinan besar akan bertambah buruk setiap tahunnya. Menurut *World Health Organisation* (WHO) penyakit mental meliputi gangguan perkembangan, demensia, gangguan bipolar, skizofrenia, dan psikosis (Widowati, 2023).

Skizofrenia adalah penyakit otak kronis dan parah yang memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang (Sarsilah *et al.*, 2024). Skizofrenia berhubungan dengan Risiko Perilaku kekerasan yang merupakan salah satu diagnosa keperawatan. Risiko perilaku kekerasan sendiri diartikan sebagai tindakan yang berpotensi menimbulkan kerugian fisik atau emosional pada diri sendiri atau orang lain, termasuk pelecehan verbal dan perusakan lingkungan (Anisa *et al.*, 2021). Munculnya berbagai gejala, seperti pasien sering berkata kasar dan bernada tinggi, mata melotot dengan tatapan tajam, wajah memerah, otot tegang, kecenderungan berdebat, memaksakan kehendak, bahkan kekerasan fisik seperti melukai diri sendiri atau orang lain, merupakan gejala dari risiko perilaku kekerasan (Malfasari *et al.*, 2020).

Data prevalensi menurut *World Health Organization* (WHO, 2022) memperkirakan 300 juta orang di seluruh dunia menderita penyakit mental seperti demensia, gangguan bipolar, dan depresi, dengan 24 juta di antaranya menderita skizofrenia (Payong *et al.*, 2024). Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan (2018), terdapat jumlah yang signifikan dari individu yang mengalami gangguan jiwa di Indonesia. Provinsi Bali menduduki urutan teratas dengan prevalensi 11,1%, diikuti oleh Provinsi DI Yogyakarta dengan 10,4%, NTB dengan 9,6%, Sumatera Barat dengan 9,1%, Sulawesi Selatan dengan 8,8%, Aceh dengan 8,7%, Jawa Tengah dengan 8,7%, Sulawesi

Tengah dengan 8,2%, Sumatera Selatan dengan 8%, Kalimantan Barat dengan 7,9%, Sumatera Utara dengan 6,3%, dan Provinsi Bengkulu dengan 5,3% (Kemenkes, 2018) (Afriansa, 2022).

Menurut data nasional Indonesia pada tahun 2017, prevalensi individu dengan perilaku kekerasan tercatat sekitar 0,8% per 10.000 penduduk, yang setara dengan sekitar 2 juta orang (Pardede et al., 2020; Siauta et al., 2020). Sebanyak 68% dari penyebab utama individu dirawat di Rumah Sakit Jiwa disebabkan oleh perilaku kekerasan (Livana & Suerni, 2019). Angka-angka ini menggambarkan bahwa perilaku kekerasan menjadi masalah yang serius dalam konteks kesehatan mental. Pada tahun 2018, di Provinsi Jawa Barat, sekitar 69 ribu orang mengalami gangguan jiwa, yang setara dengan 0,14% dari total populasi 49 juta jiwa di wilayah tersebut (Mariyam, 2020). Berdasarkan data dari RSJ Marzoeqi Mahdi Bogor pada tahun 2022, ditemukan bahwa 30% pasien di Ruang Antareja berisiko menunjukkan perilaku kekerasan, angka ini menjadi yang tertinggi kedua setelah diagnosa halusinasi.

Tanda dan gejala positif dan negatif, seperti perilaku kekerasan, dapat dikaitkan dengan skizofrenia. Mengancam atau menyakiti diri sendiri atau orang lain merupakan salah satu faktor risiko terjadinya perilaku kekerasan yang merupakan reaksi terhadap kemarahan. Tekanan darah, detak jantung, pernafasan, kemarahan, iritasi, tantrum, dan potensi menyakiti diri sendiri merupakan aspek fisik dari hal ini. Perubahan proses kognitif, fisiologis, emosional, perilaku dan sosial yang menyebabkan risiko perilaku kekerasan. Menurut statistik tahun 2017, terdapat risiko yang sangat tinggi terhadap perilaku kekerasan, dengan perkiraan 0,8% atau 10.000 orang berisiko (Pardede, 2020) (Sahputra, 2021).

Resiko perilaku kekerasan (RPK) menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) adalah suatu kondisi seseorang yang berisiko membahayakan diri sendiri ataupun orang lain baik secara fisik, emosi maupun seksual. Meningkatnya perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh berbagai macam stresor. Faktor Predisposisi yaitu, pengalaman yang tidak menyenangkan, masalah perkawinan atau profesional, genetika, dan

warisan merupakan faktor risiko bagi individu yang mungkin merespons dengan kekerasan. Faktor presipitasi antara lain seperti putus obat, konsep diri yang buruk, genetika, dan lingkungan hidup yang tidak seimbang yang mungkin menyebabkan klien yang berisiko melakukan perilaku kekerasan kambuh (Rahmawati, 2023).

Upaya penatalaksanaan yang diberikan perawat pada klien dengan diagnosa gangguan jiwa dengan pemberian asuhan keperawatan melalui terapi farmakologis dan nonfarmakologis yang merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan. Terapi farmakologi yaitu berupa pengobatan antipsikotik dan terapi non farmakologi berupa pendekatan terapi modalitas. Dalam bidang keperawatan psikiatri, terapi modalitas mengacu pada terapi kombinasi di mana perawat menggunakan praktik tingkat lanjut untuk memberikan terapi kepada pasien dengan gangguan mental. Penatalaksanaan non farmakologi keprawatan jiwa dengan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan seperti, Latihan Fisik (latihan teknik tarik napas dalam dan memukul bantal atau kasur), informasi mengenai penggunaan dan minum obat secara teratur, teknik verbal dan spiritual, dan terapi aktivitas kelompok merupakan intervensi keperawatan yang dapat mengurangi kemungkinan terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan (Ariyanti, 2023).

Dalam penanganan masalah kesehatan jiwa, peran perawat sangat penting, terutama sebagai pendidik dan pemberi asuhan keperawatan bagi pasien, khususnya yang berisiko menunjukkan perilaku kekerasan. Untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan, salah satu tindakan yang dilakukan perawat adalah dengan menerapkan strategi pelaksanaan (SP) (Linda & Syafitri, 2023). Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat jiwa bertanggung jawab dalam menangani risiko kekerasan di rumah sakit dengan menerapkan standar asuhan yang mencakup strategi untuk mengelola perilaku kekerasan. Strategi ini meliputi pendekatan fisik, seperti teknik relaksasi dengan menarik napas dalam, penyaluran energi melalui aktivitas seperti memukul bantal kasur, minum obat, atau berbicara dengan orang lain, serta pendekatan spiritual (Jober & Mendrofa, 2023).

Berdasarkan konteks dan fenomena yang telah diuraikan sebelumnya, penulis tertarik untuk mendalami proses asuhan keperawatan yang lebih mendalam terhadap pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan, melalui studi kasus Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien yang mengalami masalah Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Oleh karena itu, asuhan keperawatan kesehatan mental memainkan peran penting dalam membantu pasien yang berisiko melakukan tindakan kekerasan untuk mengatur dan mengelola perilaku kekerasan mereka dengan lebih baik.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui asuhan keperawatan terhadap risiko perilaku kekerasan pada Tn. R di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, penulis membuat Rumusan masalah sebagai berikut: Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) pada Tn. R di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor?.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Diketahui Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis gambaran kasus pada klien Tn. R di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- b. Menganalisis asuhan keperawatan pada klien Tn. R di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- c. Menganalisis praktik pengelolaan terhadap kasus pada klien Tn. R di Ruang Antareja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Meningkatkan pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan Jiwa yang mempengaruhi Risiko perilaku kekerasan dalam hal ini mencakup unsur – unsur yang berdampak pada perilaku klien yaitu sosial, psikologis, dan lingkungan.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

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

Dipastikan dengan karya ilmiah ini dapat bermanfaat untuk klien agar klien lebih semangat mengikuti pengobatan sesuai dengan resep dokter secara konsisten.

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

Adapun kiranya penulisan ini diharapkan bermanfaat bagi Rumah Sakit, kiranya hasil Karya Ilmiah Akhir juga dapat digunakan untuk memperkuat program – program yang ada di Rumah Sakit terkait dengan Asuhan Keperawatan Jiwa dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan (RPK). Dari hasil karya ilmiah ini diharapkan perawat dapat membantu klien dengan mencegah terjadinya gangguan jiwa yang mendalam, mengembangkan pengetahuan bagi perawat di tempat kerja, dan dapat memberikan intervensi kepada perawat dalam melakukan kegiatan pengabdian masyarakat mengenai Kesehatan Mental.

#### **c. Bagi Peneliti selanjutnya**

Kepada penulis selanjutnya dapat bermanfaat untuk menambah keahlian dan pengetahuan dalam bidang penulisan kesehatan, khususnya yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Jiwa dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan (RPK).

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **A. Pengertian**

Risiko Perilaku Kekerasan yaitu dapat beresiko membahayakan secara fisik, emosi juga seksual pada diri sendiri ataupun orang lain. (SDKI. PPNI, 2017). Perilaku kekerasan dapat diartikan sebagai luapan amarah atau permusuhan yang berpotensi menimbulkan kerugian pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan baik melalui cara verbal maupun nonverbal. Seseorang juga dapat merespons pemicu stres dengan melakukan perilaku kekerasan (Wardana *et al*, 2020.) Risiko Perilaku Kekerasan adalah ketika seseorang tidak dapat mengatur atau mengelola amarahnya dengan cara yang sehat, maka ia berisiko melakukan tindakan kekerasan terhadap orang lain, dirinya sendiri, serta lingkungan (Kartika, 2018).

Perilaku kekerasan didefinisikan sebagai keadaan di mana seseorang kehilangan kendali atas perilakunya sendiri yang diarahkan pada dirinya sendiri, orang lain atau lingkungan (Sutejo, 2019). Risiko perilaku kekerasan mencakup potensi kerugian fisik, emosional, dan seksual terhadap orang yang melakukan perilaku tersebut serta orang lain. Kemarahan atau permusuhan yang tidak terkendali dapat mengakibatkan kerugian baik secara verbal maupun nonverbal, oleh karena itu, penting bagi masyarakat untuk mampu mengelola amarahnya dengan cara yang sehat agar terhindar dari risiko melakukan tindakan kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar.

## B. Tanda dan Gejala

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

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala

<b>Tanda dan Gejala Mayor</b>	<b>Tanda dan Gejala Minor</b>
<p>(Subjektif) :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Mengatakan benci/kesal dengan orang lain.</li><li>2) Mengatakan ingin memukul orang lain.</li><li>3) Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan.</li><li>4) Mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan</li></ol> <p>(Objektif) :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Melotot</li><li>2) Pandangan tajam</li><li>3) Tangan mengepal, rahang mengatup</li><li>4) Gelisah dan mondar – mandir</li><li>5) Tekanan darah meningkat</li><li>6) Nadi meningkat</li><li>7) Pernapasan meningkat</li><li>8) Mudah tersinggung</li><li>9) Nada suara tinggi dan bicara kasar</li><li>10) Mendominasi pembicaraan</li><li>11) Sarkasme</li><li>12) Merusak lingkungan</li><li>13) Memukul orang lain</li></ol>	<p>(Subjektif) :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Mengatakan tidak senang</li><li>2) Menyalahkan orang lain</li><li>3) Mengatakan diri berkuasa.</li><li>4) Merasa gagal mencapai tujuan</li><li>5) Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi</li><li>6) Suka mengejek dan mengkritik</li></ol> <p>(Objektif) :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Disorientasi</li><li>2) Wajah merah</li><li>3) Postur tubuh kaku</li><li>4) Sinis</li><li>5) Bermusuhan</li><li>6) Menarik diri</li></ol>

## C. Proses Terjadinya Masalah

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

### 1) Faktor Predisposisi

#### a) Teori Biologik

1. 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.
2. 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.
3. *Cycardian Rhytm* (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.
4. *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

1. 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
2. *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.
3. *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).

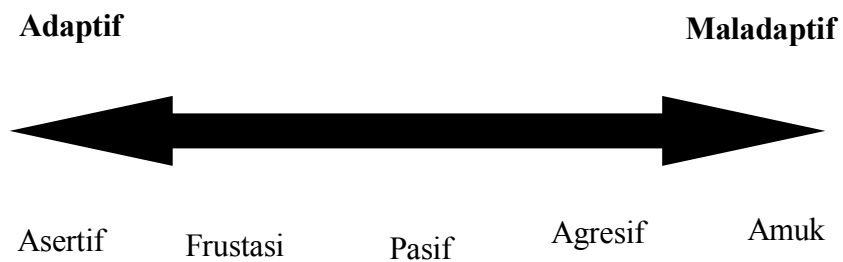
**2) Faktor Presipitasi**

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).

#### D. Rentang Respon

Marah yang dialami setiap individu memiliki rentang dimulai dari respon adaptif sampai maladaptif. Sekarang marilah kita bersama-sama mempelajarinya untuk mempermudah pemahaman Anda dibawah ini akan digambarkan rentang respon perilaku kekerasan.



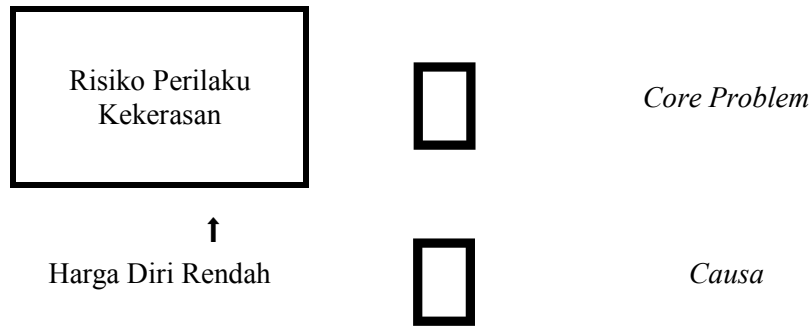
Gambar 2.1 Rentang Respon

Keterangan

- a) Asertif: Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- b) Frustrasi: Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/ terhambat
- c) Pasif: Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya
- d) Agresif: Perilaku destruktif tapi masih terkontrol
- e) Amuk: Perilaku destruktif dan tidak terkontrol (Risal *et al.*, 2022)

#### E. Pohon Masalah





Pohon Masalah (Indriya, 2022)  
 Bagan 2.1 Pohon Masalah

## 2.2 Asuhan Keperawatan Teori

### A. Pengkajian

- 1) Identitas Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.
- 2) Alasan masuk Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2016).
  - a) Faktor Predisposisi
    1. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
    2. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasing dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.
    3. Trauma. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
    4. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
    5. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

b) Fisik Pengkajian fisik

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
2. Ukur tinggi badan dan berat badan.
3. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)
4. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

c) Psikososial

1. Genogram Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupu keluarga pada saat pengkajian.
2. Konsep diri Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.
3. Identitas Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.
4. Harga diri Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.
5. Peran diri Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

6. Ideal diri Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.
- d) Hubungan sosial
1. Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara
  2. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
  3. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.
- e) Spiritual
1. Nilai dan keyakinan Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
  2. Kegiatan ibadah
  3. Biasaya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.
- f) Status mental
1. Penampilan ; Biasanya penampilan klien kotor.
  2. Pembicaraan ; Biasanya pada klien prilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat,keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.
  3. Aktivitas motorik ; Biasanya aktivitas motoric klien dengan prilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubahubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.
  4. Alam perasaan Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan
  5. Efek Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab.
  6. Interaksi selama wawancara Biasanya klien dengan risiko prilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

7. Persepsi Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.
  8. Isi Pikir Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.
  9. Tingkat kesadaran Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,
  10. Memori Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.
  11. Kemampuan penilaian Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.
  12. Daya fikir diri Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya
- g) Kebutuhan persiapan pulang
1. Makan Biasanya klien tidak mengalami perubahan
  2. BAB/BAK Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan.
  3. Mandi biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.
  4. Berpakaian biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki.
  5. Istirahat dan tidur Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

6. Penggunaan obat Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.
  7. Pemeliharaan kesehatan Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.
  8. Aktifitas didalam rumah Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.
- h) Mekanisme koping Biasanya klien menggunakan respon maldaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.
- i) Masalah psikologis dan lingkungan Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.
- j) Pengetahuan Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi Dari obat yang diminumnya (Sahputra, 2021).

## **B. Diagnosa**

Diagnosa keperawatan adalah evaluasi medis tentang bagaimana pasien bereaksi terhadap masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan saat ini dan yang akan datang. Mengenali bagaimana seseorang, keluarga, dan komunitas bereaksi terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesehatan adalah tujuan diagnosis keperawatan (PPNI, 2017). Perawat mampu mengidentifikasi permasalahan yaitu kemungkinan terjadinya perilaku agresif melalui data observasi dan wawancara. Kemarahan yang diucapkan secara tidak terkendali hingga menyakiti orang lain dan mungkin menyebabkan kerusakan lingkungan dianggap sebagai perilaku kekerasan (PPNI, 2017) (Indriya, 2022).

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

## Perilaku Kekerasan

### Subjektif :

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

### Objektif :

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

## Harga Diri Rendah

### Data Subjektif :

- a) Penilaian negatif terhadap dirinya sendiri
- b) Mengungkapkan perasaan bersalah atau malu
- c) Mengatakan tidak dapat melakukan apapun
- d) Mengatakan tidak dapat mengatasi masalah
- e) Mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki kelebihan atau hal positif
- f) Menolak penilaian positif yang dikatakan orang lain tentang dirinya
- g) Melebih-lebihkan penilaian negatif terhadap dirinya
- h) Mengatakan bahwa merasakan keputusasaan
- i) Mengatakan kesulitan tidur
- j) Mengatakan kesulitan konsentrasi

### Data Objektif

- a) Tampak menolak untuk mencoba hal baru

- b) Tampak menunduk
- c) Postur tubuh menunduk
- d) Saat berinteraksi kontak mata kurang
- e) Tampak tidak mersemangat atau lesu
- f) Berperilaku pasif
- g) Tampak mencari menguat secara berlebihan
- h) Tidak dapat berpendapat dan bergantung pada pendapat orang lain
- i) Berperilaku tidak asertif (PPNI, 2017).

### **C. 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 pendukung secara efektif bagi klien

##### Strategi Pelaksanaan Pasien

- a. SP 1 Pasien: Latihan cara mengendalikan emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam:
  - 1) Identifikasi penyebab, manifestasi klinis, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan.
  - 2) Bantu klien mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dengan baik dan benar
  - 3) 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:
  - 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan sehari sebelumnya.

- 2) Latihan mengendalikan emosi atau marah dengan cara memukul bantal dan bantu klien mempraktekan cara tersebut dengan baik dan benar.
  - 3) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien.
- c. SP 3 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal:
- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
  - 2) Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dan membantu klien untuk mempraktekkan cara tersebut dengan baik dan benar
  - 3) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien
- d. SP 4 Pasien: Latih cara mengendalikan emosi atau marah dengan cara spiritual:
- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya.
  - 2) Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan spiritual dan bantu klien mempraktekkan cara tersebut dengan baik dan benar
  - 3) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien
- e. SP 5 Pasien: Latih pasien cara mengontrol pasien dengan cara patuh minum obat:
- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
  - 2) Jelaskan mengendalikan emosi atau perilaku kekerasan dengan cara minum obat
  - 3) 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 baik dan benar
- 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

## Strategi Pelaksanaan Pasien

- a) SP 1: Identifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki klien dan latihan kemampuan positif yang sudah dipilih klien.
  - 1) Mengidentifikasi potensi positif yang dimiliki klien misalnya kemampuan yang dilakukan saat dirumah, dirumah sakit, dalam keluarga dan lingkungan sekitar klien
  - 2) Bantu klien dalam menilai kemampuan positif yang dapat dilakukan
  - 3) Bantu klien untuk menetapkan kemampuan positif yang akan dilatih
  - 4) Latih klien melakukan kemampuan positif yang telah dipilih klien dengan baik dan benar
  - 5) Berikan pujian secara nyata terhadap setiap potensi yang mampu dilakukan klien
  - 6) Anjurkan klien untuk mendokumentasikan atau menuliskan kegiatan yang telah dilakukan pada jadwal kegiatan harian klien
- a. SP 2: Melatih kemampuan positif kedua yang sudah ditentukan klien dengan baik dan benar
  - 1) Mengevaluasi jadwal harian klien
  - 2) Melatih kemampuan kedua klien dengan baik dan benar
  - 3) Mengajak klien untuk mendokumentasikan atau mencatat

kegiatan yang sudah dilakukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien.

#### **D. Implementasi**

Besar kecilnya intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien berkaitan dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki keadaan, edukasi pada klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah timbulnya masalah kesehatan di kemudian hari. Pengelolaan dan realisasi rencana keperawatan yang disiapkan pada tahap perencanaan disebut implementasi. Perawat harus memiliki kemampuan kognitif (intelektual), keterampilan hubungan interpersonal, dan kemampuan mengambil tindakan agar keperawatan berhasil dalam mengimplementasikan rencana keperawatan. Kebutuhan klien dan faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan harus menjadi fokus proses penerapannya (Martini *et al.*, 2020) (Adji, 2022).

#### **E. Evaluasi**

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

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

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

**A:** analisis ulang data subjektif dan objektif untuk mengetahui apakah

masalah masih berlanjut, ada masalah yang baru, atau ada kontradiksi dengan masalah yang ada. Selain itu juga dapat membandingkan hasil dengan tujuan.

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

### **2.3 Penelitian Terkait**

Pada tahun 2022, Rilarahmawati, Thalib Rusli, dan Abdullah dari makassar melakukan tinjauan untuk mengeksplorasi efektivitas Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) dalam mengontrol perilaku agresif pada pasien perilaku kekerasan. Tinjauan ini menggunakan pendekatan literature review dengan sumber data dari empat database terkemuka: Pubmed, Proquest, Garuda, dan Google Scholar, yang mengidentifikasi 26.083 artikel terkait. Studi ini melibatkan 13 responden pasien perilaku kekerasan, dan hasilnya menunjukkan bahwa sebelum menerima terapi REBT, sebagian besar pasien mengalami kesulitan dalam mengontrol perilaku agresif, tercermin dari tingginya rerata skor risiko perilaku agresif dalam aspek kognitif, afektif, sosial, dan fisiologis.

Namun, setelah menjalani terapi REBT, terjadi perubahan signifikan dimana sebagian besar pasien mampu mengontrol perilaku agresif mereka. Ini terlihat dari penurunan gejala risiko perilaku kekerasan yang dialami oleh

pasien. Studi ini mengonfirmasi bahwa REBT memiliki potensi sebagai pendekatan yang efektif dalam mengelola perilaku agresif pada pasien perilaku kekerasan, dengan implikasi penting untuk pengembangan lebih lanjut dalam praktik klinis dan penelitian dimasa depan.

Pada tahun 2020, Jek Amidos Pardede dari Medan melakukan sebuah penelitian dengan tujuan untuk menginvestigasi pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi terhadap perubahan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Penelitian ini menggunakan metode quasi eksperimental pre-post test. Populasi yang terlibat dalam penelitian ini mencakup 168 orang, dengan jumlah sampel sebanyak 17 orang yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Instrumen penelitian yang digunakan meliputi kuesioner dan lembar observasi untuk mengumpulkan data yang diperlukan.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perubahan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Hal ini dibuktikan dengan nilai P-value yang sangat rendah, yaitu 0,000, menunjukkan adanya perbedaan yang jelas antara kondisi sebelum dan setelah intervensi terapi. Penelitian ini memberikan kontribusi penting dalam konteks pengembangan terapi dan perawatan bagi pasien skizofrenia, dengan menyoroti efektivitas Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi sebagai pendekatan yang berpotensi untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan pada populasi yang rentan ini.

Pada tahun 2024, Finansius Dalu Payong dari Wilayah Kerja Puskesmas Kopeta melakukan penelitian untuk mengurangi gejala perilaku kekerasan melalui penanganan yang tepat. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Studi ini melibatkan responden berupa pasien gangguan jiwa yang mengalami risiko perilaku kekerasan (RPK). Selama intervensi, pasien hanya mampu melakukan latihan Stimulasi Persepsi (SP) 1, yaitu latihan tarik nafas dalam dan memukul bantal atau kasur. Namun, pada hari ke-2 dan ke-3, pasien menunjukkan resistensi terhadap melanjutkan SP berikutnya. Mereka menolak diajak berbicara oleh perawat, terlihat diam,

murung, kurang kontak mata, dan lebih memilih untuk mondar-mandir daripada berinteraksi.

Hasil ini mencerminkan tantangan dalam penanganan gejala perilaku kekerasan pada pasien dengan gangguan jiwa, di mana pendekatan terapi yang lebih sensitif dan adaptif mungkin diperlukan untuk merangsang partisipasi pasien dalam proses perawatan. Studi ini menyoroti kompleksitas dalam mengelola kondisi ini di lingkungan pelayanan kesehatan masyarakat.

Pada tahun 2023, Septina Wahyu Ariani dan Maharani Intan dari RSJD dr. Afif Zainudin Surakarta melakukan penelitian dengan tujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia yang mengalami masalah risiko perilaku kekerasan melalui terapi yoga pranayama. Terapi ini diberikan empat kali dalam dua minggu dengan menggunakan lembar observasi dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yoga pranayama. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Studi ini fokus pada satu pasien skizofrenia yang mengalami risiko perilaku kekerasan, di mana tanda dan gejala perilaku kekerasan diamati sebelum dan sesudah penerapan terapi yoga pranayama.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa terdapat penurunan yang signifikan dalam tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien tersebut. Sebelum terapi, pasien menunjukkan 4 gejala perilaku kekerasan, namun setelah terapi dilakukan, tidak ada lagi gejala yang teramati (menjadi 0 gejala). Penelitian ini memberikan bukti awal yang menjanjikan tentang potensi terapi yoga pranayama sebagai bagian dari asuhan keperawatan yang efektif untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Hal ini menyoroti pentingnya pendekatan holistik dalam perawatan gangguan jiwa yang melibatkan komponen fisik, psikologis, dan sosial.

Pada tahun 2023, Novia Mardina Ariyanti dari Rs Jiwa Prof Hb. Saanin Padang, melakukan penelitiann dengan Tujuan penelitian ini adalah untuk Menganalisa Gambaran Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada pasien di RSJ Tampan Provinsi Riau, Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif Pendekatan kuantitatif memusatkan perhatian pada tanda gejala yang mempunyai karakteristik

tertentu di dalam kehidupan manusia yang dinamakan sebagai variabel. Sampel penelitian ini adalah 16 orang pasien yang dipilih secara accidental sampling. Instrument penelitian ini dimodifikasi oleh peneliti sendiri. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Tanda dan gejala yang sering muncul pada orang dengan resiko perilaku kekerasan yaitu : mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak

## **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**

Pengkajian di lakukan pada tanggal 26 Maret 2024 dan dari hasil pengkajian didapatkan hasil, Klien Tn. R, berjenis kelamin laki – laki, usia 28 tahun, masuk pada tanggal 19 Maret 2024 dibawa oleh kedua orangtuanya. Pada tanggal 24 Maret klien dipindahkan ke Ruangan Antareja Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Pada tanggal 26 Maret 2024 penulis melakukan pengkajian sehingga mendapatkan hasil yakni keluhan utama klien di bawa ke Rumah Sakit Jiwa karena klien sering marah – marah, kesal pada adik dan ayahnya, pukul adiknya, melempar barang, emosi tidak terkontrol, bicara kasar dan sulit tidur. Klien sudah empat kali masuk keluar Rumah Sakit Jiwa karena pengobatan yang tidak patuh. Klien mengatakan telah melakukan kekerasan pada adiknya sekaligus menjadi korban aniaya fisik dikarenakan kenakalan yang dilakukan pada saat tinggal di yayasan. Klien memiliki riwayat penyakit epilepsi sejak SMK kelas 3. Klien pernah menggunakan NAPZA berupa Ganja dan alkohol. Klien tidak pernah memiliki riwayat trauma seperti aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Hanya klien yang mengalami gangguan jiwa dalam keluarga.

Pengkajian fisik klien, tekanan darah 120/62mmHg, Nadi 86x/menit, Pernapasan 20x/menit, Suhu Badan 36,2°C, klien mengatakan tidak ada keluhan secara fisik. Klien adalah anak ke empat dari lima bersaudara dan tinggal bersama dalam satu rumah dengan kedua orangtua dan adik perempuannya. Gambaran diri klien mengatakan menyukai seluruh bentuk tubuhnya terlebih khusus bagian mata dan alisnya. Klien merasa puas dengan identitas dirinya sebagai laki – laki, namun klien merasa belum berperan

dengan baik sebagai anak dalam keluarganya. Klien memiliki hubungan sosial yang baik dan memiliki beberapa teman namun tidak terlalu akrab dan kedua orangtuanya menjadi orang yang berarti dalam hidupnya. Klien memiliki keyakinan terhadap agama yang dianutnya yakni islam namun klien mengatakan kalau dirinya jarang beribadat. Status mental klien yang berpenampilan kurang rapi dan sesuai dan pembicaraan yang koheren, tegang, suara yang tidak terlalu jelas, tatapan tajam, gelisah saat berinteraksi, tampak labil tidak bisa mengendalikan emosi, mudah khawatir dan sedih saat berada di Rumah Sakit klien ingin cepat pulang ke rumahnya, kontak mata klien kurang, klien kooperatif saat berinteraksi, klien mengatakan pernah mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul seseorang. Klien mengatakan menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa dan tahu sekarang berada di Rumah Sakit Jiwa.

Mekanisme koping klien menyelesaikan masalah dengan cara marah – marah dan bertengkar hingga memukul saudari kandungnya, terkadang klien pergi minum alkohol. Klien pada saat menempuh pendidikan di SMK mengalami masalah karena klien sering menggunakan NAPZA berupa ganja dan sering minum minuman beralkohol serta bertengkar dengan teman temannya. Klien juga mengalami sakit epilepsi namun klien sekarang menyesal dengan perbuatan yang telah dilakukan saat itu. Pengetahuan klien mengenai jiwa dan koping masih kurang. Diagnosa medik klien Schizophrenia dengan terapi medik SP 1 – 4 tentang Risiko Perilaku Kekerasan (RPK), serta diberikan obat medis yaitu Risperidon 2mg, Depakote 250mg dan Clozapine 25mg.

### **3.2 Diagnosa**

Berdasarkan kasus diatas maka diagnosa yang ditemukan pada Tn. R yaitu Risiko perilaku kekerasan yang merupakan diagnosa utama pada kasus Tn. R, Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, dan Harga diri rendah.

Berdasarkan kasus yang disajikan, Tn. R telah didiagnosis dengan beberapa masalah kesehatan mental yang signifikan. Diagnosa utama adalah risiko perilaku kekerasan, yang menggambarkan potensi Tn. R untuk

melakukan tindakan agresif terhadap dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan sekitarnya. Hal ini dapat berasal dari riwayat atau gejala perilaku yang agresif atau destruktif yang perlu diatasi secara mendalam. Selain itu, Tn. R juga didiagnosis dengan risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Hal ini menunjukkan bahwa Tn. R memiliki tingkat risiko yang tinggi untuk menyebabkan cedera baik pada dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitarnya, terutama terkait dengan perilaku impulsif atau tidak terkendali. Diagnosis lain yang ditemukan adalah harga diri rendah, yang mengindikasikan bahwa Tn. R mungkin mengalami perasaan rendah diri atau kurangnya harga diri yang memadai. Kondisi ini bisa dipengaruhi oleh kondisi kesehatan mental yang mendasarinya, pengalaman trauma masa lalu, atau interaksi dengan lingkungan yang merendahkan harga diri.

### **3.3 Intervensi**

Diagnosa yang diambil merupakan diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) berhubungan dengan kerusakan kontrol impuls, penyalahgunaan NAPZA dibuktikan dengan tanda dan gejala mayor subjektif : klien mengatakan kesal karena kemauannya tidak dturuti, sering bertengkar dengan berkata kasar, marah – marah kepada bapaknya dan kepada adik kandungnya karena sering mengejeknya, klien tidak mampu mengontrol emosinya sehingga klien memukul adiknya, objektif : pandangan klien tajam dan sinis, klien tampak mengempal, gelisah, dan wajah klien tampak tegang.

Diharapkan setelah diberikan intervensi keperawatan Risiko perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil : klien dapat mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, spritual, sosial dan dengan terapi psikofarmaka serta tidak mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Intervensi yang telah direncanakan mencakup mengenali gejala dan konsekuensi serta latihan fisik seperti Tarik Napas Dalam dan Pukul Bantal (SP1), memberikan edukasi dan mendorong klien untuk konsisten dalam minum obat (SP2), melatih klien dalam mengungkapkan kemarahan dan ketidakpuasan secara verbal dengan cara yang tepat seperti menolak, meminta, dan menyampaikan perasaan dengan baik (SP3), serta membantu klien dalam mengontrol emosi melalui aspek spiritual (SP4).

### 3.4 Implementasi

Implementasi yang diberikan pada klien Tn. R berjalan selama 4 hari pada tanggal 26 – 30 Maret 2024. Pada tanggal 26 Maret 2024 penulis memberikan implementasi pertama yang diawali dengan membina hubungan saling percaya dengan klien Tn. R, mengenali tanda dan gejala klien dengan cara membantu klien mengungkapkan perasaan marahnya dan ditemukan hasil klien mengatakan sering marah – marah, kesal pada adik dan ayahnya, pukul adiknya, melempar barang, emosi tidak terkontrol, bicara kasar dan sulit tidur. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasannya (emosi/amarah) dengan latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dan ditemukan hasil klien sudah pernah dilatih sebelumnya namun tampak klien belum mampu memperagakan kembali cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dengan baik.

Pada tanggal 27 Maret 2024 penulis melanjutkan implementasi dihari yang kedua dimulai dengan membantu klien mengingat kembali apa yang telah diajarkan tentang latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dengan baik dan ditemukan hasil klien mengatakan sudah mampu mengingat kembali bagaimana cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dengan baik untuk mengontrol emosi/amarahnya, klien tampak memperagakan kembali cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dengan baik, klien tampak tegang, gelisah, datar, tatapan tajam.

Pada tanggal 28 Maret 2024 penulis melanjutkan implementasi dihari yang ketiga pada saat shift dinas pagi. Penulis menganjurkan klien cara mengontrol perilaku kekerasannya dengan patuh minum obat dan ditemukan hasil klien mengatakan saat di rumah sakit klien rutin minum obat yang diberikan petugas kesehatan di ruangan, Klien terlihat mentaati aturan minum obat, serta sudah mengenal jenis dan warna obat yang dikonsumsi. Pada tanggal 28 Maret 2024 penulis melanjutkan implementasi pada saat shift sore dan melakukan kontrak waktu kembali dengan klien Tn. R. Penulis melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan “Menolak dengan baik,

Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal" dan ditemukan hasil klien mengatakan akan mencoba melakukan cara tersebut, klien tampak masih belum mampu melakukan cara tersebut namun klien mengatakan akan berusaha untuk melatih dirinya, tampak klien gelisah, mudah tersinggung.

Pada tanggal 30 Maret 2024 penulis melanjutkan kembali implementasi yang diawali dengan mengevaluasi kembali klien dalam melatih mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara dengan melatih latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dan didapatkan hasil klien tampak sudah mampu melakukan dan mempraktekan latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal, setelah itu penulis melatih kembali cara mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan "Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal" dan ditemukan hasil Klien menyatakan bahwa ia sudah mampu meminta dengan sopan atau dengan baik tanpa harus marah – marah, klien tampak mempraktekan kepada temannya cara yang telah dilatih, tampak klien tersenyum. Kemudian penulis melatih klien mengendalikan perilaku kekerasannya secara spiritual lewat berdoa maupun beribadah dan didapatkan hasil klien mengatakan memiliki agama muslim, klien mengatakan pernah masuk pesantren dan taat mengikuti pengajian, klien mengatakan jarang mengikuti ibadah dilingkungannya, klien mengatakan saat masuk rumah sakit klien tidak pernah berdoa, tampak klien tersenyum, tampak kooperatif, tampak lesu dan kontak mata kurang.

### **3.5 Evaluasi**

Evaluasi dilakukan pada tanggal 26 Maret 2024 dengan diagnosa gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan dan diperoleh hasil yaitu data *Subjektif* (S) klien mengatakan sering marah – marah, kesal pada adik dan ayahnya, pukul adiknya, melempar barang, emosi tidak terkontrol, bicara kasar dan sulit tidur, klien mengatakan belum mampu melakukan latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal; data *Objektif* (O) klien tampak mampu membina hubungan saling percaya, klien tampak belum mampu melakukan cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal; *Assesment*(A) Resiko Perilaku Kekerasan SP1 Belum Teratasi; *Plan*(P) intervensi dilanjutkan dengan kontrak topik, waktu dan tempat untuk melatih klien mengontrol perilaku

kekerasan dengan latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal (SP1), membuat jadwal kegiatan harian klien.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 27 Maret 2024 dengan diagnosa gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan dan diperoleh hasil yaitu data *Subjektif* (S) klien mengatakan sudah mampu mengingat kembali bagaimana cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dengan baik untuk mengontrol emosi/amarahnya; data *Objektif* (O) klien tampak memperagakkan kembali cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dengan efektif, klien tampak tegang, gelisah, datar, tatapan tajam; *Assessment*(A) Resiko Perilaku Kekerasan SP1 Teratasi; *Plan*(P) intervensi dilanjutkan dengan kontrak topik, waktu dan tempat untuk melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan Patuh Minum Obat (SP2) dan melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan “Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal” (SP3), membuat jadwal kegiatan harian klien.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 28 Maret 2024 dengan diagnosa gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan Patuh Minum Obat (SP2) dan diperoleh hasil yaitu data *Subjektif* (S) klien mengatakan saat di rumah sakit klien rutin minum obat yang diberikan petugas kesehatan diruangan; data *Objektif* (O) klien tampak patuh minum obat, klien tampak sudah tau warna dan jenis obat yang diminum. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan “Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal” (SP3) data *Subjektif* (S) klien mengatakan akan mencoba melakukan cara tersebut; data *Objektif* (O) klien tampak masih belum mampu melakukan cara tersebut namun klien mengatakan akan berusaha untuk melatih dirinya, tampak klien gelisah, mudah tersinggung; *Assessment*(A) Resiko Perilaku Kekerasan SP2 Teratasi SP3 belum teratasi; *Plan*(P) intervensi dilanjutkan dengan kontrak topik, waktu dan tempat untuk melatih kembali mengemukakan perasaan marah secara lisan dengan cara menolak dengan sopan, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan kesal (SP3),

melatih klien mengendalikan perilaku kekerasannya secara spiritual (SP4), membuat jadwal kegiatan harian klien.

Evaluasi hari keempat pada tanggal 30 Maret 2024 dengan diagnosa gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan dan diperoleh hasil yaitu data *Subjektif* (S) klien mengatakan merasa senang berinteraksi dengan perawat, klien mengatakan merasa senang dan terbantu telah diajarkan banyak cara untuk mengontrol emosinya, klien mengatakan sudah bisa meminta dengan baik tanpa harus marah – marah, klien mengatakan memiliki agama muslim, klien mengatakan pernah masuk pesantren dan taat mengikuti pengajian, klien mengatakan jarang mengikuti ibadah dilingkungannya, klien mengatakan saat masuk rumah sakit klien tidak pernah berdoa,; data *Objektif* (O) klien tampak sudah mampu melakukan dan mempraktekan latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal, klien tampak mempraktekan kepada temannya cara yang telah dilatih, tampak klien tersenyum, tampak kooperatif, tampak lesu dan kontak mata kurang; *Assessment*(A) Resiko Perilaku Kekerasan SP1 hingga SP4 Teratasi; *Plan*(P) intervensi dilanjutkan klien saat mulai merasa emosinya muncul.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Analisis Dan Diskusi Hasil**

##### **4.1.1 Pengkajian**

Berdasarkan hasil pengkajian Tn. R yang didiagnosis dengan gangguan jiwa risiko perilaku kekerasan menunjukkan bahwa klien tersebut adalah seorang laki-laki berusia 28 tahun. Hal ini sesuai dengan temuan yang dilaporkan dalam studi oleh (Malihah & Mutianingsih, 2023), yang menemukan bahwa laki-laki cenderung lebih rentan terhadap stres dibandingkan perempuan karena tanggung jawab mereka sebagai penopang utama keluarga (Trishna & Muhdi, 2020).

Penelitian lainnya oleh (Ghozali & Pratiwi, 2021) juga menunjukkan bahwa skizofrenia umumnya terjadi pada usia dewasa, khususnya antara usia 18 hingga 35 tahun. Oleh karena itu, laki-laki pada usia dewasa rentan terhadap gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan karena berbagai faktor kompleks seperti tekanan ekonomi, tuntutan pekerjaan, dan gaya hidup yang tidak sehat. Studi (Malihah & Mutianingsih, 2023) juga mengindikasikan bahwa klien-klien yang mereka kaji, termasuk Klien 1 yang berusia 27 tahun dan Klien 2 yang berusia 35 tahun, berada dalam rentang usia dewasa awal. Usia dewasa awal sering kali menunjukkan perubahan dalam penampilan, minat, sikap, dan perilaku, yang dapat menimbulkan tantangan penyesuaian diri.

Dalam pengkajian pada kasus Tn. R mendapatkan hasil yakni pada faktor predisposisi klien Tn. R yaitu sudah empat kali masuk keluar Rumah Sakit Jiwa karena pengobatan yang tidak patuh, klien sering

marah – marah, karena keinginan yang tidak dituruti klien kesal dan klien sering bertengkar dengan adiknya sehingga membuat klien melakukan tindakan kekerasan dengan pukul adiknya, melempar barang, emosi tidak terkontrol, bicara kasar dan sulit tidur, klien juga saat menempuh pendidikan dibangku SMK klien pernah memiliki hal yang tidak menyenangkan karena klien pernah mengkonsumsi NAPZA berupa Ganja dan alkohol. Sejalan dengan penelitian (Lidiawati *et al.*, 2023) Faktor predisposisi: klien telah menjalani perawatan di rumah sakit jiwa sebanyak empat kali, tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, klien tidak konsisten dalam mengonsumsi obat, dan sering melakukan perilaku melempar atau merusak barang di rumah. Seiring dengan yang ditemukan (Afriansa, 2022) Tn. G adalah pasien yang kembali dirawat di RSKJ untuk mendapatkan terapi pengobatan. Klien dibawa ke rumah sakit karena menghentikan pengobatannya sendiri dan sering kali membawa pisau, menunjukkan perilaku marah-marah, serta membuat kekacauan dengan melemparkan batu di jalan. Tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga Tn. G.

Dalam penelitian (Ariani & Maharani, 2023) Pada faktor presipitasi yang dialami termasuk aspek biologis yang mendorong pasien masuk ke rumah sakit jiwa karena menolak minum obat dan tidak menjalani kontrol secara teratur. Sejalan dengan kasus pada klien Tn. R Faktor presipitasi klien didapatkan bahwa klien masuk kembali ke rumah sakit karena klien tidak mau minum obat lagi dan sering marah – marah karena keinginan yang tidak dituruti. Dalam konteks ini, peneliti menyimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara teori yang diterapkan dan kasus yang dianalisis dalam pengkajian.

#### **4.1.2 Diagnosa**

Dalam kasus Tn. R, terdapat diagnosa gangguan jiwa berupa risiko perilaku kekerasan, yang juga terkait dengan masalah harga diri rendah, yang diidentifikasi melalui pohon masalah yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan. Selain itu, terdapat diagnosa lain

seperti defisit perawatan diri dan gangguan persepsi sensori : halusinasi. Diagnosa keperawatan merupakan hasil interpretasi dari data pengkajian yang digunakan untuk menentukan langkah-langkah perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Berdasarkan analisis pohon masalah, diagnosa keperawatan utama adalah risiko perilaku kekerasan, sehingga diagnosa ini ditetapkan (Siambaton, 2023). Pada kasus Tn. R Diagnosa utama risiko perilaku kekerasan ditegakkan berdasarkan data subjektif, di mana klien melaporkan sering merasa marah karena tidak mendapatkan keinginannya terpenuhi, merasa kesal terhadap orang yang menggangukannya, serta sering terlibat dalam konflik dengan adiknya yang menyebabkan klien melakukan tindakan kekerasan seperti memukul dan melempar barang, menunjukkan ekspresi emosi yang tidak terkontrol, serta menggunakan bahasa kasar dan mengalami kesulitan tidur.

Data Objektif Klien Tn. R yaitu klien tampak tegang, gelisah, datar, tatapan tajam, mudah tersinggung. Dalam Data objektif menunjukkan bahwa klien memiliki pandangan tajam dan sinis, serta ekspresi wajah yang tegang, gelisah, dan terlihat mengempal sesuai dengan apa yang tertera di dalam buku (Keliat et al., 2019). Pada penelitian (Siambaton, 2023) mengambil tiga diagnosa yang berhubungan yaitu diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. D yaitu resiko perilaku kekerasan, halusinasi pendengaran, dan defisit perawatan. Dalam konteks ini, peneliti menarik kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan antara teori yang digunakan dan studi kasus yang dianalisis dalam pengkajian tersebut.

Adanya kesenjangan terkait pohon masalah antara teori (Siambaton, 2023) dengan Kasus pada klien Tn. R namun untuk prioritas diagnosa keperawatan yang diangkat tetap sama.

#### **4.1.3 Intervensi**

Pemberian Intervensi keperawatan pada klien Tn. R dengan diagnosa Risiko perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil :

klien dapat mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, spritual, sosial dan dengan terapi psikofarmaka serta tidak mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Intervensi yang direncanakan adalah kenali tanda, gejala, dan konsekuensi, latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul bantal (SP1), ajarkan dan anjurkan klien untuk patuh minum obat (SP2), latihan mengungkapkan rasa marah, kesal secara verbal : menolak, meminta dan mengungkapkan perasaan dengan baik (SP3), dan bantu klien mengendalikan amarah secara spirituan (SP4). Sejalan dalam penelitian (Siambaton, 2023) Intervensi keperawatan kepada Tn. D dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Pada diagnosa resiko perilaku kekerasan. Strategi pencetus pertama dengan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik pertama yaitu Tarik nafas dalam dilanjut dengan latihan fisik kedua yaitu pukul kasur bantal, dilanjut dengan strategi pencetus kedua dengan meminum obat secara teratur, setelahnya strategi pencetus ke tiga berkomunikasi dengan verbal: asertif/ berbicara dengan baik-baik dengan orang lain, dan yang terakhir startegi pencetus ke empat yaitu dengan cara beribadah sesuai dengan agama yang dianut.

#### **4.1.4 Implementasi**

Implementasi pada klien Tn. R berlangsung dari 26 hingga 30 Maret 2024. Pada awalnya, penulis membangun hubungan saling percaya dengan klien, mengidentifikasi tanda-tanda kemarahan dan perilaku kekerasan. Latihan fisik seperti tarik napas dalam dan pukul bantal belum sepenuhnya berhasil dilakukan dengan baik. Pada hari berikutnya, klien menunjukkan kemampuan untuk mengingat dan melaksanakan latihan fisik tersebut dengan baik setelah diingatkan. Klien juga patuh dalam minum obat dan belajar mengungkapkan kemarahan secara verbal dengan lebih baik pada hari selanjutnya. Pada evaluasi terakhir, klien telah memperbaiki kemampuan melaksanakan latihan fisik dan mengungkapkan kemarahan dengan lebih baik. Dia juga terlibat dalam aktivitas spiritual meskipun jarang

beribadah di lingkungannya. Ini menunjukkan kemajuan positif dalam pengendalian emosi dan keterlibatan spiritual, meskipun masih ada beberapa tantangan yang perlu diatasi.

Pada studi yang dilakukan oleh (Siambaton, 2023), setelah diberikan berbagai intervensi dari strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan dari strategi pertama hingga keempat, terlihat kemajuan pada klien pada tanggal 01 November 2022. Pada awalnya, klien belum berhasil mengendalikan risiko perilaku kekerasan menggunakan latihan fisik seperti tarik napas dalam dan pukulan kasur bantal. Namun, pada tanggal 02 November 2022, klien sudah berhasil mengelola risiko perilaku kekerasan dengan menggunakan latihan tersebut. Pada tanggal 03 November 2022, meskipun awalnya belum konsisten dalam minum obat, setelah intervensi, klien sudah mampu melakukannya dengan teratur. Pada tanggal 04 November 2022, meskipun awalnya belum bisa berkomunikasi secara asertif atau dengan cara yang baik-baik dengan orang lain, setelah intervensi, klien sudah dapat berkomunikasi dengan baik. Pada tanggal 05 November 2022, meskipun awalnya belum melaksanakan kegiatan spiritual atau ibadah sesuai agamanya, setelah intervensi, klien sudah bisa melaksanakan kegiatan spiritual sesuai dengan keyakinan agamanya.

#### **4.1.5 Evaluasi**

Menurut (Aji *et al.*, 2024), evaluasi merupakan proses yang terus-menerus untuk mengevaluasi efek dari tindakan keperawatan terhadap klien. Terdapat dua jenis evaluasi: evaluasi proses atau formatif, yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif, yang melibatkan perbandingan respons klien dengan tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan. Berdasarkan temuan dari (Lidiawati *et al.*, 2023) evaluasi yang diterapkan mengikuti prinsip SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Planning), yang meliputi Subjektif sebagai laporan dari pasien atau keluarganya mengenai perkembangan kesehatan, Objektif sebagai data yang diperoleh dari

hasil tindakan keperawatan terhadap masalah kesehatan pasien, Assessment sebagai proses evaluasi terhadap informasi yang terkumpul, dan Planning sebagai rencana tindak lanjut untuk meningkatkan kesehatan pasien.

Bersamaan dengan kondisi klien Tn. R, evaluasi asuhan keperawatan dilakukan dengan menggunakan metode SOAP data *Subjektif (S)*, data *objektif (O)*, *Assessment (A)*, *Plan(P)* yang diberikan kepada klien Tn. R yang mengalami perilaku kekerasan dilakukan dalam empat kali pertemuan, dan menunjukkan bahwa tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria evaluasi yang ditetapkan: klien berhasil mengendalikan perilaku kekerasan melalui latihan fisik seperti tarik napas dalam dan memukul kasur (SP1), menjaga konsistensi minum obat (SP2), mengelola risiko perilaku kekerasan melalui interaksi verbal (SP3), dan menggunakan pendekatan spiritual seperti berdoa (SP4). Setelah dilakukan implementasi selama empat kali pertemuan, klien terlihat mampu menerapkan strategi ini saat merasa marah, dan dapat menjelaskan manfaat dari keempat Strategi Pelaksanaan (SP) yang diberikan, serta menunjukkan keadaan yang lebih tenang.

Pasien menunjukkan kemajuan dalam mengimplementasikan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan yang diajarkan, termasuk meningkatkan kontrol emosi dan menggunakan teknik relaksasi. Pasien juga memahami pentingnya perubahan perilaku kekerasan dan secara aktif terlibat dalam sesi terapi dan aktivitas kelompok untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan analisa peneliti (Prashkah, 2020) hasil evaluasi dari penerapan tindakan keperawatan tergantung pada seberapa sering pasien mampu melakukan tindakan tersebut tanpa bantuan, sesuai dengan jadwal yang telah disepakati, sehingga hasil evaluasi akan mencerminkan upaya yang telah dilakukan oleh pasien.

#### **4.2 Keterbatasan Pelaksanaan**

Penulis menghadapi keterbatasan dalam pelaksanaan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN). Keterbatasan dalam akses ke literatur ilmiah, jurnal, atau data yang relevan untuk mendukung riset. Dalam proses menyusun KIAN tentunya membutuhkan waktu yang cukup panjang, namun karena terdapat beberapa kegiatan yang harus diselesaikan selama masa praktik di lapangan sebagai bagian dari Program Studi Profesi Ners, maka penulis harus mengalokasikan waktunya agar dapat menyelesaikan tugas – tugas yang harus diselesaikan tersebut. Pengelolaan data yang baik dan etis merupakan bagian integral dari penulisan, sehingga penulis mungkin membutuhkan waktu dan pengetahuan tambahan untuk mengatasi masalah ini.

Pada saat proses pemberian Asuhan Keperawatan pada klien penulis sedikit terhambat dalam pemberian implementasi karena klien memiliki kondisi kesehatan mental yang kurang. Hal ini dapat menunda proses pelaksanaan implementasi yang telah direncanakan dan memerlukan penyesuaian strategi perawatan yang lebih mendalam.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan implementasi Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. R dengan diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, penulis menyimpulkan bahwa :

1. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan penulis, Pada tanggal 26 Maret 2024, dilakukan pengkajian terhadap klien Tn. R, laki-laki berusia 28 tahun, yang masuk Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 19 Maret 2024 dibawa oleh kedua orangtuanya. Keluhan utama klien adalah sering marah-marah, kesal pada adik dan ayahnya, serta melakukan kekerasan fisik seperti memukul adiknya dan melempar barang. Klien juga mengalami emosi yang tidak terkontrol, bicara kasar, dan sulit tidur. Klien telah empat kali masuk dan keluar dari Rumah Sakit Jiwa karena ketidakpatuhan dalam pengobatan. Riwayat klien mencakup penggunaan NAPZA berupa Ganja dan alkohol, serta penyakit epilepsi sejak SMK kelas 3. Klien memiliki hubungan sosial yang baik dengan beberapa teman, namun tidak terlalu akrab. Klien memiliki keyakinan agama Islam, namun jarang beribadah. Status mental klien menunjukkan penampilan kurang rapi, pembicaraan tegang dan koheren, suara tidak terlalu jelas, tatapan tajam, gelisah, dan kesulitan mengendalikan emosi. Klien mengatakan pernah mendengar suara yang menyuruhnya untuk memukul seseorang. Mekanisme koping klien melibatkan kemarahan dan pertengkaran hingga kekerasan fisik terhadap saudari kandungnya,

ayahnya dan kadang-kadang dengan minum alkohol. Di masa SMK, klien sering menggunakan ganja dan alkohol serta sering bertengkar dengan teman – temannya.

2. Diagnosa keperawatan yang tampak berdasarkan kasus Tn. R yaitu Risiko Perilaku Kekerasan yang merupakan diagnosa utama pada kasus Tn. R. Adapun diagnosa keperawatan jiwa yang terkait pada kasus Tn. R yakni Harga Diri Rendah dan defisit perawatan diri.
3. Intervensi keperawatan yang telah direncanakan dan diselaraskan berdasarkan hasil yang diperoleh pada klien Tn. R dengan diagnosa utama Risiko Perilaku Kekerasan yakni akan diberikan latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul bantal (SP1), ajarkan dan anjurkan klien untuk patuh minum obat (SP2), latihan mengungkapkan rasa marah, kesal secara verbal : menolak, meminta dan mengungkapkan perasaan dengan baik (SP3), dan bantu klien mengendalikan amarah secara spirituan (SP4).
4. Implementasi yang diberikan berdasarkan intervensi SP1 sampai dengan SP4 yang telah direncanakan selama empat hari mulai pada tanggal 27 hingga 30 Maret 2024. Pada SP1 penulis mengajarkan latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul bantal yang dilakukan pada tanggal 27 – Maret 2024. SP2 mengajarkan dan menganjurkan klien untuk patuh minum obat yang dilakukan pada tanggal Maret 2024. SP3 mengajar klien untuk menyampaikan perasaan marah dan kekesalannya secara verbal dengan cara menolak, meminta, dan mengungkapkan perasaannya dengan cara yang sesuai dan efektif. SP4 membantu klien mengendalikan amarah secara spirituan.
5. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses pemberian Asuhan Keperawatan. Tahap evaluasi dimulai pada tanggal 27 hingga 30 Maret 2024 sehingga didapatkan hasil yaitu Risiko Perilaku Kekerasan dapat teratasi.

## **5.2 Saran**

1. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Diharapkan perawat dan tenaga kesehatan memiliki pemahaman yang mendalam serta sering mengupdate keterampilan dan pengetahuan

dalam keperawatan terutama bidang keperawatan jiwa. Berkolaborasi dengan tim perawatan terakait seperti dokter spesialis, psikiater, psikolog, terapis dan staff pelayanan kesehatan lainnya yang dapat memberikan pendekatan yang holistik terlebih pada kasus dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan (RPK).

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan Karya Ilmiah Akhir ini dapat meningkatkan mutu dari pelayanan Rumah Sakit dengan begitu kiranya rumah sakit juga dapat memfasilitasi para pasien dengan baik.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan Karya Akhir Ilmiah ini kiranya dapat dijadikan referensi bagi penulis selanjutnya serta dapat melanjutkan penulisan tentang faktor risiko perilaku kekerasan pada klien di rumah sakit jiwa, agar lebih akurat dan dapat berkembang.

### DAFTAR PUSTAKA

- Adji, N. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (Rpk) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur* [Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya]. [Http://Repository.Stikeshangtuah-Sby.Ac.Id/936/1/Nava Meisyah P.A\\_2130068\\_Kia Ners Kep Jiwa.Pdf](http://Repository.Stikeshangtuah-Sby.Ac.Id/936/1/Nava%20Meisyah%20P.A._2130068_Kia%20Ners%20Kep%20Jiwa.Pdf)
- Afriansa, E. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
- Aji, A. B., Makualaina, F. N., & Rainuny, Y. R. (2024). Penerapan Latihan Tarik Nafas Dalam Pada Tn . J Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Kronis Pria 1 Rumah Sakit Jiwa Daerah Abepura. *Journal Of International Multidisciplinary Research*, 2(1), 469–477.
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Ariani, W. S., & Maharani, I. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia: Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Intervensi Yoga Pranayama*.
- Ariyanti, N. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. F Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Pendekatan Terapi Spiritual Murottal Diruang Melati Rs Jiwa Prof Hb Saanin Padang Tahun2023*.
- Ghozali, P. G., & Pratiwi, Y. S. (2021). Gambaran Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Perilaku Kekerasan Pada Pasien Resiko

- Perilaku =Kekerasan. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan, 1*, 1875–1881. <https://doi.org/10.48144/prosiding.V1i.946>
- Indriya, V. (2022). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan* [Universitas Muhammadiyah Ponorogo]. [http://eprints.umpo.ac.id/11749/12/Kti\\_Full\\_Text.Pdf](http://eprints.umpo.ac.id/11749/12/Kti_Full_Text.Pdf)
- Kartika, D. (2018). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan. *Jom Fkp, Vol.5*(No.2), 777–786.
- Keliat, B., Hamid, A., Putri, Y., Daulima, N., Wardani, I., Susanti, H., Hargiana, G., & Panjaitan, R. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EgC: Jakarta
- Lidiawati, Y. S. I., Trisnawati, C., & Puspasari, F. D. (2023). Literature Review: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Teknik Komunikasi Terapeutik. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 377(7), 2986–6340. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8237467>
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.V3i1.478>
- Malihah, Y., & Mutianingsih. (2023). *Volume 09 No 01 Tahun 2023 Case Study Of Nursing Clients Schizophrenia Problems Risk Volume 08 No 02 2022 Berdasarkan Data World Health Organization. 09*(01), 1–7.
- Payong, F. D., Studi, P., Profesi, P., Kesehatan, F. I., Nusa, U., Indonesia, N., Herminsi, A. R., Studi, P., Profesi, P., Kesehatan, F. I., Nusa, U., & Indonesia, N. (2024). *Studi Kasus : Penerapan Strategi Pelaksanaan ( Sp ) I Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Kerja Puskesmas Kopeta Finansius Dalu Payong Adelheid Riswanti Herminsi Jiwa Pada Tahun 2021 Sebanyak 72 Orang Sedangkan Tahun 2022 Sebanyak 82 O. 2*(2).
- Permani, N., Apriliani, I., & Dewi, F. K. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Pada Pasien Gangguan Jiwa. *Journal Of Management Nursing*, 2(2), 191–195. <https://doi.org/10.53801/jmn.V2i2.81>

- Prashkah, R. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Gangguan Perilaku Kekerasan Di Ruang Upip Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang. *Tugas Akhir*.
- Rahmawati, R. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan Melalui Terapi Spiritual Wudhu*. Universitas Muhammadiyah Gombong.
- Risal, M., Hamu, A., Litaqia, W., Dewi, E., Sinthania, D., Zahra, Z., Fatah, V., Raharjo, R., Albyn, D., Islamarida, R., Martini, S., Pastari, M., Narulita, S., & Jayanti, D. (2022). *Ilmu Keperawatan Jiwa* (A. Munandar (Ed.)). Media Sains Indonesia. [https://Repository.Binawan.Ac.Id/2936/1/Buku Digital - Ilmu Keperawatan Jiwa %283%29.Pdf](https://Repository.Binawan.Ac.Id/2936/1/Buku%20Digital%20-%20Ilmu%20Keperawatan%20Jiwa%20-%202022.Pdf)
- Sahputra, A. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Nakula Rsud Banyumas. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1–36. <https://osf.io/J6ewu/download>
- Sarsilah, Agustina, M., & Herliana, I. (2024). *Hubungan Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia*. 2(2), 1261. <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v2i2.3096>
- Siambaton, J. C. (2023). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Sibual-Buali: Studi Kasus*. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/s4fuq>
- Wardana Et Al. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Relation Of Family Support To Client's Recurrence Rate With Risk Of Violent Behavior. *E-Journal.Poltekkesjogja.Ac.Id*, 9(1), 69–72. <https://doi.org/10.29238/caring.v9i1.592>
- Widowati, C. A. (2023). Definisi Gangguan Jiwa Dan Jenis-Jenisnya. *Kemenkes Ditjen Yankes*. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/2224/definisi-gangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisi-gangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya)
- Ppni Tp. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Sdki): Definisi Dan Indikator Diagnostik ((Cetakan Iii) 1 Ed.). Jakarta. Dpp Ppni
- Martini, S., Endriyani, S., Dwi, N., & Hadita, P. (2020). <https://stikes-nhm.ejournal.id/nu/index>. 92–98.

Untari, S. N. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan* (Doctoral Dissertation, Perpustakaan Universitas Kusuma Husada Surakarta).

## **LAMPIRAN**

**Lampiran 1: *Curriculum Vitae***

**CURRICULUM VITAE**



**I. IDENTITAS PENULIS**

Nama	: Indriany Maria Menajang
Tempat, Tanggal Lahir	: Bitung, 22 September 2001
Jenis Kelamin	: Perempuan
Suku/Bangsa	: Minahasa/Indonesia
Agama	: Katolik
Alamat	: Perumahan Pinokalan Indah F/26, Bitung., Sulawesi Utara
Fakultas/Program Studi	: Keperawatan/Profesi Ners
Nama Orang Tua	
Ayah	: Maksi Weliam Menajang
Ibu	: Yuliana Terok
Nama Saudara	

Kakak : Eryanto Mikael Menajang  
Adik : Elricho Joseph Menajang  
Motto : *Learn to rest, not to quit*  
E – Mail : [rmenajang22@gmail.com](mailto:rmenajang22@gmail.com)

## **II. RIWAYAT PENDIDIKAN**

Lulus dari TK Santa Anna 2 Bitung 2006

Lulus dari SD Katolik IV Don Bosco Bitung 2013

Lulus dari SMP Katolik Don Bosco Bitung 2016

Lulus dari SMA Katolik Don Bosco Bitung 2019

Perguruan Tinggi Universitas Katolik De La Salle Manado 2019 – 2023

## **III. RIWAYAT ORGANISASI**

1. Anggota Divisi Pengawasan Badan Perwakilan Mahasiswa 2020 – 2021
2. Koordinator Sekretariat Kpum Fakultas Keperawatan 2021
3. Sekretaris Pengabdian Masyarakat Gawat Darurat 2022
4. Anggota Divisi Entrepreneurship & Minat Bakat Badan Eksekutif Mahasiswa 2022 – 2023
5. Mentor Kegiatan Pemilihan Putra & Putri Fakultas Keperawatan
6. Koordinator Seksi Liturgi Orang Muda Katolik Sto. Thomas Aquino Pinokalan 2022 – 2025

## **IV. PELATIHAN**

1. *Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)*
2. *Indonesia Wound Enterostomal Continence Nurses Association (InWECNA) 2023*

## Lampiran 2: Pengkajian, Intervensi, Implementasi

### PENGAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang Rawat : Antareja  
Tanggal Masuk : 19 Maret 2024  
Tanggal Dirawat : 24 Maret 2024

#### I. IDENTITAS KLIEN

Nama Initial : Tn. R  
Tanggal Pengkajian : 26 Maret 2024  
Usia : 28 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki – Laki  
No. RM : 342387  
Informan : Klien

#### II. ALASAN MASUK

Klien mengatakan di bawa ke Rumah Sakit Jiwa karena klien sering marah – marah, keinginan harus dituruti, pukul adiknya, emosi tidak terkontrol, bicara kasar dan sulit tidur.

#### III. FAKTOR PREDISPOSISI

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

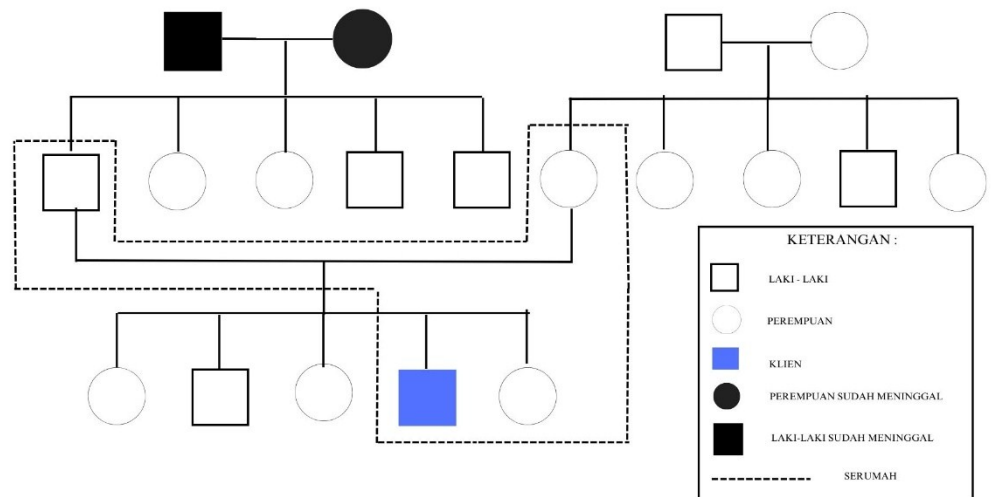
3. Aniaya Fisik : 25Tahun(Pelaku),  
19Tahun(Korban)  
Aniaya Seksual Penolakan : Tidak Pernah  
Kekerasan Dalam Keluarga : 25 Tahun (Pelaku)  
Tindakan Kriminal : Tidak Pernah
4. Adakah anggota keluarga yg mengalami gangguan jiwa: Tidak ada
5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:  
Klien mengatakan pernah menjadi korban aniaya fisik di usia 19 tahun dikarenakan kenakalan yang dibuat sendiri. Klien mengatakan pernah menjadi pelaku kekerasan dalam keluarga pada usia 25 Tahun yakni memukul adik kandungnya dan melempar barang didalam rumah. Klien memiliki riwayat epilepsi dan pernah menggunakan NAPZA berupa ganja dan alkohol.
6. Proses Pikir : Sirkumtansial. Klien tampak berbicara berbelit – belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
7. Isi Pikir : Obsesi. Kien mengatakan dirinya merasa ada pikiran orang lain di otaknya yang menjelek jelekannya secara berulang, namun klien berusaha menghilangkannya
8. Memori : klien mampu mengingat kejadian yang dilakukannya.
9. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung: klien tidak mampu berkonsentrasi.
10. Kemampuan Penilaian: klien dapat mengambil keputusan.
11. Daya Titik Diri : menyalahkan orang lain/ lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.

#### **IV. FISIK**

- a. Tanda Vital : TD: 120/62mmHg, N: 86x/menit, SB :36,2 °C, RR: 20x/menit.
- b. Keluhan Fisik: Tidak ada

#### **V. PSIKOSOSIAL**

## 12. Genogram



Jelaskan : klien merupakan anak keempat dari lima bersaudara, klien tinggal bersama ibu dan ayah serta adik perempuannya.

## 13. Konsep Diri

- Gambaran diri : Klien mengatakan ia sangat menyukai bagian tubuhnya yaitu mata dan alisnya.
- Identitas : klien mengatakan dirinya puas sebagai laki -laki.
- Peran diri : klien mengatakan tidak berperan baik sebagai anak dalam keluarganya
- Harga diri : klien mengatakan merasa dihargai oleh orangtuanya.

## 14. Hubungan Sosial

- Orang yang berarti: Klien mengatakan orang yang paling berarti adalah kedua orangtuanya
- Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : klien berperan baik dalam bersosialisasi, klien memiliki teman namun tidak terlalu akrab.
- Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : tidak ada hambatan.

## 15. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : klien beragama islam, klien memiliki keyakinan terhadap agamanya sendiri
- b. Kegiatan ibadah : klien mengatakan jarang beribadah

**VI. STATUS MENTAL**

- 1. Penampilan : klien tampak rapi dan berpakaian sesuai
- 2. Pembicaraan : Inkoheren. Klien tampak berbicara kadang tidak ada kaitannya dengan yang dibahas
- 3. Aktivitas Motorik : klien tampak tegang, dan menunjukkan sikap kegelisahan, mata tajam
- 4. Alam Perasaan : klien tampak sedih dan khawatir tentang apa yang terjadi pada dirinya
- 5. Afek : Labil. Klien tidak dapat mengendalikan emosinya yang cepat berubah – ubah
- 6. Interaksi Selama Wawancara : klien tampak kontak mata kurang, tatapan mata tajam
- 7. Persepsi : klien memiliki halusinasi pendengaran. Klien kadang mendengar suara bisikan aneh – aneh.

**VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG**

- 1. Makan : klien mampu secara mandiri makan dan minum
- 2. BAB/BAK : Klien tampak makan secara teratur dan BAB/BAK teratur dengan bantuan minimal
- 3. Mandi : klien tampak mandi secara mandiri
- 4. Berpakaian : klien tampak berpakaian secara mandiri
- 5. Istirahat/Tidur :
  - Lama Tidur Siang : 13.00 – 16.00
  - Lama Tidur Malam : 23.00 – 05.00
- 6. Penggunaan Obat :  $\sqrt{\text{Bantuan Minimal}}$                       Bantuan Total
- 7. Pemeliharaan Kesehatan:
- 8. Perawatan Lanjutan :  $\sqrt{\quad}$       Ya      Tidak
- 9. Perawatan Pendukung :  $\sqrt{\quad}$       Ya      Tidak

**VIII. MEKANISME KOPING**

<b>Adaptif</b>		<b>Maladaptif</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Bicara dengan orang lain	<input checked="" type="checkbox"/>	Minum Alkohol
<input type="checkbox"/>	Mampu menyelesaikan masalah	<input type="checkbox"/>	Reaksi lambat
<input checked="" type="checkbox"/>	Teknik Relaksasi	<input type="checkbox"/>	Bekerja
<input type="checkbox"/>	Aktivitas Konstruksi	<input type="checkbox"/>	Berlebihan
<input type="checkbox"/>	Olahraga	<input checked="" type="checkbox"/>	Menghindar
<input type="checkbox"/>	Lainnya:	<input checked="" type="checkbox"/>	Mencederai Diri
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Lainnya:

**IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

<input type="checkbox"/>	Masalah dengan dukungan kelompok, : TIDAK ADA MASALAH
<input checked="" type="checkbox"/>	Masalah berhubugnan dengan lingkungan, : tampak kesulitan bersosialisasi dan menyendiri
<input type="checkbox"/>	Masalah dengan Pendidikan, : TIDAK ADA MASALAH
<input checked="" type="checkbox"/>	Masalah dengan pekerjaan, spesifik: klien mengatakan telah mengundurkan diri dari pekerjaan
<input type="checkbox"/>	Masalah dengan perumahan, : TIDAK ADA MASALAH
<input type="checkbox"/>	Masalah ekonomi, : TIDAK ADA MASALAH
<input type="checkbox"/>	Masalah dengan pelayanan kesehatan, : TIDAK ADA MASALAH
<input type="checkbox"/>	Masalah lainnya, : TIDAK ADA MASALAH

**X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG**

<input checked="" type="checkbox"/>	Penyakit Jiwa	<input type="checkbox"/>	Sistem Pendukung
<input type="checkbox"/>	Faktor Presipitasi	<input type="checkbox"/>	Penyakit Fisik
<input type="checkbox"/>	Koping	<input checked="" type="checkbox"/>	Obat-Obatan
<input type="checkbox"/>	Lainnya:		

**XI. ASPEK MEDIK**

Diagnosa Medik : Schizophrenia

Terapi Medik : SP 1 – 4 tentang Resiko Perilaku Kekerasan,  
Risperidon 2mg, Depakote 250mg dan Clozapine 25mg

## XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

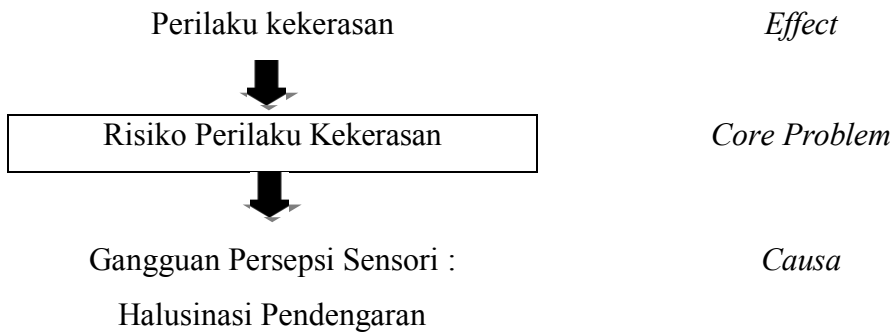
- a. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Harga diri rendah

### ANALISA DATA

DATA	MASALAH KEPERAWATAN
<p><b>DS :</b></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 adiknya</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak mata klien merah</li> <li>- Tampak klien tegang, khawatir</li> <li>- Kontak mata kurang</li> <li>- Tatapan mata tajam</li> </ul>	<p><b>RISIKO PERILAKU KEKERASAN</b></p>
<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan ia selalu mendengar suara bisikan aneh – aneh</li> <li>- Klien mengatakan terganggu</li> </ul>	<p><b>GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI PENDENGARAN</b></p>

<p>dengan suara bisikan</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak bingung</li> <li>- Sering melamun</li> </ul>	
---	--

### POHON MASALAH



### DIAGNOSAS KEPERAWATAN

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Pendengaran

### RENCANA KEPERAWATAN

HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Selasa. 26 Maret  2024	<p><b>Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</b></p> <p><b>DS :</b></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</li> </ul>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan SP1-SP4 klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dan tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.	SP1: <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> </ul>

	<p>mengamuk dan memukul adiknya</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak mata klien merah</li> <li>- Tampak klien tegang, khawatir</li> <li>- Kontak mata kurang</li> </ul> <p>Tatapan mata tajam</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Latih tarik nafas dalam</li> <li>- Buat jadwal kegiatan harian klien.</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> <li>- Buat jadwal kegiatan harian klien.</li> </ul> <p>SP3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi SP 1 &amp; 2</li> <li>- Latih control emosi dengan mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan “Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal.</li> <li>- Buat jadwal kegiatan harian klien.</li> </ul> <p>SP4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi SP1, SP2, SP3</li> </ul>
--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Latih klien mengendalikan perilaku kekerasannya secara spiritual</li><li>- Buat jadwal kegiatan harian klien.</li></ul>
--	--	--	---

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Tn. R

Ruangan : Antareja

WAKTU	DIAGNOSA/TUK/SP	IMPLEMENTASI	EVALUASI
<p>Selasa. 26 Maret 2024</p>	<p><b>DX:</b> Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>TUK:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Klien dapat mengenal tanda dan gejala, penyebab perilaku kekerasan</li> <li>3. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol> <p><b>SP1/H1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kenali tanda dan gejala, penyebab perilaku kekerasan</li> <li>2. BHSP</li> <li>3. Latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul bantal</li> </ol>	<p><b>SP1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali tanda dan gejala, penyebab perilaku kekerasan</li> <li>2. Membangun BHSP</li> <li>3. mengajarkan latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul bantal</li> </ol>	<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 sering diejek adiknya dan keinginannya tidak dituruti</li> <li>- Klien mengatakan mengerti dan mampu mempraktekkan Latihan tarik nafas dalam dan Pukul bantal.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu membina</li> </ul>

			<p>hubungan saling percaya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak senang</li> <li>- Klien tampak kooperatif</li> <li>- Klien tampak tegang</li> <li>- Tampak tatapan klien tajam</li> <li>- kontak mata kurang</li> <li>- Klien mampu mengatakan penyebab marahnya</li> <li>- Klien mampu melakukan latihan tarik napas dalam dan Pukul bantal.</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p><b>RISIKO PERILAKU KEKERASAN BELUM TERATASI</b></p> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>(Perawat):</i> Kontrak waktu, tempat dan topik untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>dengan latihan pukul Kasur/bantal, Latihan Kembali Tarik Napas dalam dan Pukul bantal, membuat jadwal kegiatan harian klien</p> <p>- (Klien): Anjurkan klien untuk melakukan latihan TND dan Pukul bantal saat emosi atau marah muncul</p>
Rabu. 27 Maret 2024	<p><b>DX:</b> Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>TUK:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan</li> <li>3.</li> </ol> <p><b>SP1/H2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BHSP</li> <li>2. Latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul Bantal</li> <li>3. Bantu klien mengingat kembali apa yang telah</li> </ol>	<p><b>SP1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun BHSP</li> <li>2. Mengajarkan kembali cara mengontrol perilaku kekerasan, latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul bantal</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <p>- Klien mengatakan sudah mampu mengingat kembali bagaimana cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal dengan baik untuk mengontrol emosi/amarahnya</p> <p><b>O :</b></p> <p>- Klien tampak memperagakan kembali cara latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul</p>

	<p>diajarkan tentang latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal</p>		<p>bantal dengan efektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak tegang, gelisah, datar, tatapan tajam;</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p><b>RISIKO PERILAKU KEKERASAN TERATASI</b></p> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (<i>Perawat</i>) : kontrak topik, waktu dan tempat untuk melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan Patuh Minum Obat (SP2) dan melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan "Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal" (SP3), membuat jadwal kegiatan harian klien.</li> </ul>
--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Klien) : Anjurkan klien untuk melakukan latihan TND dan Pukul bantal saat emosi atau marah muncul serta memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien</li> </ul>
Kamis. 28 Maret 2024	<p><b>DX:</b> Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>TUK:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol> <p><b>SP2 &amp; SP3 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BHSP</li> <li>2. Kontrol perilaku kekerasannya dengan patuh minum obat (SP2).</li> <li>3. Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan "Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal" (SP3)</li> </ol>	<p><b>SP1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun BHSP</li> <li>2. Mengevaluasi kembali cara mengontrol perilaku kekerasan, latihan fisik : Tarik Napas Dalam dan Pukul bantal</li> <li>3. Mengontrol perilaku kekerasannya dengan patuh minum obat (SP2).</li> <li>4. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan "Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan saat di rumah sakit klien rutin minum obat yang diberikan petugas kesehatan diruangan</li> <li>- klien mengatakan akan mencoba melakukan SP3 yang telah diajarkan.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak patuh minum obat,</li> <li>- klien tampak sudah tau warna dan jenis obat yang diminum.</li> <li>- Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal dengan</li> </ul>

		<p>rasa kesal" (SP3)</p>	<p>“Menolak dengan baik, Meminta dengan baik dan Mengungkapkan rasa kesal" (SP3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak masih belum mampu melakukan cara tersebut namun klien mengatakan akan berusaha untuk melatih dirinya</li> <li>- tampak klien gelisah</li> <li>- mudah tersinggung</li> <li>- kooperatif</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p><b>RESIKO PERILAKU KEKERASAN SP2 TERATASI / SP3 BELUM TERATASI</b></p> <p><b>P :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (<i>Perawat</i>) : kontrak topik, waktu dan tempat untuk melatih kembali mengemukakan perasaan marah secara lisan dengan cara menolak dengan sopan,</li> </ul>
--	--	--------------------------	---

			<p>meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan kesal (SP3), melatih klien mengendalikan perilaku kekerasannya secara spiritual (SP4), membuat jadwal kegiatan harian klien.</p> <p>- (Klien) : Anjurkan klien untuk melakukan latihan yang telah diajarkan, serta memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien</p>
<p>Sabtu. 30 Maret 2024</p>	<p><b>DX:</b> Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p><b>TUK:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan</li> </ol> <p><b>SP2 &amp; SP3 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BHSP</li> </ol>	<p><b>SP1 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun BHSP</li> <li>2. Mengevaluasi kembali cara mengontrol perilaku kekerasan dengan strategi pelaksanaan yang telah diajarkan.</li> <li>3. Melatih klien mengendalikan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan merasa senang berinteraksi dengan perawat</li> <li>- klien mengatakan merasa senang dan terbantu telah diajarkan banyak cara untuk mengontrol</li> </ul>

	<p>2. Evaluasi kembali klien dalam mengontrol perilaku kekerasannya dengan strategi pelaksanaan yang telah diajarkan.</p> <p>3. Kontrol perilaku kekerasannya dengan berdoa atau beribadah (SP4).</p>	<p>perilaku kekerasannya secara spiritual lewat berdoa maupun beribadah</p>	<p>emosinya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sudah bisa meminta dengan baik tanpa harus marah – marah</li> <li>- klien mengatakan memiliki agama muslim</li> <li>- klien mengatakan pernah masuk pesantren dan taat mengikuti pengajian</li> <li>- klien mengatakan jarang mengikuti ibadah dilingkungannya</li> <li>- klien mengatakan saat masuk rumah sakit klien tidak pernah berdoa.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak sudah mampu melakukan dan mempraktekan latihan fisik : tarik napas dalam dan pukul bantal</li> <li>- klien tampak mempraktekan kepada temannya cara yang telah</li> </ul>
--	---	---	---

			<p>dilatih (SP3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tampak klien tersenyum</li> <li>- tampak kooperatif, tampak lesu</li> <li>- kontak mata kurang</li> </ul> <p><b>A :</b></p> <p><b>RESIKO PERILAKU KEKERASAN SP1 HINGGA SP4 TERATASI</b></p> <p><b>P :</b></p> <p>Intevensi dilanjutkan klien saat mulai merasa emosinya muncul.</p>
--	--	--	---

