

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN *SKIZOFRENIA*
DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG NUSA INDAH
RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

DHIMAS BACHTIAR DWINANDA

NIM : P17240223045



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN SKIZOFRENIA
DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG NUSA INDAH**

RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Program Studi Keperawatan
Trenggalek Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

DHIMAS BACHTIAR DWINANDA

NIM : P17240223045



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TRENGGALEK

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Dhimas Bachtiar Dwinanda
TTL : Trenggalek, 23 Desember 2003
Alamat : RT.07 RW.01 Ds. Karangturi
Kec. Munjungan Kab. Trenggalek



Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

- 1) SDN 1 Karangturi (2010 - 2016)
- 2) SMPN 1 Munjungan (2016 - 2019)
- 3) SMAN 1 Munjungan (2019 - 2022)
- 4) Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus
Kab. Trenggalek

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dhimas Bachtiar Dwinanda

NIM : P17240223045

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Trenggalek, 29 April 2025

Mengetahui,

Pembimbing



Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.
NIP.919830225201901201

Yang membuat pernyataan



Dhimas Bachtiar Dwinanda
NIM. P17240223045

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Dhimas Bachtiar Dwinanda (P17240223045) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 29 April 2025

Pembimbing,



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep.
NIP.919830225201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Dhimas Bachtiar Dwinanda (P17240223045) dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 07 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005

Anggota Penguji



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197608102002122001

MOTTO

“Terlambat bukan berarti gagal, cepat bukan berarti hebat. Terlambat bukan menjadi alasan untuk menyerah, setiap orang memiliki prosesnya masing-masing”

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim.....

Alhamdulillah sujud syukur ku persembahkan kepada-Mu Ya Allah. Maha Suci

Engkau yang telah memberikan hamba kekuatan untuk bertahan dan terus berjuang menggapai cita-cita, masa depan demi orang-orang tercinta. Tidak terasa tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu. Semoga keberhasilan tugas akhir ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku. Shalawat dan salam selalu ku limpahkan kepada Baginda Rasulullah Muhammad SAW.

Dengan ini karya sederhana ini ku persembahkan untuk.....

Untuk Ayah dan Ibuku

Ku ucapkan terima kasih, apa yang aku dapatkan saat ini tidak mampu membayar semua yang telah kalian berikan untukku. Terima kasih untuk doa yang telah senantiasa selalu engkau panjatkan untukku. Terima kasih, semoga semua perjuanganmu dapat terbayarkan melalui anak-anakmu dan semoga ini menjadi langkah awalku untuk membahagiakan kedua orang tuaku serta langkah menuju masa depanku yang cerah, sukses, dan lebih baik.

Untuk Bapak/Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan D3 Kampus Kab.

Trenggalek

Saya ucapkan terima kasih, yang selama ini telah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan harganya, agar kelak saya dapat menjadi manusia

yang lebih baik dan bermanfaat. Terima kasih atas ilmu yang telah kalian berikan, semoga ilmu yang saya dapatkan dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana.

Aamiin.....

Untuk Sahabat-Sahabatku

Teruntuk teman-temanku Putri, Safira, Mifrokhah, Ajeng. Terima kasih sudah membantu dan mendukungku semoga kalian sehat dan sukses kedepannya, tak lupa terima kasih kepada teman-teman seangkatanku semangat dan sehat selalu

aamin....

Untuk T

Untuk seseorang yang belum bisa kutuliskan dengan jelas namanya disini. Terimakasih telah menjadi bagian hidup dari penulis. Berkontribusi banyak dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Baik tenanga maupun waktu kepada penulis. Telah mendukung, mendengarkan keluh kesah, dan memberikan semangat untuk pantang menyerah.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek” tepat pada waktu yang telah ditentukan. Proposal Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini penulis susun sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep. Ns. M.Kep, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek, yang telah memberikan pengarahan, saran, kesempatan dan fasilitas untuk melaksanakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, perhatian, pengarahan serta saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini mulai dari awal sampai akhir.
5. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
6. Seluruh teman-teman yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat penulis harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi peneliti khususnya dan masyarakat pada umumnya.

Trenggalek, 26 Januari 2025

Dhimas Bachtiar Dwinanda

ABSTRAK

Dhimas Bachtiar Dwinanda (2025). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Program Studi DIII Keperawatan Kabupaten Trenggalek. Pembimbing: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang mempengaruhi kognisi, emosi, persepsi, cara berfikir, dan perilaku penderitanya. Gangguan ini menyebabkan penderitanya mengalami halusinasi, delusi atau waham, kekacauan berfikir, dan terjadi perubahan perilaku. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan dan menganalisis kesenjangan antara teori dan fakta pada klien *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan yang digunakan pada penelitian ini adalah klien dengan resiko perilaku kekerasan yang di rawat di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode pengumpulan data menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul yaitu resiko perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta yaitu pada faktor predisposisi, status mental, kebutuhan persiapan pulang dan diagnosa keperawatan. Pada evaluasi keperawatan didapatkan hasil bahwa klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasannya. Intervensi disusun sesuai dengan teori. Implementasi keperawatan dilakukan selama 7 hari dengan kesimpulan 5 strategi pelaksanaan tercapai. Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan bahwa saat memberikan asuhan keperawatan perlu dilakukan pendekatan secara terus menerus dan membina hubungan saling percaya, sering menstimulus klien dalam melatih cara-cara mengontrol perilaku kekerasan sebagai upaya perawatan klien *Skizofrenia* dengan Risiko Perilaku Kekerasan dan mencegah kekambuhan sebisa mungkin.

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

ABSTRACT

Dhimas Bachtiar Dwinanda (2025). *Mental Nursing Care In Schizophrenia Clients With Risk of Violent Behavior in Nusa Indah Room dr. Soedomo hospital Trenggalek*. Scientific Case Study Paper, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang, Diploma III Nursing Study Program, Trenggalek Regency. Advisor: Ns.Tunik, S.Kep., M.Kep.

Schizophrenia is a chronic mental disorder that affects cognition, emotion, perception, thinking, and behavior. This disorder causes the sufferer to experience hallucinations, delusions or delusions, chaos of thinking, and changes in behavior. The purpose of this study was to perform nursing care and analyze the gap between theory and fact in schizophrenic clients at risk of violent behavior. This research uses a qualitative descriptive method with a case study approach. The participants used in this study were clients with the risk of violent behavior who were treated in the Nusa Indah room at Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Data collection methods using interview techniques, observation, physical examination, and documentation studies. The results showed that the nursing diagnosis that emerged was the risk of violent behavior. Based on the results of the study found a gap between theory and fact, namely on predisposing factors, mental status, preparation needs for discharge and nursing diagnoses. In the nursing evaluation, it was found that the client understood how to control his violent behavior. Interventions are arranged in accordance with the theory. Nursing implementation was carried out for 7 days with the conclusion that 5 implementation strategies were achieved. Based on the results of the study, it is concluded that when providing nursing care it is necessary to approach continuously and foster a trusting relationship, often stimulating clients.

Keywords: Nursing Care, Schizophrenia, Risk of Violent Behavior

DAFTAR ISI

COVER	i
CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
<i>ABSTRACT</i>	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR SINGKATAN.....	xix
DAFTAR ISTILAH	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8

2.1	Konsep Skizofrenia	8
2.1.1	Definisi.....	8
2.1.2	Etiologi.....	8
2.1.3	Klasifikasi.....	11
2.1.4	Manifestasi Klinis.....	12
2.1.5	Patofisiologi.....	15
2.1.6	Penatalaksanaan.....	15
2.2	Konsep Perilaku Kekerasan	19
2.2.1.	Definisi.....	19
2.2.2.	Etiologi.....	19
2.2.3.	Rentang Respon.....	22
2.2.4.	Manifestasi Klinis.....	22
2.2.5.	Pohon Masalah	25
2.2.6.	Mekanisme Koping	25
2.2.7.	Penatalaksanaan.....	26
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	28
2.3.1.	Pengkajian Keperawatan	28
2.3.2.	Diagnosa Keperawatan	43
2.3.3.	Rencana Tindakan Keperawatan	44
2.3.4.	Tindakan Keperawatan	51
2.3.5.	Implementasi Keperawatan	56
2.3.6.	Evaluasi Keperawatan	57
BAB 3	METODE PENELITIAN.....	58
3.1	Desain atau Rancangan Penelitian	58
3.2	Batasan Istilah	58
3.3	Partisipan.....	59
3.4	Lokasi dan Waktu.....	60

3.4.1	Lokasi Penelitian	60
3.4.2	Waktu Pelaksanaan.....	60
3.5	Pengumpulan Data	60
3.5.1	Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data	60
3.5.2	Prosedur Pengumpulan Data	61
3.6	Uji Keabsahan Data.....	62
3.7	Analisa Data	64
3.8	Etika Penelitian	64
BAB 4	HASIL DAN PEMBAHASAN	66
4.1	Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	66
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian.....	66
4.1.2	Pengkajian.....	67
4.1.3	Analisa Data... ..	83
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	85
4.1.5	Intervensi.....	86
4.1.6	Implementasi dan Evaluasi.....	90
4.1.7	Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan Jiwa.....	94
4.2	Pembahasan dan Hasil Analisis.....	104
BAB 5	KESIMPULAN SARAN.....	111
5.1	Kesimpulan.....	111
5.2	Saran.....	113
DAFTAR PUSTAKA.....		115

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon	22
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	25
Gambar 4. 1 Genogram.....	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah	118
Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing	119
Lampiran 3 Lembar Konsultasi Penguji	122
Lampiran 4 Lembar Persetujuan (Informed Consent)	124
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	125
Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Akademik	126
Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit.....	127
Lampiran 8 Format Pengkajian.....	128

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Strategi Pelaksanaan.....	51
Tabel 4. 1 Identitas Klien	67
Tabel 4. 2 Faktor Presipitasi	68
Tabel 4. 3 Faktor Predisposisi	68
Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik	71
Tabel 4. 5 Masalah Psikososial dan Lingkungan	81
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Laboratorium	82
Tabel 4. 7 Analisa Data	83
Tabel 4. 8 Diagnosa Keperawatan	85
Tabel 4. 9 Intervensi.....	86
Tabel 4. 10 Implementasi dan Evaluasi	90
Tabel 4. 11 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan Jiwa	94

DAFTAR SINGKATAN

A	: Assesment
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
DO	: Data Obyektif
DS	: Data Subyektif
ECT	: Electro Convulsive Therapy
GABA	: Gamma-Aminobutyric Acid
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
O	: Obyektif
P	: Planning
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan Dan Diagnosis Gangguan Jiwa Di indonesia
PPS	: Perubahan Persepsi Sensori
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
S	: Subyektif
TEK	: Terapi Elektrokonvulsif
TUK	: Tujuan Khusus
TUM	: Tujuan Umum
WHO	: World Health Organization

DAFTAR ISTILAH

Adaptif	: Adaptif bermakna erat dengan semangat dan kemampuan berinovasi, kreatif, serta proaktif menghadapi perubahan.
Afek	: Nada perasaan emosional atau kehidupan seseorang.
<i>Agresif</i>	: Tingkah laku yang diarahkan dengan tujuan menyakiti makhluk hidup lain.
Asertif	: Kemampuan untuk menyampaikan apa yang diinginkan, dirasakan, dan dipikirkan kepada orang lain namun dengan tetap menjaga dan menghargai hak-hak serta perasaan pihak lain tanpa bermaksud menyerang orang lain.
<i>Blocking</i>	: Pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.
<i>Confirmability</i>	: Kepastian.
<i>Credibility</i>	: Kepercayaan.
Denial	: Mekanisme pertahanan yang tidak menyenangkan pada pikiran, perasaan, keinginan atau kejadian diabaikan atau dikecualikan dari kesadaran sadar. Sublimasi : Pengalihan energi negatif ke dalam aktivitas yang lebih positif.
Delusi	: Kondisi dimana penderita tidak dapat membedakan hal nyata atau tidak.

<i>Dependability</i>	: Ketergantungan.
Depresi	: Gangguan suasana hati yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam dan rasa tidak peduli.
<i>Distress</i>	: Stres yang bersifat negatif, seseorang merasa kesulitan dalam melakukan suatu hal yang akhirnya berdampak pada kesehatan mentalnya.
Eksentrik	: Aneh/tidak wajar.
Halusinasi	: Gangguan persepsi yang membuat seseorang mendengar, merasa, mencium, atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada.
Head to toe	: Pemeriksaan ujung kepala sampai ujung kaki.
<i>Informed consent</i>	: Lembar persetujuan menjadi partisipan.
Kognisi	: Proses mental yang terjadi mengenai sesuatu yang didapatkan dari kegiatan berpikir tentang seseorang atau sesuatu.
Komprehensif	: Menyatakan keadaan dimana sesuatu dapat menjelaskan keterangan secara lengkap dan luas serta memberikan wawasan yang lebih.
Kooperatif	: Sikap kerjasama antar individu maupun kelompok yang bersedia membantu apapun.
Limbik	: Merupakan sistem utama yang mengatur fungsi otak, membantu mengatur emosi, memori (ingatan), dan perilaku seseorang.
Lobus Temporal	: Berperan dalam hal mengelola memori dan pendengaran, serta menangkap dan menginterpretasi emosi orang lain.

Maladaptif	: Merupakan kebalikan dari adaptif, dimana seseorang tidak mampu mengikuti perkembangan atau perubahan.
Prevalensi	: Jumlah keseluruhan kasus penyakit yang terjadi pada waktu tertentu.
Sedasi	: Penggunaan obat anestesi untuk menghasilkan penurunan tingkat kesadaran, sehingga menimbulkan rasa mengantuk dan menghilangkan rasa cemas tanpa kehilangan komunikasi lisan.
Sindrom	: Kumpulan dari beberapa tanda dan gejala klinis yang sering berhubungan dan muncul bersamaan, serta diasosiasikan dengan penyakit atau gangguan kesehatan tertentu.
<i>Skizofrenia</i>	: Gangguan yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berpikir, merasakan, dan berperilaku dengan baik.
Stressor	: Faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stres.
Stupor	: Penurunan kesadaran yang menyebabkan seseorang sama sekali tidak dapat merespons percakapan.
<i>Transferability</i>	: Keteralihan.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera dikaitkan dengan kebahagiaan, kegembiraan, kepuasan, pencapaian, optimisme, atau harapan (Stuart, 2016). Berdasarkan UU RI No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, Kesehatan jiwa adalah keadaan dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan dapat memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Ipkindonesia, 2017). Hampir semua orang mengalami masa kehidupan yang semakin lama semakin berat dan membuat stress, yang dapat mengakibatkan seseorang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berhubungan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terdapat dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan Masyarakat (Yusuf, PK Fitryasari, & Hayati, 2015). Dalam gangguan jiwa terdapat salah satu gangguan jiwa yaitu *skizofrenia*. *Skizofrenia* adalah gangguan mental kronis yang menyebabkan penderitanya mengalami delusi, halusinasi, pikiran kacau, dan perubahan perilaku serta menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Salah satu manifestasi *skizofrenia* adalah munculnya risiko perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan

adalah suatu respon marah yang dikspresikan dengan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar (Pardede, 2020). Di Indonesia banyak keluarga yang belum mampu memberikan perawatan secara optimal pada anggota keluarga yang menderita *skizofrenia*, keluarga sering merasa kewalahan serta merasa terbebani merawat pasien dengan gangguan jiwa berat yang memiliki resiko perilaku kekerasan (Wuryaningsih, Hamid, & Helena, 2013). Beban yang dirasakan oleh keluarga berupa beban finansial dalam perawatan, beban psikologis dalam menghadapi perilaku penderita serta beban sosial terutama dalam menghadapi stigma dari masyarakat tentang anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Halfida, 2017). Ketidaksiapan keluarga dalam menghadapi masalah ini memberikan respon yang tidak efektif pada penderita gangguan jiwa. Keluarga sering kali bersikap enggan untuk membawanya pulang dari rumah sakit, sehingga jika diharuskan pulang maka keluarga sering memperlakukan tidak baik dan tidak mendukung perawatannya di rumah (Nancye, 2015). Akibatnya sering kali penderita *skizofrenia* disembunyikan, dikucilkan, bahkan pada beberapa daerah di Indonesia pasien *skizofrenia* dipasung (Sefrina, 2016).

Menurut *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2020 menyatakan bahwa, secara global di perkirakan 379 juta orang terkena gangguan jiwa, 20 juta diantaranya menderita *skizofrenia*. Lalu pada tahun 2021 prevalensi yang menderita *skizofrenia* sebesar 24 juta orang. Menurut Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 di Indonesia terdapat penderita *skizofrenia* mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak

1,7 per 1.000 penduduk. Disebutkan bahwa estimasi angka gangguan jiwa berat di Jawa Timur mencapai 0,19% dari 39.872.395 penduduk Jawa Timur (Silviyana, Kusumajaya, & Fitri, 2024). Menurut penelitian (Ningrum, 2023) yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek pada tahun 2020 terdapat 1.557 *skizofrenia*, dimana diantaranya 1.254 kasus memiliki riwayat perilaku kekerasan. Data register pasien RSUD dr. Soedomo Trenggalek menuliskan bahwa pada tahun 2024 ada sebanyak 421 pasien yang dirawat di Ruang Nusa Indah, dan 118 diantaranya menderita resiko perilaku kekerasan (Data Registrasi Pasien Nusa Indah, 2024).

Penyebab resiko perilaku kekerasan terdiri dari faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) seperti anggota keluarga yang sering memperlihatkan perilaku kekerasan, keinginan yang tidak dicapai dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) seperti kehilangan orang yang dicintai, khawatir terhadap penyakit (Nurhalimah, 2016). Penderita *skizofrenia* beresiko perilaku kekerasan akan memiliki tanda dan gejala muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar suara tinggi, menjerit dan berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda atau orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku (Amimi, Malfasari, Febrina, & Maulinda, 2020). Akibat dari perilaku kekerasan dapat melukai atau menciderai diri sendiri atau orang lain, bahkan bisa menyebabkan kematian yang dilakukan oleh perilakunya dan sebagai suatu kondisi yang dapat terjadi

karena perasaan marah, cemas, tegang, bersalah, frustrasi dan permusuhan (Videbeck, 2008).

Penatalaksanaan pada klien *skizofrenia* dapat diatasi dengan cara memberikan terapi farmakologi dan terapi non-farmakologi. Terapi pada klien *skizofrenia* secara farmakologi adalah terapi yang dilakukan oleh dokter yang berkolaborasi dengan petugas apoteker dengan cara memberikan obat psikotik seperti fenotiazin, klorpromazin, flufenazin. Dan terapi non-farmakologi adalah terapi yang dilakukan untuk melatih klien, salah satunya terapi aktifitas kelompok. Perawat diharapkan dapat melakukan perawatan pada klien secara komprehensif, tidak hanya kolaborasi dengan pemberian psikofarmaka dan secara fisik saja, namun penting juga untuk mengajarkan latihan mengontrol perilaku klien. Selain itu, pasien juga membutuhkan perhatian dari lingkungan sekitarnya untuk menunjang keberhasilan pengobatan. Berdasarkan uraian latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Skizofrenia* Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah pada Proposal Karya Tulis Ilmiah ini pada asuhan keperawatan yang diberikan untuk klien dengan diagnosa *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan yang sudah kooperatif, kesadaran penuh dan bisa memberikan informasi yang diperlukan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut:

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien di Ruang Nusa Indah dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
2. Merumuskan Diagnosa keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
3. Mengidentifikasi rencana tindakan keperawatan yang tepat pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
4. Melaksanakan tindakan Keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

5. Mengevaluasi tindakan Keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
6. Menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori dari hasil asuhan keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan sebagai sumber data atau referensi bagi peneliti maupun institusi Politeknik Kesehatan Malang Kampus V Trenggalek, dan sebagai masukan dalam peningkatan pengetahuan peserta didik dalam hal keperawatan jiwa pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

2) Bagi lahan penelitian atau tenaga kesehatan

Sebagai sumber informasi dan pertimbangan bagi lahan penelitian atau tenaga kesehatan untuk strategi dan usaha peningkatan mutu pelayanan kesehatan jiwa khususnya dalam pemenuhan kebutuhan asuhan keperawatan pada klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

3) Bagi responden atau keluarga

Untuk memberikan gambaran pasien yang lebih jelas kepada klien atau keluarga klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

4) Bagi peneliti

Sebagai pengalaman belajar dalam proses penelitian dan sebagai pengembangan serta penerapan ilmu terkait dengan asuhan keperawatan *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu dan bagian dari gangguan psikologis yang ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Skizofrenia adalah terpecahnya dan terpisahnya antara kognisi, afektif, dan tingkah laku, sehingga terdapat ketidaksesuaian antara pemikiran dan emosi atau antara persepsi seseorang tentang realitas dan apa yang benar-benar terjadi (Sovitriana, 2019).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Mashudi, 2021) *skizofrenia* dapat disebabkan oleh 2 faktor:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

1) Faktor Genetik

Faktor genetik adalah faktor utama penyebab dari *skizofrenia*. Anak yang memiliki satu orang tua biologis yang menderita *skizofrenia* tetapi diadopsi pada saat lahir oleh keluarga tanpa riwayat *skizofrenia* masih memiliki resiko genetik dari orang tua biologis mereka. Hal ini dibuktikan dengan penelitian bahwa anak yang memiliki satu orang tua penderita *skizofrenia* beresiko sebesar 15% ,

angka ini meningkat sampai 35% jika kedua orang tua biologis menderita *skizofrenia*.

2) Faktor Neuroanatomi

Penelitian menunjukkan bahwa individu penderita *skizofrenia* memiliki jaringan otak yang relatif lebih sedikit. Otak pada penderita *skizofrenia* terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

3) Neurokimia

Penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem neurotransmitters otak pada individu penderita *skizofrenia*. Pada otak penderita *skizofrenia*, sinyal-sinyal yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju.

b. Faktor Psikologis

Skizofrenia terjadi karena kegagalan dalam menyelesaikan perkembangan awal psikososial. *Skizofrenia* yang parah terlihat pada ketidakmampuan mengatasi masalah yang ada. Gangguan identitas, ketidakmampuan untuk mengatasi masalah pencitraan, ketidakmampuan untuk mengontrol diri sendiri juga merupakan kunci dari teori ini.

c. Faktor Sosiokultural dan Lingkungan

Faktor sosiokultural dan lingkungan menunjukkan bahwa jumlah individu dari sosial ekonomi kelas rendah mengalami gejala *skizofrenia* lebih besar dibandingkan dengan individu dari sosial ekonomi yang lebih tinggi. Kejadian ini berhubungan dengan kemiskinan, akomodasi perumahan padat, nutrisi tidak memadai, tidak ada perawatan prenatal, sumber daya untuk menghadapi stress dan perasaan putus asa.

2. Faktor Presipitasi

a. Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan respons neurobiologis maladaptif meliputi: gangguan dalam komunikasi dan putaran umpan balik otak yang mengatur mengatur proses balik informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi stimulus.

b. Lingkungan

Ambang toleransi terhadap stress yang ditentukan secara biologis berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan pikiran.

c. Pemicu Gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan episode baru suatu penyakit. Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis maladaptif yang

berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu.

2.1.3 Klasifikasi

a. *Skizofrenia* Paranoid

Pasien *skizofrenia* paranoid biasanya sering terjadi pada usia sesudah umur 30 tahun. *Skizofrenia* tipe ini ditandai dengan preokupasi terhadap satu atau lebih waham atau halusinasi auditorik yang sering. Ciri-ciri pasien *skizofrenia* paranoid biasanya tegang, mudah curiga, berjaga-jaga, dan terkadang bersifat agresif, namun terkadang mereka dapat mengendalikan diri secara adekuat pada situasi sosial.

b. *Skizofrenia* Hebefrenik/Terdisorganisasi

Diagnosis *skizofrenia* hebefrenik ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda, kurang dari 25 tahun. Pasien hebefrenik biasanya ditandai dengan perilaku yang khas, seperti regresi, primitif, afek tidak sesuai dengan karakteristik umumnya, wajah dungu, tertawa aneh, menangis dan menarik diri.

c. *Skizofrenia* Katatonik

Skizofrenia katatonik ditandai oleh gangguan psikomotor yang menonjol yang merupakan gambaran essensial dan dominan yang dimanifestasikan seperti ketegangan otot, negativisme, dan stupor atau gaduh. Pasien katatonik terkadang menunjukkan perubahan yang sangat signifikan antara eksitasi dan stupor ekstrem.

d. *Skizofrenia* Tak-Terinci

Skizofrenia tak-terinci mempunyai halusinasi, waham serta gejala psikosis aktif yang menonjol, tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, katatonik, hebefrenik, residual serta depresi pasca *skizofrenia*.

e. Depresi pasca-*skizofrenia*

Pasien dengan kondisi depresi pasca-*skizofrenia* akan menunjukkan gejala depresi yang lebih menonjol dan mengganggu. Gejala gangguan depresi pasca-psikotik pada *skizofrenia* dapat sangat menyerupai gejala *skizofrenia* fase residual.

f. *Skizofrenia* Residual

Skizofrenia tipe residual di tandai dengan gangguan *Skizofrenia* tanpa serangkaian gejala aktif. Ciri-ciri yang sering tampak pada tipe ini adalah Emosi menumpul, penarikan sosial, perilaku eksentrik, pemikiran tidak logis.

g. *Skizofrenia* Simpleks

Skizofrenia simpleks sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada tipe ini adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, menarik diri, waham serta halusinasi yang jarang terjadi.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Nurfarida, 2021) gejala *skizofrenia* dibagi berdasarkan klasifikasi:

a. *Skizofrenia Paranoid*

1. Waham dan halusinasi audiotori
2. Respon emosional maladaptive
3. Regresi kemampuan mental
4. Tegang
5. Mudah curiga
6. Terkadang bersikap agresif
7. Dapat mengendalikan diri secara adekuat

b. *Skizofrenia Hebrefrenik*

1. Regresi kacau
2. Sikap nonkonstruktif dan tak bertujuan
3. Gangguan pikir
4. Kontak dengan realitas buruk
5. Perilaku berantakan
6. Respon emosional yang tidak sesuai
7. Tertawa tanpa alasan yang jelas

c. *Skizofrenia Katatonik*

1. Gangguan fungsi motorik (stupor, rigiditas, negativisme, eksitasi, atau berpostur)
2. Beresiko menyakiti diri sendiri atau orang lain
3. Manerisme (perbuatan yang dilakukan berulang dan bersifat aneh)

d. *Skizofrenia* Tak-Terinci

Pada penderita ditemukan gejala psikotik yang menonjol, tetapi tidak dapat digolongkan pada tipe paranoid, hebefrenik, katatonik, depresi pasca-*skizofrenia*, dan residual.

e. Depresi pasca-*Skizofrenia*

1. Gejala skizofrenia masih ada meski tidak dominan
2. Gejala sangat menyerupai skizofrenia residual dan efek dari pengobatan antipsikotik yang biasa digunakan.

f. *Skizofrenia* Residual

1. Perlambatan psikomotor
2. Aktivitas menurun
3. Afek menumpul
4. Pasif
5. Gangguan komunikasi verbal yang buruk.

g. *Skizofrenia* Simpleks

1. Hilangnya hasrat dan ambisi secara perlahan dan bertahap
2. Penarikan diri dari situasi social
3. Penurunan fungsi okupasional dan akademik
4. Muncul secara berkala gejala negative seperti afek mendatar, agolia, dan avolition
5. Hubungan interpersonal yang buruk
6. Gangguan mood
7. Gangguan ansietas

8. Demensia, atau retardasi mental dan bukan disebabkan efek fisiologi langsung suatu zat atau kondisi medis umum.

2.1.5 Patofisiologi

Stress, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain memberikan rasa lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku *agresif*, menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang di tunjukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Yosep & Sutini, 2014). Perilaku yang submisif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, pada suatu saat dapat menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Dermawan & Rusdi, 2013).

2.1.6 Penatalaksanaan

1. Terapi Farmakologi

Obat antipsikotik mencakup dua kelas utama:

a. Antagonis Reseptor Dopamin

Penggunaan antagonis reseptor dopamin dianggap efektif dalam menangani skizofrenia, terutama terhadap gejala positif (contohnya waham). Antagonis reseptor dopamin bekerja dengan menghambat reseptor D2 dalam jalur dopamin sehingga aktivitas dopamin yang berlebihan dapat ditekan dan dikurangi. Contoh merk obat antagonis reseptor dopamin yaitu fenotiazin, klorpromazin, flufenazin, perfenazin, thioridazin, trifluoperazin, butirofenonhaloperidol dan loksapin. Namun obat ini dikaitkan dengan efek samping yang mengganggu dan serius, seperti akatisia dan gejala lir-parkinsonian berupa rigiditas dan tremor. Efek potensial yang serius dapat berupa diskinesia tarda dan sindrom neuropatik maligna.

b. Antagonis Serotonin-Dopamin (SDA)

Antagonis serotonin-dopamin bekerja sekaligus dalam menghambat hiperaktivitas pada dopamin dan serotonin sehingga obat ini tampak efektif menangani pasien skizofrenia dalam kisaran yang lebih luas daripada antagonis reseptor dopamin. Obat ini juga menimbulkan efek neurologis dan endokrinologis yang lebih sedikit serta lebih efektif dalam menangani gejala negatif skizofrenia, contohnya penarikan diri. Beberapa SDA yang telah disetujui penggunaannya yaitu

klozapin, risperidon, olanzapin (Zyprexa), sertindol, kueriapin, dan ziprasidon.

2. Terapi Non-Farmakologi

a. Pelatihan Keterampilan Sosial

Terapi ini secara langsung dapat mendukung dan berguna untuk pasien bersama dengan terapi farmakologis. Pelatihan keterampilan diarahkan ke perilaku ini melalui bermain drama dalam terapi, dan tugas pekerjaan rumah untuk dipraktikkan.

b. Terapi Berorientasi Keluarga

Terapi ini ditujukan untuk menghindari situasi yang berpotensi menyusahkan seperti adaptasi *skizofren* kembali melakukan kegiatan sehari-hari. Dalam niatnya membantu, anggota keluarga kerap kali mendorong kerabatnya yang merupakan *skizofren* untuk kembali ke aktivitas reguler terlalu cepat, baik akibat ketidaktahanan akan gangguan maupun penyangkalan akan keparahan. Peran terapis adalah membantu keluarga dan pasien untuk memahami dan mempelajari *skizofrenia*, serta menganjurkan diskusi mengenai episode psikotik. Gejala psikotik seringkali menakutkan bagi anggota keluarga, sehingga perawat perlu menganjurkan keluarga untuk membicarakannya secara terbuka pada psikiater serta kerabat yang menderita *skizofrenia*.

c. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi kelompok untuk orang dengan *skizofrenia* umumnya berfokus pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok dapat berorientasi perilaku, psikodinamis atau berorientasi tilikan, atau suportif. Terapi kelompok efektif dalam mengurangi isolasi sosial, meningkatkan rasa keterikatan, serta memperbaiki kemampuan uji realitas untuk pasien *skizofrenia* (Sadock & Sadock, 2010).

d. Terapi Elektrokonvulsif (TEK)

Terapi Elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Electroconvulsive therapy (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk *skizofrenia* tetapi terapi ini telah menjadi pokok perdebatan dan keprihatinan masyarakat karena beberapa alasan. Menurut Fink dan Sackeim (1996) antusiasme awal terdapat ECT semakin memudar karena metode ini kemudian diketahui tidak menguntungkan bagi sebagian besar penderita *skizofrenia* meskipun penggunaan terapi ini masih dilakukan hingga saat ini. Sebelum prosedur ECT yang lebih manusiawi dikembangkan, ECT merupakan pengalaman yang sangat menakutkan klien. pasien seringkali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta sering kali menderita kerancuan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu.

Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Maramis, 2005).

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1. Definisi

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Keliat & Akemat, 2010). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Fitria, 2010).

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu tindakan yang beresiko membahayakan secara fisik, emosi atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2017).

2.2.2. Etiologi

Faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan (Fitria, 2010) :

A. Faktor Predisposisi

1. Teori Biologik

Berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut.

- a. Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik sangat terlibat

dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

- b. Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dalam Townsend (1996) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epinefrin, norepinefrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepinefrin beserta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.
 - c. Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XYY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara pelaku tindak kriminal (narapidana).
 - d. Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi (epilepsi lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.
2. Teori Psikoanalitik,
- a. teori Psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang

rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

- b. Teori Pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologik.

3. Teori Sosiokultural

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecendrungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

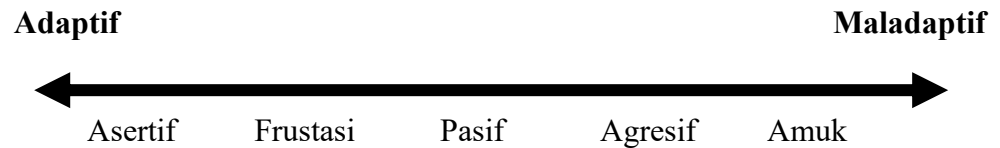
B. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi faktor internal dan eksternal.

- 1. Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilang kontrol, dan lain-lain.

2. Eksternal adalah penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis, dan lain-lain.

2.2.3. Rentang Respon



Gambar 2. 1 Rentang Respon

(Yusuf, PK Fitryasari, & Hayati, 2015)

Keterangan:

1. Asertif :Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
2. Frustrasi :Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat
3. Pasif :Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan
4. Agresif :Perilaku destruktif tapi masih terkontrol
5. Amuk :Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

2.2.4. Manifestasi Klinis

Menurut (Fitria, 2010) tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut:

1. Fisik
 - a. Muka Merah dan tegang
 - b. Mata melotot atau pandangan tajam
 - c. Tangan mengepal
 - d. Rahang mengatup

- e. Postur tubuh kaku
- f. Jalan mondar-mandir

2. Verbal

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

3. Perilaku

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

4. Emosi

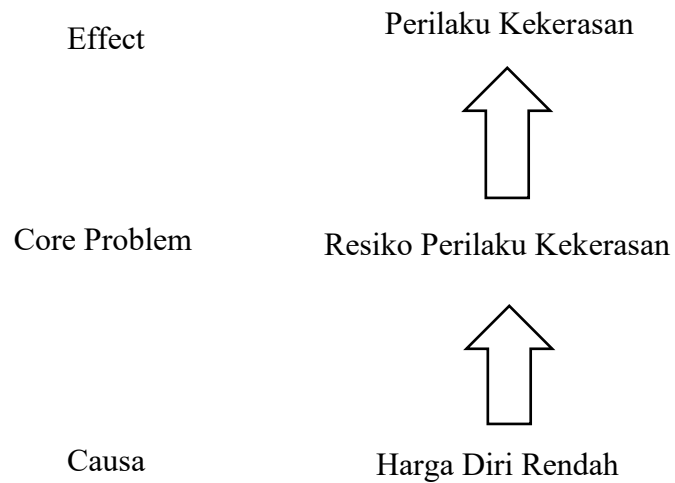
- a. Tidak adekuat
- b. Tidak aman dan nyaman
- c. Rasa terganggu, dendam dan jengkel
- d. Tidak berdaya
- e. Bermusuhan
- f. Mengamuk, ingin berkelahi
- g. Menyalahkan atau menuntut

5. Intelektual

- a. Mendominasi

- b. Cerewet
 - c. Kasar
 - d. Berdebat
 - e. Meremehkan
 - f. Sarkasme
6. Spiritual
- a. Merasa diri berkuasa
 - b. Merasa diri benar
 - c. Mengkritik pendapat orang lain
 - d. Menyinggung perasaan orang lain
 - e. Tidak peduli dan kasar.
7. Perhatian
- a. Bolos
 - b. Mencuri
 - c. melarikan diri
 - d. penyimpangan seksual

2.2.5. Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

2.2.6. Mekanisme Koping

Menurut (Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati, & Lestari, 2009) ada beberapa mekanisme koping yang digunakan pada klien marah untuk melindungi diri, yaitu:

1. Denial

Mekanisme pertahanan ini cenderung meningkatkan marah seseorang karena sering digunakan untuk mempertahankan harga diri akibat ketidakmampuannya.

2. Sublimasi

Sublimasi adalah dengan mengalihkan rasa marah pada aktifitas lainnya.

3. Proyeksi

Proyeksi cenderung meningkatkan ekspresi marah karena individu berusaha mengekspresikan marahnya terhadap orang atau benda tanpa dihalangi.

4. Formasi

Formasi adalah perilaku pasif-agresif karena perasaannya tidak dikeluarkan akibat ketidakmampuannya mengekspresikan kemarahannya atau memodifikasi perilakunya.

5. Represi

Represi merupakan mekanisme pertahanan yang dapat menimbulkan permusuhan yang tidak disadari sehingga individu bersifat eksploitatif, manipulative, dan ekspresi lainnya yang mudah berubah.

2.2.7. Penatalaksanaan

Menurut (Yosep & Sutini, 2014) sebagai berikut:

1. Psikofarmakologi

Anti-anxiety dan *Sedative-Hipnotics*. Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi akut. benzodiazepines seperti Lorazepam dan Clonazepam, sering digunakan dalam keadaan darurat psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk simptom depresi. Selanjutnya, pada beberapa klien yang mengalami disinhibiting effect dari benzodiazepines, akan muncul perilaku agresif. Buspirone obat ansietas, efektif mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.

Antidpresants, penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan mood. Amitriptyline dan Trazodone, efektif untuk menghilangkan agresivitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik.

Pemberian Carbamazepines dapat mengendalikan perilaku agresif pada klien dengan masalah EEG (*Electroencepalograms*).

Antypsichotic, obat-obatan ini biasanya digunakan untuk perawatan perilaku agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini akan membantu, namun diberikan hanya 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan.

Medikasi lain : banyak kasus menunjukkan bahwa pemberian Naltrexone (antagonis opiat), dapat membantu menurunkan perilaku mencederai diri. Betablockers seperti Propranolol dapat menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pada klin dengan gangguan mental organik.

2. Pengekangan Fisik

Ada 2 macam pengekangan fisik yaitu secara mekanik menggunakan manset, sprei pengekang, dan secara isolasi yaitu menempatkan klien dalam sebuah ruangan dimana klien tidak bisa keluar atas kemauannya sendiri.

Indikasi pengekangan :

- a. Perilaku amuk yang membahayakan diri sendiri atau orang

lain.

- b. Perilaku agitasi yang tidak dapat dikendalikan diri sendiri atau orang lain.
- c. Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan klien untuk beristirahat, makan, dan minum.
- d. Permintaan klien untuk pengendalian perilaku eksternal.

Pastikan tindakan ini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.

3. Pengekangan Dengan Sprei Basah atau Dingin

Klien dapat di imobilisasi dengan membalutnya seperti mumi dalam lapisan spreng dan selimut. Lapisan paling dalam terdiri atas spreng yang telah direndam dalam air es. Meskipun awalnya dingin, balutan akan segera menjadi hangat dan menenangkan. Hal ini dilakukan pada perilaku amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan obat.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan (Keliat & Akemat, 2010).

1) Identitas Klien

Identitas klien meliputi Nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian nomor rekam

medik, diagnosa medis dan identitas penanggung jawab (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

2) Alasan Masuk

Klien dibawa ke rumah sakit dengan alasan adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain atau lingkungan, mengancam. Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan biasanya tidak dapat memenuhi *ADL (Activity Daily Living)* sendiri seperti ke toilet, mandi, berpakaian, dan makan (Yosep & Sutini, 2014).

3) Faktor Presipitasi

Faktor pencetus atau penyebab langsung klien dibawa ke rumah sakit. Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda antara satu orang dengan yang lain. Bisa secara biologis seperti gangguan pada otak, putus obat. Bisa secara psikologis yaitu perasaannya terhadap stressor. Bisa juga secara sosial yaitu stressor di lingkungan seperti keluarga, pendidikan, ekonomi, dan pekerjaan (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

4) Faktor Predisposisi

- a. Menanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu? Umumnya klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu
- b. Pengobatan sebelumnya yang tidak atau kurang berhasil
- c. Menanyakan kepada klien mengenai perasaan yang tidak menyenangkan seperti perasaan ditolak, dihina, dianiaya, atau

saksi penganiyaan

d. Adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

5) Riwayat gangguan fisik, penggunaan NAPZA dan trauma

Seseorang yang pernah mempunyai riwayat gangguan fisik, penggunaan NAPZA, dan trauma kemungkinan dapat mengalami gangguan pada otak yang berhubungan gangguan serebral dibuktikan dengan munculnya perilaku agresif dan tindakan kekerasan.

6) Riwayat penyakit keluarga

Menanyakan kepada klien atau keluarga, adakah anggota keluarga yang juga mengalami gangguan jiwa. Orang yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa beresiko untuk mengalami kondisi yang sama (Kirana, 2022).

7) Psikososial

a. Genogram

Biasanya menggambarkan klien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh.

(1) Genogram dibuat 3 generasi

(2) Gambarkan jika ada riwayat perceraian

(3) Gambarkan jika ada anggota keluarga yang meninggal dan penyebab meninggal

(4) Gambarkan klien tinggal serumah dengan siapa saja

- (5) Jelaskan bagaimana pola komunikasi antar anggota keluarga
- (6) Jelaskan siapa pengambil keputusan dalam keluarga
- (7) Tanyakan pola asuh orang tua terhadap anak terutama pada klien (Keliat & Akemat, 2010).

b. Citra tubuh

Pada bagian tubuh klien biasanya terdapat bagian yang disukai dan tidak disukai. Pada bagian tubuh yang tidak disukai biasanya mempengaruhi keadaan saat berhubungan dengan orang lain, sehingga klien merasa seperti diejek dengan kondisinya.

c. Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap posisinya, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan. Biasanya identitas diri pada klien dengan perilaku kekerasan adalah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan.

d. Peran diri

Klien biasanya memiliki masalah pada peran atau tugas yang diemban dalam keluarga atau masyarakat dan klien tidak mampu melaksanakan tugasnya sehingga merasa dirinya tidak berguna. Peran diri pada klien resiko perilaku kekerasan terganggu karena adanya perlakuan yang mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

e. Ideal diri

Klien dengan risiko perilaku kekerasan mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya, jika kenyataan tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

f. Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah harga diri rendah karena penyebab awal klien marah adalah tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol serta beranggapan dirinya tidak berharga.

8) Hubungan sosial

Hubungan sosial pada klien dengan risiko perilaku kekerasan terganggu karena adanya risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak

terkontrol. Selanjutnya dalam pengkajian dilakukan observasi mengenai siapa orang terdekatnya, adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

9) Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan, tanyakan pandangan dan keyakinan klien tentang gangguan jiwa sesuai dengan budaya dan agama yang dianut, pandangan masyarakat setempat mengenai gangguan jiwa
- b. Kegiatan ibadah, tanyakan kegiatan ibadah yang diikuti secara individu maupun kelompok, misalnya sholat, dan lain-lain
- c. Kepuasan dalam menjalankan keyakinan, tanyakan kepada klien dan keluarga pandangannya terkait kegiatan ibadah.

Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan nilai spiritual dianggap tidak berguna.

10) Pemeriksaan fisik menurut (Keliat & Akemat, 2010)

1. Mengobservasi TTV: tekanan darah (mmHg), nadi (x/menit), suhu, pernapasan (x/menit)
2. Ukur berat badan (kg), tinggi badan (cm)
3. Adakah keluhan fisik yang dirasakan, bila ada kaji lebih lanjut tentang sistem dan fungsi organ sesuai dengan keluhan yang dirasakan klien.

Umumnya pada klien dengan risiko perilaku kekerasan tekanan darah akan meningkat, pernapasan meningkat, napas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

11) Status mental

a. Penampilan

Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi, rambut kotor dan tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b. Pembicaraan

Amati pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan. Biasanya pada klien dengan risiko perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, menggunakan kata-kata kotor.

c. Aktivitas motorik menurut (Keliat & Akemat, 2010)

1. Lesu, tegang, gelisah sudah jelas
2. Agitasi: gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
3. TIK: gerakan-gerakan kecil pada otot yang tidak terkontrol.
4. Grisamen: gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat di kontrol klien.

5. Tremor: jari-jari yang tampak gemeteran ketika klien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
6. Kompulsif: kegiatan yang dilakukan berulang-ulang dan seperti berulang kali mencuci tangan dan lainnya.

Pada klien dengan RPK, aktivitas motoriknya cenderung agresif, menyerang diri sendiri maupun orang lain, terlihat tegang, gelisah, muka merah, dan jalan mondar-mandir (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

d. Afek dan emosi

1. Datar: tidak ada perubahan roman muka pada saat stimulus menyenangkan atau menyedihkan.
2. Tumpul: hanya bereaksi bila ada stimulus yang kuat seperti ditepuk atau diberikan pertanyaan dengan intonasi yang keras.
3. Labil: emosi yang cepat berubah-ubah.
4. Tidak sesuai: emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.

e. Interaksi Selama Wawancara

Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya mudah marah, merasa pendapatnya paling benar atau defensif, curiga atau menunjukkan sikap tidak percaya pada pewawancara, sinis, menolak dengan kasar. Bermusuhan :dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga

dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

f. Persepsi

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya.

g. Proses Pikir

1. Sirkumstansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan.
2. Tengensial: pembicaraan yang berbelit-belit, namun tidak sampai tujuan pembicaraan.
3. Kehilangan Asosiasi: pembicaraan yang tidak berhubungan antara satu kalimat dengan kalimat lain dan klien tidak menyadari.
4. *Flight Off Ideas*: pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis, dan tidak sampai tujuan pembicaraan.
5. *Blocking*: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal, kemudian dilanjutkan kembali.
6. Perseverasi: pembicaraan yang di ulang berkali-kali.

Proses pikir atau arus pikir pada klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah cenderung hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham, dan

halusinasi yang cenderung menyenangkan dirinya (Keliat & Akemat, 2010).

h. Isi fikir:

1. Obsesi: fikiran yang selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya.
2. Phobia: ketakutan yang patologis atau tidak logis terhadap objek atau situasi tertentu.
3. Hipokondria: keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
4. Depersonalisasi: perasaan klien yang asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan.
5. Ide yang terkait: keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.
6. fikiran magis: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal mustahil atau diluar kemampuannya.
7. Waham:

a) Agama

Keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan dan di ucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.

b) Somatik

Klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.

c) Kebesaran

Klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang di sampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.

d) Curiga

Klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai diriya yang di sampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

e) Nihilistik

Klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia atau meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.

i. Tingkat Kesadaran

1. Bingung: tampak bingung dan kacau.
2. Sedasi: mengantuk, merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
3. Stupor: gangguan motorik seperti ketakutan, Gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh klien dapat dikatakan dalam sikap canggung (kaku) dan dipertahankan klien, tetapi klien mengerti semua yang terjadi di lingkungan.

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan cenderung disorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang.

j. Memori

1. Gangguan daya ingat jangka panjang : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.
2. Gangguan daya ingat jangka pendek: tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
3. Gangguan daya ingat saat ini : tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi.
4. Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai dengan kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

Memori klien dengan risiko perilaku kekerasan masih bisa mengingat kejadian jangka pendek maupun jangka panjang.

k. Tingkat konsentrasi dan terhitung

1. Mudah dialihkan perhatian klien mudah terganti dan satu objek ke objek lain
2. Tidak mampu berkonsentrasi : klien selalu minta agar pertanyaan diulang atau tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
3. Tidak mampu terhitung tidak dapat melakukan penambahan atau pengurangan pada benda-benda nyata

l. Penilaian Kemampuan

1. Gangguan kemampuan penilaian ringan : dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.
Misalnya berikan kesempatan pada klien untuk memilih

mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi.

Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan.

2. Gangguan kemampuan penilaian bermakna : tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. Misalnya berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan.

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

m. Daya Tilik Diri

1. Mengingkari penyakit yang diderita : tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
2. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain/lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

12) Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan:

1. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka atau tidak suka atau pantang) dan cara makan
2. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

Biasanya klien tidak mengalami perubahan.

b. BAB dan BAK

1. Observasi kemampuan klien untuk BAB atau BAK
2. Pagi menggunakan dan membersihkan WC
3. Membersihkan diri dan merapikan pakaian.

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan saat BAB/BAK.

c. Mandi

1. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot, dan rambut)
2. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.

Biasanya klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak menggunting kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau. Klien hanya merawat kebersihan ketika disuruh.

d. Berpakaian

1. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki
2. Observasi penampilan dandanan klien
3. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian
4. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien : mengambil, memilih dan mengenakan pakaian

Cara berpakaian klien, tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian berkurang.

e. Istirahat Tidur

Observasi dan tanyakan tentang:

1. Lama dan waktu tidur siang atau tidur malam
2. Persiapan sebelum tidur seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa
3. Kegiatan sesudah tidur, seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi.

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti gosok gigi, cuci muka, cuci kaki, dan berdoa. Begitu juga sesudah bangun tidur, klien tidak akan merapikan tempat tidur, gosok gigi, ataupun mandi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kualitas tidurnya pun berubah-ubah kadang nyenyak kadang gelisah.

13) Mekanisme coping

a. Adaptif

Saat menghadapi suatu masalah, klien akan berbicara dengan orang lain, menerapkan teknik relaksasi, aktivitas konstruktif, serta mampu menyelesaikan masalah.

b. Maladaptif

Saat menghadapi suatu masalah klien biasanya menunjukkan perilaku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul orang lain, atau merusak perabotan yang ada di rumah.

Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya menggunakan respon maladaptif saat menghadapi suatu permasalahan (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

14) Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak oleh keluarga/kelompok/masyarakat. Umumnya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.

15) Pengetahuan

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan kurang mengetahui tentang penyakitnya, juga akibat dari berhenti konsumsi obat dan fungsi obat yang dikonsumsi.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Perilaku kekerasan

Data subyektif:

- 1) Klien mengatakan benci atau kesal terhadap seseorang
- 2) Klien sering membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang marah
- 3) Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya.

Data obyektif:

- 1) Mata merah, wajah agak memerah
- 2) Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai: berteriak, menjerit, memukul diri sendiri, orang lain.
- 3) Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam

4) Merusak dan melempar barang-barang

2.3.3. Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut (Nurfarida, 2021) Perencanaan risiko perilaku kekerasan, meliputi tujuan umum/ tujuan khusus (TUK/TUM):

TUM:

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan.

TUK 1:

Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan (latihan napas dalam). Kriteria evaluasi:

- a. Klien mau membalas salam
- b. Klien mau menjabat tangan
- c. Klien mau menyebutkan nama
- d. Ada kontak mata
- e. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau kesal yang dialaminya
- f. Klien dapat menceritakan tanda dan gejala jengkel atau kesal yang dialaminya.

Intervensi:

- a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: salam terapeutik, empati, sebut nama dan jelaskan tujuan interaksi
- b. Observasi tanda perilaku kekerasan

- c. Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaan
- d. Bantu klien mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal
- e. Diskusikan dengan klien tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- f. Observasi TTV
- g. Latih klien melakukan cara mengontrol kemarahan (ajarkan teknik napas dalam).

Rasional:

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat sehingga dapat mempermudah melakukan tindakan keperawatan
- b. Untuk mencegah klien melakukan tindakan kekerasan
- c. Untuk mengetahui kondisi klien lebih banyak
- d. Untuk memberikan rasa lega ke klien
- e. Menambah pengetahuan klien tentang perilaku kekerasan
- f. Untuk mengetahui kondisi dasar klien
- g. Membuat perasaan lebih tenang dan nyaman.

TUM:

Klien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara fisik.

TUK 2:

Klien dapat mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik latihan napas dalam, pukul bantal dan kasur. Kriteria evaluasi:

- a. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik (tarik napas dalam, pukul kasur dan bantal)
- b. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.

Intervensi:

- a. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien. Berikan pujian atas kegiatan fisik yang bisa dilakukan
- b. Diskusikan cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan yaitu tarik napas dalam serta pukul kasur dan bantal
- c. Diskusikan cara melakukan pukul bantal dan kasur dengan klien
- d. Berikan contoh pada klien cara pukul bantal dan kasur
- e. Berikan pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara pukul bantal dan kasur
- f. Tanyakan perasaan klien setelah selesai
- g. Ajukan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah atau jengkel.

Rasional:

Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik

TUM:

Klien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan.

TUK 3:

Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial/verbal untuk mencegah

perilaku kekerasan. Kriteria evaluasi:

- a. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, bicara yang baik)
- b. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik.

Intervensi:

- a. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien, beri contoh cara bicara yang baik, meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
- b. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik, meminta dengan baik: “saya minta uang untuk beli jajan”.
- c. Menolak dengan baik: “maaf saya tidak bisa melakukan ini”
- d. Mengungkapkan perasaan dengan baik: “saya kesal karena permintaan saya tidak dipenuhi”, disertai nada yang rendah
- e. Minta klien untuk mengulangi sendiri.
- f. Beri pujian pada klien atas keberhasilan.

Rasional:

Membantu klien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara verbal.

TUM:

Klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

TUK 4:

Klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan. Kriteria evaluasi :

- a. Klien dapat melaksanakan ibadah/berdoa sesuai keyakinan yang dimiliki.

Intervensi :

- a. Jelaskan kepada klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (ibadah: sholat/berdoa).
- b. Latih klien cara spiritual (ibadah: sholat/berdoa).
- c. Anjurkan untuk memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian.

Rasional:

Membantu klien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual.

TUM:

Klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

TUK 5:

Klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan.

Kriteria evaluasi:

- a. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, pengobatan, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat tersebut (prinsip 5 benar : benar orang, obat, dosis, waktu dan cara pemberian).

Intervensi:

- a. Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien pada klien.
- b. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter.
- c. Jelaskan prinsip 5 benar minum obat (nama, obat, dosis, waktu, dan cara pemberian)

- d. Susun jadwal minum obat bersama klien.

Rasional:

Menyukkseskan terapi pengobatan klien.

Manajemen Pengendalian marah (I.09290)

Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola ekspresi marah dengan cara adaptif dan tanpa kekerasan.

Tindakan

Observasi:

- a. Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
- b. Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan
- c. Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan Tindakan sebelum agresif
- d. Monitor kemajuan dengan membuat grafik,jika perlu.

Terapeutik:

- a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- b. Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif
- c. Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata)
- d. Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju tas,mondar-mandir)
- e. Lakukan kontrol eksternal (mis. Pengekangan,time-out,dan seklusi)
- f. Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif

- g. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah.

Edukasi:

- a. Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi dan respons marah
- b. Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat
- c. Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptif
- d. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat.

Kolaborasi:

- a. Kolaborasi pemberian obat,jika perlu.

2.3.4. Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan

Tabel 2. 1 Strategi Pelaksanaan

SP 1 1. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan 2. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menyebutkan akibat perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 6. mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 1 7. Masuk jadwal kegiatan pasien	1. Fase Orientasi 1) Salam Terapeutik “Selamat pagi, bolehkan saya berkenalandengan ibu? Nama saya Dhimas Bachtiar Dwinanda , biasa di panggil Dhimas. Saya mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang, saya bertugas diruangan ini selama 2 minggu, kalau saya boleh tau nama Bapak/ibu siapa? dan senang dipanggil siapa?” 2) Evaluasi / Validasi “Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini ?” “masih ada perasaan kesal atau marah?” 3) Kontrak topik: “Bagaimana kalau kita bercakap–cakap sebentar tentang perasaan marah bapak/ibu?” Waktu : “Kira-kira berapa lama? bagaimana kalau 10 menit?” Tempat : “Dimana kita akan bercakap-cakap? Bagaimana kalau disini saja?” 2. Fase Kerja “Apa yang menyebabkan bapak / ibu marah?” “Pada saat penyebab marah itu ada apa yang bapak/ibu rasakan” “Apakah bapak/ibu merasakan kesal kemudian dada berdebar-debar, tangan mengepal, mata melotot?” “Setelah itu apa yang bapak/ibu lakukan ?Apakah dengan marah, membanting pintu, memukul meja masalah akan selesai?” “Menurut bapak/ibu adakah cara lain yang lebih baik selain marah-marah?” “Maukah bapak/ibu belajar mengungkapkan marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?” “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, hari ini kita belajar satu cara dulu, begini bapak/ibu, kalau tanda- marah itu sudah bapak/ibu rasakan bapak/ibu berdiri lalu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan secara perlahan-lahan dari mulut seperti mengeluarkan kemarahan, coba lagi bapak/ibu dan lakukan sebanyak 5 kali. Bagus sekali bapak/ibu sudah dapatmelakukan nya. “Nah sebaiknya latihan ini bapak/ibu lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak/ibu sudah terbiasa melakukannya” 3. Fase Terminasi 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan a. Evaluasi Subjektif “Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah bercakap-cakap dengan saya tadi?” b. Evaluasi Objektif
--	--

	“Iya jadi penyebab marah bapak/ibu tadi jika ada yang mengejek dan yang bapak/ibu rasakan dada berdebar-debar, tangan mengepal dan mata melotot lalu yang bapak/ibu lakukan marah, membanting pintu, memukul meja dan berbicara kotor ” 2) Rencana tindak lanjut “Baiklah bapak/ibu besok kita lanjut berbicara lagi” 3) Kontrak yang akan datang Topik : “Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi untuk berbicara akibat marah dan latihan cara mengontrol marah?” Waktu : “Mau jam berapa bapak/ibu? Baik, besok pagi?” Tempat : “Tempatnya dimana bapak/ibu? Disini lagi bapak/ibu? Baik, sampai jumpa besok ya.”
SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) 2. mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 2: Pukul bantal dan Kasur 3. Masuk jadwal kegiatan pasien	1. Fase Orientasi 1) Salam Terapeutik “Assamuaalaikum bapak/ibu, selamat pagi.” “Masih ingat dengan saya kan bapak/ibu?” 2) Evaluasi / Validasi “Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini?” “Sesuai dengan janji kita kemarin kita bertemu lagi ya bapak/ibu” 3) Kontrak Topik: “Baik sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah yang kedua?” Waktu : “Mau berapa lama bapak/ibu? Bagaimanaka kalau 10 menit ?” Tempat : “Dimana kita akan bercakap-cakap? Bagaimana kalau di kamar?” 2. Fase Kerja “Kalau ada yang menyebabkan bapak/ibu marah dan muncul perasaan kesal, selain nafas dalam ibu dapat memukul kasur dan bantal.” “Sekarang mari kita latihan memukul bantal dan kasur mari ke kamar bapak/ibu?” “Jadi kalau nanti bapak/ibu kesal atau marah, bapak/ibu langsung kekamar dan lampiaskan marah bapak/ibu tersebut dengan memukul bantal dan kasur.” “Nah coba bapak/ibu lakukan memukul bantal dan kasur, ya bagus sekali bapak/ibu melakukannya!” “Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah, kemudian jangan lupa merapikan tempat tidur ya!” 3. Fase Terminasi 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan a. Evaluasi Subjektif “Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?” b. Evaluasi Objektif

	“Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak/ibu sebutkan lagi? Bagus” 2) Rencana tindak lanjut “Mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari bapak/ibu. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi. dan jam jam 15.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya bapak/ibu?” 3) Kontrak yang akan datang Topik : “Besok pagi kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik?” Waktu : “Untuk jamnya bagaimana kalau sama seperti sekarang Jam 09.00?” Tempat : “Untuk tempatnya tetap disini bapak/ibu? Baik, sampai jumpa besok ya.”
SP 3 1. Melatih cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal 2. Mengevaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik 3. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik 4. Menyusun jadwal latihan mengungkapkan secara verbal	1. Fase Orientasi 1) Salam Terapeutik “Assamuaalaikum bapak/ibu, selamat pagi.”“Masih ingat dengan saya kan bapak/ibu?” 2) Evaluasi / Validasi “Bagaimana perasaan bapak/ibu hari ini?” “Sesuai dengan janji kita kemarin kita bertemu lagi ya bapak/ibu” 3) Kontrak Topik: “Bagaimana kalau sekarang kita latihan carabicara untuk mencegah marah?” Waktu : “Mau berapa lama bapak/ibu ? Bagaimanakalau 10 menit?” Tempat : “Dimana kita akan bercakap-cakap? Bagaimana kalau di taman?” 2. Fase Kerja “Sekarang kita latihan carabicara bapak/ibu baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. “Ada tiga caranya bapak/ibu: (1) Meminta dengan baik tanpa marah dengan suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin bapak/ibu mengatakan penyebab marahnya karena makanan tidak tersedia, rumah berantakan, Coba bapak/ibu minta sediakan makan dengan baik:” bapak/ibu, tolong sediakan makan dan bereskan rumah” Nanti biasakan dicoba disini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. “Coba ibu praktekan .Bagus.” (2) Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak/ibu tidak ingin melakukannya, katakan: “maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan”.

	“Coba bapak/ibu praktekan . Bagus.” (3) Mengungkapkan perasaan kesal, jika adaperlakukan orang lain yang membuat kesal bapak/ibu dapat mengatakan: “Saya jadi ingin marah karena perkataan mu itu”. “Coba praktekan. Bagus.” 3. Fase Terminasi 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan a. Evaluasi Subjektif “Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik” b. Evaluasi Objektif “Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari” 2) Rencana tindak lanjut “Bagus sekali, sekarang mari kita masukkandalam jadwal. Berapa kali sehari bapak/ibumau latihan bicara yang baik? Bisa kita buat jadwalnya?” 3) Kontrak yang akan datang Topik :“Besok kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak/ibu yaitu dengan cara ibadah.” Waktu :“Untuk jamnya bagaimana kalau sama seperti sekarang Jam 09.00?” Tempat :“Untuk tempatnya bagaimana kalau di kamar bapak/ibu ? Baik, sampai jumpa”
SP 4 Bantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa)	1. Fase Orientasi 1) Salam Terapeutik “Assamuaalaikum bapak/ibu, selamat pagi.” “Masih ingat dengan saya kan bapak/ibu?” 2) Evaluasi / Validasi “Bagaimana bapak/ibu, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya?” 3) KontrakTopik: “Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah? Waktu : “Mau berapa lama bapak/ibu? Bagaimana kalau 10 menit?” Tempat : “Dimana kita akan bercakap-cakap? Bagaimana kalau di kamar?” 2. Fase Kerja “Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasabapak/ibu lakukan! Bagus, yang mana yang mau di coba?” “Nah, kalau bapak/ibu sedang marah coba langsung duduk dan langsung tarik nafas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak

	reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”. “Bapak/Ibu bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan.” “Coba bapak/ibu sebutkan sholat 5 waktu? Bagus, mau coba yang mana? Coba sebutkancaranya?” 3. Fase Terminasi 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakankeperawatan a. Evaluasi Subjektif “Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga” b. Evaluasi Objektif “Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus” 2) Rencana tindak lanjut\ “Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan bapak/ibu. 3) Kontrak yang akan datang Topik : “Besok kita ketemu lagi ya pak,nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat. Waktu : “Untuk jamnya bagaimana kalau sama seperti sekarang Jam 09.00?” Tempat : “Untuk tempatnya tetap disini bapak/ibu? Baik, sampai jumpa besok ya.”
SP 5 sudahdilatih. ar (benarnama pasien,benar obat)disertai penjelasan guna	1. Fase Orientasi 1) Salam Terapeutik “Assamuaalaikum bapak/ibu, selamat pagi.” 2) Evaluasi / Validasi “Bagaimana bapak/ibu, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?” 3) Kontrak Topik : “Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah? Waktu : “Mau berapa lama bapak/ibu? Bagaimana kalau 15 menit?” Tempat : “Untuk tempatnya disini ya bapak/ibudi ruang tamu?” 2. Fase Kerja “Jadi disini kita akan belajar cara minum obat yang benar.” “Bapak/Ibu disini mengkonsumsi 3 obat ya bapak/ibu yaitu Lorazepam untuk mengurangi cemas dan gelisah. Haloperidol agar pikiran teratur dan rasa marah berkurang., sedangkan Frimania untuk mengatasi gangguan mental bipolar serta untuk mencegah perilaku self-harm (menyakiti diri sendiri).” “Bapak/Ibu bilang pengen cepat sembuh, berarti harus minum obat secara teraturdengan 5 cara, pertama dicek terlebih dahulu benaratau tidak ini obatnya bapak/ibu disini kan ada namanya, kedua benar obat dilihat dahulu ini benar obat yang biasanya dikonsumsi atau tidak,

	ketiga benar dosis jadi kalau bapak/ibu minum 2x1 ya harus diminum 2x1 tidak boleh lebih dari 2x dalam sehari minum obatnya, ke empat benar waktu jadi kalau minum obat harus tepat waktu, yang ke lima cara pemberian yang artinya kalau obat telan ya ditelan kalau dikunyah ya dikunyah, begitu ya bapak/ibu penjelasan saya, udah paham belum?” “Oke kalau gitu kegiatan hari ini saya masukkan jadwal hariannya bapak/ibu” 3. Fase Terminasi 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan a. Evaluasi Subjektif “Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar.” b. Evaluasi Objektif “Bagaimana cara minum obat yang benar? Bagus” 2) Rencana tindak lanjut “Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari ? Sekarang kita tambahkan jadwal kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya” 3) Kontrak yang akan datang Topik : “Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauh mana bapak melaksanakan kegiatan dan sejauh mana dapat mencegah rasa marah.” Waktu : “Untuk jamnya bagaimana kalau sama seperti sekarang Jam 09.00?” Tempat : “Untuk tempatnya tetap disini bapak/ibu? Baik, sampai jumpa besok ya.”
--	---

2.3.5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah rencana tindakan yang telah disusun perawat sebagai solusi dari masalah keperawatan yang di hadapi klien (Tukatman, 2023).

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini.

Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien didokumentasikan (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

2.3.6. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Prabowo, 2014), evaluasi adalah proses keberlanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam SOAP (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning).

S (Subyektif): yaitu keluhan-keluhan pasien (apa saja yang dikatakan pasien, keluarga pasien dan orang terdekat pasien)

O (Obyektif): yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A (Assessment): yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi pasien

P (Planning): yaitu rencana tindak keperawatan mengatasi masalah pasien selanjutnya

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara memecahkan masalah berdasarkan keilmuan. Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain desain penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data dan etika penelitian.

3.1 Desain atau Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah kesatuan, rencana, dan spesifik cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasikan data. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode diskriptif merupakan suatu metode yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Prof. Dr. Sugiyono, 2009). Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misal satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2009). Penelitian deskriptif kualitatif bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien *Skizofrenia* Dengan Resiko Perilaku Kekerasan secara komprehensif dan menyeluruh.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Asuhan keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan adalah melakukan atau memberikan suatu tindakan keperawatan pada klien *skizofrenia* dalam

memenuhi kebutuhan dasar manusia. Asuhan keperawatan merupakan suatu tindakan keperawatan kepada klien untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. *Skizofrenia* merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan proses berfikir dan tanggapan emosi yang lemah. Keadaan ini pada umumnya dimanifestasikan dalam bentuk perilaku kekerasan atau resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah peserta yang dimintai informasi dan data yang di sesuaikan dengan masalah penelitian. Dalam penelitian ini partisipannya yaitu pada klien jiwa *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan kriteria:

- a. Pasien kooperatif, tidak membahayakan orang lain dan lingkungan sekitar.
- b. Pasien dalam keadaan sadar penuh, bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan
- c. Pasien mampu berkomunikasi secara verbal
- d. Pasien yang masih mendapatkan tindakan keperawatan 3 hari kedepan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- e. Pasien tidak memiliki penyakit fisik yang lain

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian studi kasus asuhan keperawatan dilaksanakan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Pelaksanaan

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 Februari 2025 s/d 25 Maret 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Instrumen Penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan penelitian dalam mengumpulkan data penelitian (Arikunto, 2010). Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Jiwa.

Pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan (Pengkajian, Analisa, Diagnosa, Intervensi, Implementasi sampai Evaluasi), pedoman observasi, pengukuran dengan alat, alat pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan. Metode pengumpulan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status klien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan yang meliputi :

a. Tahap Persiapan

Tahap persiapan dimulai dari tahap proses pengumpulan data yang didahului dengan prosedur birokrasi atau surat perizinan melakukan penelitian dari Kaprodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek melalui surat nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/118/2025, serta surat izin untuk melakukan penelitian di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek dengan nomor 000.9/121/406.010.001/18.00/2025. Setelah surat balasan dari RSUD dr. Soedomo terbit, peneliti melakukan koordinasi dengan pembimbing lahan dalam menentukan partisipan. Proses selanjutnya adalah peneliti mencari partisipan yang sesuai dengan kasus/judul penelitiannya. Setelah mendapat partisipan sesuai kasus, selanjutnya peneliti melakukan tindakan preorientasi atau memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan kepada partisipan. Kemudian besoknya, peneliti melakukan *informed consent* berkaitan dengan meminta kesediaan partisipan untuk dijadikan subjek penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Setelah partisipan menyatakan bersedia untuk menjadi subjek penelitian, maka peneliti harus meminta bukti kesediaan partisipan secara tertulis dengan menandatangani surat persetujuan menjadi subjek penelitian.

b. Tahap Kontrak

Peneliti dan partisipan membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data. Waktu pelaksanaan wawancara menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan sedangkan tempat pelaksanaan mempertimbangkan lokasi nyaman, tenang dan mempermudah partisipan.

c. Tahap Pelaksanaan

Peneliti melakukan pengambilan data dengan menggunakan teknik wawancara terstruktur yaitu format pengkajian Asuhan Keperawatan dan pengkajian persistem, pertama peneliti menanyakan data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga, dan pola aktifitas sehari-hari yang selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada partisipan. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu evaluasi hasil dari tindakan keperawatan.

d. Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan kepada partisipan. Peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam karya tulis ilmiah meliputi uji kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2013).

1. *Credibility*

Credibility dapat diartikan sebagai kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah – langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

2. *Transferability*

Transferability adalah sejauh mana hasil penerapan penelitian deskriptif kualitatif pada suatu subyek dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau penelitian deskriptif kualitatif lain yang sesuai.

3. *Dependability*

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan.

4. *Confirmability*

Confirmability bermakna bahwa sesuatu itu objektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak – pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, pembimbing II dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan.

Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Prinsip yang harus dipegang dalam analisis yang merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta dalam suatu tabel yang kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah difahami temuannya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan langsung berhubungan dengan manusia. Maka segi etika penelitian yang harus diperhatikan dalam penyusunan KTI sebagai berikut:

1. Informed Consent

(lembar persetujuan menjadi informan) Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai subjek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Tahap yang dilakukan oleh peneliti/mahasiswa adalah memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang maksud dan tujuan dari proses asuhan keperawatan yang akan diberikan. Setelah klien menyetujui, maka proses asuhan keperawatan bisa dilakukan.

2. Anonymity (tanpa nama)

Nama dari informasi tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, namun cukup dengan menuliskan nama inisial.

3. Confidentiality

Kerahasiaan artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari informasi dijamin kerahasiaanya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan/ dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Penulisan hasil penelitian dimulai dari gambaran lokasi pengambilan data kemudian pengkajian terhadap klien, merumuskan diagnosa keperawatan, menentukan rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan beserta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan data dilakukan di RSUD dr. Soedomo yang berlokasi di Jl. Dr. Soetomo No. 2, Cengkong, Tamanan, Kecamatan Trenggalek, Kabupaten Trenggalek, Jawa Timur. Ruang yang digunakan peneliti dalam studi kasus ini adalah ruang Nusa Indah, dimana Ruang Nusa Indah merupakan ruang rawat inap jiwa perempuan dan laki-laki. Ruang Nusa Indah terdiri atas 6 kamar dengan masing-masing kamar digunakan 2 pasien, jadi total ada 12 bed pasien. Terdapat ruang aktivitas yang biasa digunakan klien untuk kegiatan Terapi Aktivitas Kelompok. Terdapat 12 tenaga kesehatan yang terdiri dari 1 dokter spesialis jiwa dan 11 perawat pelaksana.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4. 1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Sdr. T
b) Umur	28 tahun
c) Alamat	RT 09 RW 03 Tegaren, Tugu, Trenggalek
d) Pendidikan	SMA
e) Agama	Islam
f) status	Belum menikah
g) Pekerjaan	Tidak bekerja
h) Jenis kelamin	Laki-laki
i) No. CM	262xxx
j) Tgl MRS	18 Maret 2025/ Jam 10.49
k) Tgl Pengkajian	19 Maret 2025/ Jam 09.00
l) Informan	Rekam medis dan klien

2) Alasan Masuk

a. Data Primer

Klien mengatakan “mboh”

b. Data Sekunder

Berdasarkan rekam medis, Klien MRS karena mengamuk di rumah. Klien pernah MRS di ruang Nusa Indah sebelumnya sebanyak 3x pada tahun 2017, 2018, 2019. Pada tahun 2023 klien sempat dibawa ke tempat pak Purnomo selama 2 bulan. Pak Purnomo adalah penyedia jasa penampung gejala gangguan jiwa. Klien disana mendapatkan terapi-terapi dan obat chlorpromazine. Klien putus obat $\pm$ 1,5 tahun , klien juga tidak rutin kontrol ke RS.

c. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Klien mengatakan tidak ada

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Berdasarkan rekam medis, sekitar 1 bulan lalu pada tanggal 16 Februari 2025 klien berbicara sendiri, ngelantur, marah-marrah, keluyuran. Pada tanggal 17 Maret 2025 klien sempat marah-marrah sambil membawa parang. Keluarga meminta tolong kepada pihak desa untuk membawa klien ke Puskesmas, setelah itu klien di bawa ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

4) Faktor Presipitasi (6 Bulan Terakhir)

Tabel 4. 2 Faktor Presipitasi

a) Riwayat kesehatan	Klien mengatakan “mboh” Berdasarkan rekam medis, klien putus obat $\pm$ 1,5 tahun , klien juga tidak rutin kontrol.
b) Riwayat bunuh diri	Klien mengatakan tidak ada niat dan percobaan bunuh diri

Diagnosa keperawatan: Defisit pengetahuan

5) Riwayat Penyakit Dahulu (Faktor Predisposisi)

Tabel 4. 3 Faktor Predisposisi

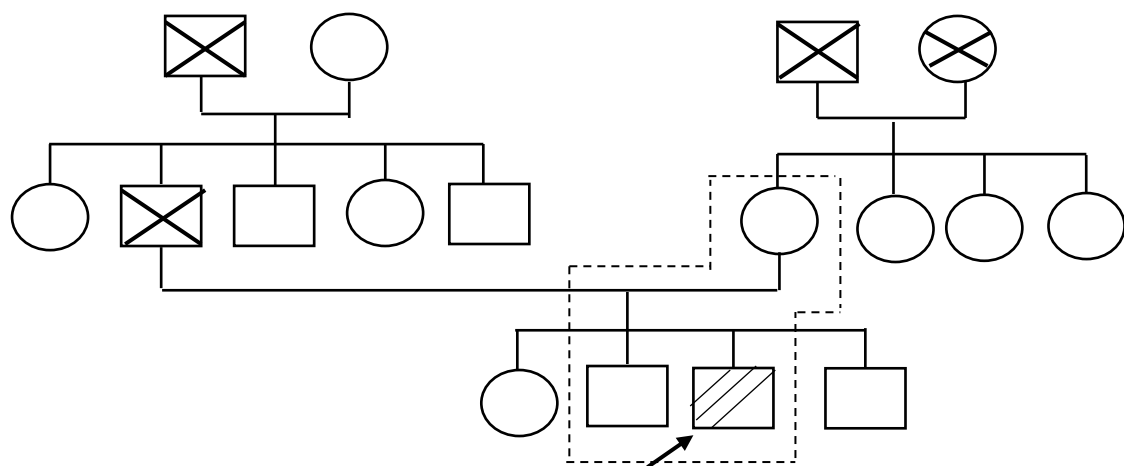
a) Pernah mengalami gangguan jiwa yang lalu	Menurut rekam medis, klien pernah masuk di ruang Nusa Indah sebanyak 3x pada tahun 2017, 2018, 2019. Setiap diberitahu kakaknya disuruh minum obat, klien menolak dan marah-marrah. Pada tahun 2019 setelah pulang dari RS, klien hanya kontrol 1 kali, setelah itu klien putus kontrol. Karena gejala klien muncul lagi pada tahun 2023 klien dibawa ke tempat pak purnomo.
b) Riwayat traumatis (aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan dalam keluarga, bullying)	Klien mengatakan tidak ada riwayat trauma
c) Riwayat bunuh diri (isyarat, ancaman, percobaan)	Klien mengatakan tidak ada niat dan percobaan bunuh diri
d) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	klien mengatakan tidak ada
e) Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)	Klien mengatakan tidak memiliki penyakit fisik

Riwayat penggunaan NAPZA	Menurut rekam medis, klien pernah mengonsumsi pil double L ketika SMA
f) Riwayat gangguan jiwa dalam keluarga anggota keluarga yang gangguan jiwa	Menurut rekam medis, klien memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu kakaknya. Kakak klien pernah di rawat di ruang Nusa Indah dengan keluhan mengamuk dan marah-marah.

Diagnosa keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

6) Pengkajian Psikososial

1. Genogram



Gambar 4. 1 Genogram

Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Garis perkawinan
-  : Garis keturunan
-  : Garis serumah
-  : Pasien

2. Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya.

b. Identitas

Klien mengatakan nama Sdr. T umur 28 Tahun.

c. Peran

Klien mengatakan anak ke 3 dari 4 bersaudara.

d. Ideal diri

Klien mengatakan jika pulang ingin bekerja.

e. Harga diri

Klien mengatakan sejak sakit merasa jauh dari keluarga.

Diagnosa keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti/terdekat

Klien mengatakan orang terdekat adalah ibunya.

b. Peran serta dalam kegiatan/masyarakat

Klien mengatakan sejak sakit tidak ikut kegiatan di masyarakat.

c. Hubungan sosial

Klien mengatakan dirinya merasa jauh dengan masyarakat.

Saat di RS klien jarang berkomunikasi dengan pasien yang lain. Klien lebih sering diam dan tidur.

d. Hambatan dengan orang lain

Klien terlihat tidak nyaman saat berinteraksi karena merasa terancam.

Diagnosa keperawatan: Isolasi sosial

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien mengatakan beragama islam

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan jarang sholat

Diagnosa keperawatan: Resiko distres spiritual

7) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
a) Keadaan umum	Keadaan umum cukup
b) Kesadaran	Composmentis GCS E4V5M6
c) TTV	
TD :	120/86 mmHg
N :	84 x/menit
S :	36,3 C
RR :	20 x/menit
d) TB :	160 cm
BB :	65 kg
e) Keluhan fisik	Tidak ada keluhan fisik

Diagnosa keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

8) Status Mental

1. Penampilan (Penampilan umum, cara berpakaian, kebersihan diri)

Jelaskan: Penampilan klien tampak rapi, bersih dan pakaian sesuai dengan ketentuan di ruangan, klien memakai baju dengan benar tidak terbalik, klien mandi 2x sehari.

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan (Frekuensi, Volume, Jumlah, Karakter)

Jelaskan: Saat ditanya klien berbicara sedang (tidak cepat tidak lambat) dan nadanya sedang, Klien berbicara sedikit dan seperlunya.

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. Aktifitas motorik/ Psikomotor

Kelambatan :

- ☐ Hipokinesia, hipoaktifitas
- ☐ Katalepsi
- ☐ Sub stupor katatonik
- ☐ Fleksibilitas serebra

Jelaskan: Tidak ada kelambatan aktivitas.

Peningkatan :

- | | |
|---|---|
| ☐ Hiperkinesia, hiperaktifitas | ☐ Grimace |
| ✓ Perilaku Kekerasan | ☐ Otomatisme |
| ☐ Gaduh gelisah, Agitasi, Agresi | ☐ Negativisme |
| ☐ Stereotipi | ☐ Reaksi konversi |
| ☐ Mannerism | ☐ Tremor |
| ☐ Katapleksi | ☐ Verbigerasi |
| ☐ Tik | ☐ Berjalan kaku/ rigid |
| ☐ Ekchopraxia | ☐ Kompulsif |
| ☐ Command automatism | |

Jelaskan: Klien menunjukkan perilaku kekerasan, yaitu pandangan mata klien tajam, muka tegang.

Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

4. *Mood* dan Afek

a. Mood (alam perasaan)

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ Depresi | ☐ Khawatir |
| ☐ Ketakutan | ☐ Anhedonia |
| ☐ Euforia | ☒ Kesepian |
| ☐ Marah | ☐ Lain lain |

Jelaskan: Klien mengatakan merasa kesepian karena tidak ada yang mengerti dirinya.

b. Afek (Emosi)

- | | |
|---|---|
| ☐ Sesuai | ☐ Tidak sesuai |
| ☐ Tumpul/Dangkal | ☒ Labil |
| ☐ Datar | |

Jelaskan: Pasien terkadang mengalami perubahan emosi.

Saat sedang berinteraksi pasien sering tiba-tiba menunjukkan tanda-tanda amuk seperti pandangan mata tajam, muka tegang.

Diagnosa Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

5. Interaksi Selama Wawancara

- | | |
|--|--|
| ☐ Bermusuhan | ☒ Kontak mata kurang |
| ☐ Tidak kooperatif | ☐ Defensif |
| ☐ Mudah tersinggung | ☐ Curiga |

Jelaskan: Kontak mata klien kurang, saat di ajak ngobrol dalam waktu yang lama, klien terlihat tidak nyaman.

Diagnosa Keperawatan: Harga diri rendah

6. Persepsi Sensorik

a. Halusinasi

- ☐ Pendengaran
- ☐ Penglihatan
- ☐ Perabaan
- ☐ Pengecapan
- ☐ Penciuman

b. Ilusi

- ☐ Ada
- ☒ Tidak ada

Jelaskan: Saat di kaji tidak ditemukan gangguan persepsi sensorik.

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

7. Proses Pikir

a. Arus Pikir:

- | | |
|---|--|
| ☐ Koheren | ☐ Inkoheren |
| ☐ Sirkumtansial | ☐ Asosiasi longgar |
| ☐ Tangensial | ☐ <i>Flight of Idea</i> |
| ☒ <i>Blocking</i> | ☐ <i>Perseverasi</i> |
| ☐ <i>Logorhoe</i> | ☐ <i>Neologisme</i> |
| ☐ <i>Clang Association</i> | ☐ Main kata kata |
| ☐ Afasia | ☐ Lain lain... |

Jelaskan: Pada saat klien di berikan pertanyaan yang mengarah perilaku kekerasan, klien mendadak diam dan tidak mau menjawab pertanyaan yang di berikan.

8. Isi Pikir

- | | |
|--|---|
| ☐ Obsesif | ☐ Fobia, sebutkan... |
| ☐ Ekstasi | ☐ Waham: |
| ☐ Fantasi | o Agama |
| ☐ Alienasi | o Somatik/hipokondria |
| ☐ Pikiran bunuh diri | o Kebesaran |
| ☐ Preokupasi | o Kejar/curiga |
| ✓ Pikiran isolasi sosial | o Nihilistik |
| ☐ Ide yang terkait | o Dosa |
| ☐ Pikiran rendah diri | o Sisip pikir |
| ☐ Pesimisme | o Siar pikir |
| ☐ Pikiran magis | o Kontrol pikir |
| ☐ Pikiran curiga | ☐ Lain lain : |

Jelaskan: Klien mengatakan merasa jauh dari masyarakat

b. Bentuk pikir

- ✓ Realistik
- ☐ Non realistik
- ☐ Dereistik
- ☐ Otistik

Jelaskan : Pada saat diberi pertanyaan klien menjawab dengan jawaban yang logis dan masuk akal.

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

9. Kesadaran

- ☐ Orientasi (waktu, tempat, orang)

Jelaskan: Klien dapat berorientasi dengan waktu, tempat, orang.

- ☐ Meninggi

- ☐ Menurun:

- Hipnosa
- Confusion
- ✓ Sedasi
- Stupor

- ☐ Kesadaran berubah

Jelaskan: Pada saat dikaji klien tampak mengantuk.

a. Memori

- ☐ Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan)
- ☐ Gangguan daya ingat jangka menengah (24 jam - ≤ 1 bulan)
- ☐ Gangguan daya ingat pendek (≤ 24 jam)

Jelaskan: Klien dapat mengingat tempat lahir, dan sekolah

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

b. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

1) Konsentrasi

- ☐ Mudah beralih
- ☐ Tidak mampu berkonsentrasi

Jelaskan: Klien mampu berkonsentrasi.

2) Berhitung

Jelaskan: Klien mampu berhitung sederhana

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

c. Kemampuan Penilaian

- ☐ Gangguan ringan
- ☐ Gangguan bermakna

Jelaskan : Saat pengkajian klien diberi sebuah pilihan mandi dan makan klien mengatakan memilih mandi dulu dari pada makan.

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

d. Daya Tilik Diri

- ✓ Mengingkari penyakit yang diderita
- ☐ Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan: Klien mengatakan dirinya sakit, tetapi tidak mengetahui penyakitnya.

Diagnosa Keperawatan: Defisit pengetahuan

9) Kebutuhan Persiapan Pulang (Di Rumah dan RS)

a. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- ☐ Perawatan kesehatan
- ☐ Transportasi
- ☐ Tempat tinggal
- ☐ Keuangan dan kebutuhan lainnya.

Jelaskan:

Klien mengatakan mempunyai rumah di Tegaren, klien tinggal bersama ibu dan kakaknya. Kebutuhan klien di cukupi oleh kakaknya.

b. Kegiatan Hidup Sehari hari

5. Perawatan diri:

(a) Mandi

Jelaskan:

Klien mengatakan mandi 2x sehari. Klien mandi dengan perintah perawat

(b) Berpakaian, berhias dan berdandan

Jelaskan :

Klien mengatakan mampu memakai baju sendiri, klien berpakaian dengan benar. Klien mengganti bajunya 1x sehari.

(c) Makan

Jelaskan :

Klien mengatakan dapat makan secara mandiri, klien makan 3x sehari dan habis 1 porsi.

(d) Toileting (BAK, BAB)

Jelaskan :

Klien mengatakan BAK dan BAB di kamar mandi, klien melakukan toileting secara mandiri.

Diagnosa keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

c. Nutrisi

Berapa frekwensi makan dan frekwensi kudapan dalam sehari

Jelaskan: Klien mengatakan makan 3x sehari dan habis 1 porsi.

Bagaimana nafsu makannya

Jelaskan: Klien mengatakan nafsu makannya baik, tidak mual dan muntah.

Bagaimana berat badannya.

Jelaskan: Klien memiliki berat badan ideal.

Diagnosa keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

d. Tidur

❑ Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama : s/d

Tidur malam, lama : 20.00 s/d 05.00

Aktifitas sebelum/sesudah tidur : melamun

Jelaskan:

Waktu tidur siang klien tidak menentu, klien sebelum tidur terkadang melamun dan terdiam.

❑ Gangguan tidur

- Insomnia
- Hipersomnia
- Parasomnia
- Lain lain

Jelaskan:

Klien mengatakan tidak ada gangguan tidur.

Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

e. Kemampuan lain lain

☐ Mengantisipasi kebutuhan hidup

Klien belum bisa mengantisipasi kebutuhan hidupnya karena klien tidak bekerja.

☐ Membuat keputusan berdasarkan keinginannya

Klien mampu mengambil keputusan berdasarkan keinginannya.

☐ Mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatannya sendiri

Klien belum mampu mengatur penggunaan obat dan tidak mampu periksa sendiri, klien masih memerlukan bantuan keluarga.

Diagnosa keperawatan: Koping tidak efektif

f. Sistem Pendukung Ya Tidak

Keluarga ☒ ☐

Terapis ☐ ☐

Teman ☐ ☐

Kelompok sosial ☐ ☐

Jelaskan :

Klien masih mendapatkan dukungan dari keluarga dengan di bawa ke RSUD untuk mendapatkan perawatan.

Diagnosa keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

10) Mekanisme Koping

Klien mengatakan bingung menghadapi jika ada masalah dalam hidupnya, jika ada masalah klien mengurung diri di kamar dan marah-marah.

Diagnosa keperawatan: Koping tidak efektif

11) Masalah Psikososial dan Lingkungan

Tabel 4. 5 Masalah Psikososial dan Lingkungan

a)	Masalah dengan dukungan kelompok	Klien masih mendapatkan dukungan dari keluarga
b)	Masalah berhubungan dengan lingkungan	Klien mengatakan merasa jauh dari masyarakat
c)	Masalah dengan pendidikan	Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pendidikan, klien lulusan SMA
d)	Masalah dengan pekerjaan	Klien tidak bekerja
e)	Masalah dengan perumahan	Klien mengatakan tidak ada
f)	Masalah dengan ekonomi	Klien mengatakan kebutuhan dipenuhi oleh kakaknya
g)	Masalah pelayanan kesehatan	Klien dan keluarga klien memanfaatkan faskes yang ada.

Diagnosa keperawatan: Isolasi sosial

12) Aspek Pengetahuan

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga tentang :

- ☒ Penyakit/gangguan jiwa
- ☐ Sistem pendukung
- ☐ Faktor pendukung dan pencetus
- ☐ Penatalaksanaan
- ☐ Lain-lain, jelaskan

Jelaskan : Saat ditanya tentang penyakitnya, klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya.

Diagnosa keperawatan: Defisit pengetahuan

13) Aspek Medis

Diagnosa medis: Skizofrenia Paranoid

Terapi:

Inj. Lodomer 2x1 amp (IM)

Chlorpromazine 3x100 mg

Pemeriksaan Lab:

Tanggal: 18 Maret 2025, 09.19 WIB

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Laboratorium

Parameter	Nilai	Rujukan
Hemoglobin	15,6 g/dL	13.5 - 18
Hematokrit	47 %	42.0 – 51.0
Lekosit	$5.2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	4.0 – 10.5
Trombosit	$215 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	150 – 450
Eritrosit	5.10 juta/ μL	3.50 – 4.76
MCV	92.1 fl	78.0 – 100.0
MCH	30.5 pg	31.0 – 37.0
MCHC	33.2 g/dL	37.0 – 54.0
RDW-SD	42.7 fL	37.0 – 54.0
RDW	12.9 %	11.0 – 16.0
PDW	16.1 fL	9.0 – 17.0
MPV	10.8 fL	8.0 – 11.0

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 7 Analisa Data

No.	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Ds : Klien mengatakan “Mboh” Do : a) Berdasarkan rekam medis, sekitar 1 bulan lalu pada tanggal 16 Februari 2025 klien berbicara sendiri, ngelantur, marah-marah, keluyuran. Pada tanggal 17 Maret 2025 klien sempat marah-marah sambil membawa parang. b) Menurut rekam medis, klien pernah masuk di ruang Nusa Indah sebanyak 3x pada tahun 2017, 2018, 2019. Klien dibawa ke ruang Nusa Indah dengan keluhan marah-marah, setiap diberitahu kakaknya disuruh minum obat klien menolak dan marah-marah. c) Emosi klien masih labil ketika sedang berinteraksi klien tiba-tiba menunjukkan tanda-tanda amuk. d) Pandangan pasien tajam, muka tegang. e) TTV TD : 120/86 mmHg N : 84x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit	Resiko Perilaku Kekerasan
2.	Ds : a) Klien mengatakan dirinya sakit, tetapi tidak mengetahui penyakitnya. b) Klien mengatakan “Mboh” Do : Pada saat klien di berikan pertanyaan yang mengarah perilaku kekerasan, klien mendadak diam dan tidak mau menjawab pertanyaan yang di berikan.	Defisit pengetahuan
3.	Ds : Klien mengatakan bingung menghadapi jika ada masalah dalam hidupnya, jika ada masalah klien mengurung diri di kamar dan marah-marah. Do : Klien belum mampu mengatur penggunaan obat dan tidak mampu periksa sendiri, klien masih memerlukan bantuan keluarga.	Koping tidak efektif
4.	Ds : a) Klien mengatakan dirinya merasa jauh dengan masyarakat. b) Klien mengatakan sejak sakit tidak ikut kegiatan di masyarakat. c) Klien mengatakan merasa kesepian karena tidak ada yang mengerti dirinya Do :	Isolasi sosial

	a)	Saat di RS klien jarang berkomunikasi dengan pasien yang lain. Klien lebih sering diam dan tidur.	
	b)	Kontak mata kurang	
5.	Ds :	Klien mengatakan jarang sholat	Resiko distress spiritual
	Do :	Klien tidak sholat selama di RS	

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 8 Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF
1.	19 Maret 2025	Resiko perilaku kekerasan	Dhimas
2.	19 Maret 2025	Defisit pengetahuan	Dhimas
3.	19 Maret 2025	Koping tidak efektif	Dhimas
4.	19 Maret 2025	Isolasi sosial	Dhimas
5.	19 Maret 2025	Resiko distress spiritual	Dhimas

Prioritas Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

4.1.5 Intervensi

Tabel 4. 9 Intervensi

TANGGAL	NO. DX	NOC		NIC	RASIONAL
		TUJUAN	KRITERIA EVALUASI		
19 Maret 2025	1	TUM : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan. TUK 1 : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan (latihan napas dalam).	Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan klien mampu membina hubungan saling percaya dengan kriteria evaluasi : - Klien mau membalas salam - Klien mau menjabat tangan - Klien mau menyebutkan nama - Ada kontak mata - Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau kesal yang dialaminya. - Klien dapat menceritakan tanda dan gejala jengkel atau kesal yang dialaminya.	SP 1 - Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: salam terapeutik, empati, sebut nama dan jelaskan tujuan interaksi - Observasi tanda perilaku kekerasan - Beri kesempatan klien mengungkapkan perasaan - Bantu klien mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal - Diskusikan dengan klien tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan - Observasi TTV - Latih klien melakukan cara mengontrol kemarahan (ajarkan teknik napas dalam).	- Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat sehingga dapat mempermudah melakukan tindakan keperawatan - Untuk mencegah klien melakukan tindakan kekerasan - Untuk mengetahui kondisi klien lebih banyak - Untuk memberikan rasa lega ke klien - Menambah pengetahuan klien tentang perilaku kekerasan - Untuk mengetahui kondisi dasar klien - Membuat perasaan lebih tenang dan nyaman

TUM : Klien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara fisik. TUK 2 : Klien dapat mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik latihan napas dalam, pukul bantal dan kasur.	Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan: a. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik (tarik napas dalam, pukul kasur dan bantal) b. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.	SP 2 1. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien. Berikan pujian atas kegiatan fisik yang bisa dilakukan 2. Diskusikan cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan yaitu tarik napas dalam serta pukul kasur dan bantal 3. Diskusikan cara melakukan pukul bantal dan kasur dengan klien 4. Berikan contoh pada klien cara pukul bantal dan kasur 5. Berikan pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara pukul bantal dan kasur 6. Tanyakan perasaan klien setelah selesai 7. Ajukan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah atau jengkel.	Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
TUM : Klien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan. TUK 3 : Klien dapat mendemonstrasikan	Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan klien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara verbal dengan kriteria evaluasi :	SP 3 1. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien, beri contoh cara bicara yang baik, meminta dengan baik, menolak dengan baik,	Membantu klien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara verbal.

cara sosial/verbal untuk mencegah perilaku kekerasan.	c. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, bicara yang baik) d. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik.	mengungkapkan perasaan dengan baik. 2. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik, meminta dengan baik : “saya minta uang untuk beli jajan”. 3. Menolak dengan baik : “maaf saya tidak bisa melakukan ini” 4. Mengungkapkan perasaan dengan baik : “saya kesal karena permintaan saya tidak dipenuhi”, disertai nada yang rendah 5. Minta klien untuk mengulangi sendiri. 6. Beri pujian pada klien atas keberhasilan.	
TUM : Klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan. TUK 4 : Klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan.	Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan kriteria evaluasi : a. Klien dapat melaksanakan ibadah/berdoa sesuai keyakinan yang dimiliki.	SP 4 1. Jelaskan kepada klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (ibadah : sholat/berdoa). 2. Latih klien cara spiritual (ibadah : sholat/berdoa). 3. Anjurkan untuk memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian.	Membantu klien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual.
TUM : Klien mampu mengatasi atau	Setelah dilakukan 1x pertemuan diharapkan klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan	SP 5	Menyukseskan terapi pengobatan klien.

mengendalikan risiko perilaku kekerasan. TUK 5 : Klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan.	dengan cara patuh minum obat dengan kriteria evaluasi : a. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, pengobatan, dan waktu minum obat serta manfaat dari obat tersebut (prinsip 5 benar : benar orang, obat, dosis, waktu dan cara pemberian).	e. Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien pada klien. f. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter. g. Jelaskan prinsip 5 benar minum obat (nama, obat, dosis, waktu, dan cara pemberian) h. Susun jadwal minum obat bersama klien.
--	--	--

4.1.6 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4. 10 Implementasi dan Evaluasi

TGL/ JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
19 Maret 2025/ Jam 10.00	SP 1 1. Memberikan salam, menyebutkan nama dan tujuan 2. Menunjukkan sikap empati dan menanyakan perasaan klien 3. Mendiskusikan pada klien penyebab perilaku kekerasan Klien mengatakan “Mboh” 4. Mendiskusikan pada klien perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah Saat ditanya klien tidak mau menjawab dan hanya diam 5. Mendiskusikan dengan klien akibat perilakunya Saat ditanya klien tidak mau menjawab dan hanya diam 6. Mendiskusikan tempat, lokasi, waktu dan durasi pertemuan selanjutnya 7. Mengukur TTV TD : 120/86 mmHg N : 84x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit	S : a. Klien menyebutkan namanya b. Klien mengatakan “Aku ngantuk” O : a. K/U cukup b. Klien kooperatif c. Klien bisa menerima kedatangan perawat d. Klien mau berjabat tangan dengan perawat e. Pandangan mata klien tajam, muka tegang f. Kontak mata klien kurang g. Saat diberi pertanyaan klien terkadang hanya diam dan tidak mau menjawab h. TTV TD : 120/86 mmHg N : 84x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit
		A : SP 1 Belum teratasi
		P : Ulangi SP 1
20 Maret 2025/ Jam 09.00	SP 1 1. Memberikan salam, menyebutkan nama dan tujuan 2. Menanyakan perasaan klien 3. Mendiskusikan pada klien penyebab perilaku kekerasan Klien mengatakan “Alah mas embuh” 4. Mendiskusikan pada klien perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah Klien mengatakan “ora eroh” 5. Mendiskusikan dengan klien akibat perilakunya “Klien mengatakan “ora eroh” 6. Mendiskusikan tempat, lokasi, waktu dan durasi pertemuan selanjutnya 7. Mengukur TTV TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit	S : a. Klien mengatakan “Nyapo aku digowo rene” O : a. K/U cukup b. Klien kooperatif c. Pandangan mata klien tajam, muka tegang d. Kontak mata klien kurang e. TTV TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit
		A : SP 1 Belum teratasi
		P : Ulangi SP 1

S : 36,3 C RR : 20 x/menit		
21 Maret 2025/ Jam 10.00	SP 1 1. Memberikan salam, menyebutkan nama dan tujuan 2. Mendiskusikan pada klien penyebab perilaku kekerasan Klien mengatakan “Dwi nek omah panggah ngono ae. Ning omah panggah disalahne, opo ae sing tak lakokne kabeh salah” 3. Mendiskusikan pada klien perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah Klien mengatakan “Nesu-nesu, ngamuk” 4. Mendiskusikan dengan klien akibat perilakunya Klien mengatakan “Jane yo gur nesu-nesu, tinggal nyang kamar, pas nek kamar lawangku di dobrak terus digowo rene” 5. Mengedukasi klien tentang penyakit yang diderita saat ini 6. Mendiskusikan dengan klien apakah klien mau mempelajari cara baru untuk mengungkapkan marah yang sehat 7. Mengajari klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam 8. Membuat kontrak yang jelas dengan klien untuk berlatih cara-cara baru untuk mengungkapkan marah yang sehat 9. Mendiskusikan tempat, lokasi, waktu dan durasi pertemuan selanjutnya 10. Mengukur TTV TD : 120/80 mmHg N : 76x/menit S : 36,5 C RR : 20 x/menit	S : a. Klien mengatakan “Aku asline cegeh wisan Dwi ngono kae” O : a. K/U cukup b. Klien kooperatif c. Pandangan mata tajam d. Kontak mata klien kurang e. Klien dapat latihan nafas dalam dengan baik f. TTV TD : 110/80 mmHg N : 76x/menit S : 36,5 C RR : 20 x/menit A : SP 1 Teratasi P : Lanjut SP 2

22 Maret 2025 / Jam 10.00	SP 2	1. Mengevaluasi latihan nafas dalam 2. Melatih klien cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan memukul bantal dan kasur 3. Mengajari klien menyusun jadwal kegiatan harian 4. Mengevaluasi perasaan klien 5. Memberikan pujian pada klien 6. Mengukur TTV TD : 110/70 mmHg N : 80 x/meit S : 36.5 C RR : 20 x/menit	S : Klien mengatakan “Aku nek kene wes pirang dino” O : a. K/U cukup b. Klien kooperatif c. Ada kontak mata saat bicara d. Klien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal dan kasur e. TTV TD : 110/70 mmHg N : 80 x/meit S : 36.5 C RR : 20 x/menit A : SP 2 Tercapai P : a. Mempertahankan SP 1 dan 2 b. Lanjutkan SP 3
23 Maret 2025 / Jam 15.00	SP 3	1. Mengevaluasi latihan memukul bantal dan kasur 2. Melatih klien mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik) 3. Mengedukasi klien tentang pentingnya berkomunikasi dengan orang lain 4. Mengajarkan klien untuk mengungkapkan perasaan atau masalah yang dialaminya kepada orang lain 5. Mengajarkan klien untuk bercakap 6. Mengajari klien menyusun jadwal kegiatan harian 7. Mengukur TTV TD : 120/70 mmHg N : 85 x/menit S : 36.3 C RR : 20 x/menit	S : Klien mengatakan “Aku kapan muleh” “Muleh bodho lekno” “Wong nek omah pora marem, lek aku nek kene” “Carane tarik napas ambi mukul kasur” O : a. K/U cukup b. Klien kooperatif c. Ada kontak mata saat bicara d. TTV TD : 120/70 mmHg N : 85 x/menit S : 36.3 C RR : 20 x/menit A : SP 3 Tercapai P : a. Mempertahankan SP 1,2 dan 3 b. Lanjutkan SP 4
24 Maret 2025 / Jam 15.00	SP 4	1. Mengevaluasi latihan meminta dan menolak dengan cara yang baik.	S : Klien mengatakan “Aku pengin muleh mas”

		2. Menjelaskan kepada klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (ibadah : sholat/berdoa). 3. Melatih klien cara spiritual (ibadah : sholat/berdoa). 4. Menganjurkan untuk memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian 5. Mengukur TTV TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36.5 C RR : 20 x/menit	“Kusno kae kok wes muleh, pirang dino kae wonge” “Bodho nek kene lekno” “Saiki wes biasa, yo ora nesu-nesu” “Astagfirullahalazdim” O : a. K/U cukup b. Klien kooperatif c. Ada kontak mata saat bicara d. TTV TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36.5 C RR : 20 x/menit A : SP 4 teratasi P : a. Pertahankan SP 1,2,3 dan 4 b. Lanjutkan SP 5
25 Maret 2025 / jam 10.00	SP 5	1. Mengevaluasi cara spiritual 2. Menjelaskan jenis obat yang diminum klien 3. Mendiskusikan mnfaat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter 4. Menjelaskan 5 prinsip benar minum obat (nama klien, obat, dosis, cara dan waktu) 5. Menyusun jadwal minum obat bersama klien 6. Mengevaluasi SP 1 - 5 7. Mengukur TTV TD : 110/80 mmHg N : 94 x/menit S : 36 C RR : 20 x/menit	S : Klien mengatakan “Kapan mas mulehku, isik suwi to” “Pasien nek kene paling dilut pirang dino” “Sholat subuh maeng, jamaah. Deingi yo sholat” “Warna obate oren abang-abang” “Carane tarik napas ambi mukul kasur, lek omong ndak oleh nyentak-nyentak, sholat, ngombe obat” O : a. K/U cukup b. Klien kooperatif c. Ada kontak mata saat bicara d. TTV TD : 110/80 mmHg N : 94 x/menit S : 36 C RR : 20 x/menit A : Masalah teratasi P : Pertahankan SP 1-5

4.1.7 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan Jiwa

Tabel 4. 11 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan Jiwa

No	Analisis		
	Teori	Fakta	Kesenjangan
1.	PENGKAJIAN		
a)	Identitas Klien Identitas klien meliputi nama , umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis dan identitas penanggung jawab. (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016)	Berdasarkan penelitian klien Bernama Sdr. T, berusia 28 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, klien belum menikah, pendidikan terakhir SMA, alamat klien RT 09 RW 03 Tegaren, Tugu, Trenggalek. Tanggal masuk 18 Maret 2025. Tanggal pengkajian 19 Maret 2025.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
b)	Alasan Masuk Klien dibawa ke rumah sakit dengan alasan adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain atau lingkungan, mengancam (Yosep & Sutini, 2014).	Berdasarkan rekam medis, Klien MRS karena mengamuk di rumah. Sekitar 1 bulan lalu pada tanggal 16 Februari 2025 klien berbicara sendiri, ngelantur, marah-marah, keluyuran. Pada tanggal 17 Maret 2025 klien sempat marah-marah sambil membawa parang. Keluarga meminta tolong kepada pihak desa untuk membawa klien ke Puskesmas, setelah itu klien di bawa ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
c)	Faktor Presipitasi Bisa secara biologis seperti gangguan pada otak, putus obat. Bisa secara psikologis yaitu perasaannya terhadap stressor. Bisa juga secara sosial yaitu stressor di lingkungan seperti keluarga, pendidikan, ekonomi, dan pekerjaan (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Berdasarkan rekam medis, Klien putus obat $\pm$ 1,5 tahun , klien juga tidak rutin kontrol.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

d) Faktor Predisposisi		
(1) Adanya riwayat gangguan jiwa sebelumnya (Keliat & Akemat, 2010).	Menurut rekam medis, klien pernah masuk di ruang Nusa Indah sebanyak 3x pada tahun 2017, 2018, 2019. Klien dibawa ke ruang Nusa Indah dengan keluhan marah-marrah, setiap diberitahu kakaknya disuruh minum obat klien menolak dan marah-marrah. Pada tahun 2019 setelah pulang dari RS, klien hanya kontrol 1 kali, setelah itu klien putus kontrol. Karena gejala klien muncul lagi pada tahun 2023 klien dibawa ke tempat pak purnomo.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.
(2) Adanya perasaan masa lalu yang tidak menyenangkan (Keliat & Akemat, 2010).	Klien mengatakan tidak ada	Ada kesenjangan antara teori dan fakta.
(3) Seseorang yang pernah mempunyai riwayat gangguan fisik, penggunaan NAPZA, dan trauma kemungkinan dapat mengalami gangguan pada otak yang berhubungan gangguan serebral dibuktikan dengan munculnya perilaku agresif dan tindakan kekerasan.	Menurut rekam medis, klien pernah mengonsumsi pil double L ketika SMA	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.
(4) Orang yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa beresiko untuk mengalami kondisi yang sama (Kirana, 2022).	Menurut rekam medis, klien memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu kakaknya. Kakak klien pernah di rawat di ruang Nusa Indah dengan keluhan mengamuk dan marah-marrah.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.
e) Psikososial		
(1) Genogram		
Biasanya menggambarkan klien dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh (Keliat & Akemat, 2010).	Menurut rekam medis, klien memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu kakaknya.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

(2) Konsep diri Citra tubuh, identitas, peran, ideal diri, dan harga diri (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, Klien mengatakan nama sdr. T umur 28 tahun. Klien mengatakan anak ke 3 dari 4 bersaudara. Klien mengatakan jika pulang ingin bekerja. Klien mengatakan sejak sakit merasa jauh dari keluarga.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(3) Hubungan sosial Hubungan sosial pada klien dengan RPK terganggu karena adanya risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak terkontrol (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Klien mengatakan merasa jauh dengan masyarakat. Saat di RS klien jarang berkomunikasi dengan pasien yang lain. Klien lebih sering diam dan tidur.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(4) Spiritual Pada klien dengan RPK nilai spiritual dianggap tidak berguna.	Klien mengatakan beragama Islam, klien mengatakan jarang sholat	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
f) Pemeriksaan Fisik Umumnya pada klien dengan resiko perilaku kekerasan tekanan darah akan meningkat, pernapasan meningkat, napas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Pandangan klien tajam namun kooperatif saat diajak berkomunikasi. TTV TD : 120/86 mmHg N : 84x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
g) Status Mental (1) Penampilan Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, penampilan tidak	Penampilan klien tampak rapi, bersih dan pakaian sesuai dengan ketentuan di ruangan, klien memakai baju dengan benar tidak terbalik, klien mandi 2x sehari.	Ada kesenjangan antara teori dan fakta

	rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi, rambut kotor dan tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).		
(2) Pembicaraan	Pada klien RPK cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, menggunakan kata-kata kotor (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Saat ditanya klien berbicara sedang (tidak cepat tidak lambat) dan nadanya sedang, Klien berbicara sedikit dan seperlunya.	Ada kesenjangan antara teori dan fakta
(3) Aktivitas Motorik	Pada klien dengan RPK, aktivitas motoriknya cenderung agresif, menyerang diri sendiri maupun orang lain, terlihat tegang, gelisah, muka merah, dan jalan mondar-mandir (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Klien menunjukkan perilaku kekerasan, yaitu pandangan mata klien tajam, muka tegang.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(4) Afek dan Emosi	Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan afek yang muncul adalah labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, melempar atau membanting barang, berteriak-teriak (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Pasien terkadang mengalami perubahan emosi. Saat sedang berinteraksi pasien sering tiba-tiba menunjukkan tanda-tanda amuk seperti pandangan mata tajam, muka tegang.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(5) Interaksi selama wawancara	Klien dengan RPK biasanya tampak mudah marah, defensif, curiga, sinis, menolak dengan kasar, bermusuhan baik secara kata-	Kontak mata klien kurang, saat di ajak ngobrol dalam waktu yang lama, klien terlihat tidak nyaman.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).		
(6) Persepsi Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Saat di kaji tidak ditemukan gangguan persepsi sensorik	Ada kesenjangan antara teori dan fakta
(7) Proses fikir Sirkumstansial, Tengensial, Kehilangan Asosiasi, <i>Flight Off Ideas</i> , <i>Bloking</i> , Perseverasi.	Pada saat klien di berikan pertanyaan yang mengarah perilaku kekerasan, klien mendadak diam dan tidak mau menjawab pertanyaan yang di berikan.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(8) Isi pikir Obsesi, Phobia, Hipokondria, Depersonalisasi, Ide yang tekait, Pikiran magis, Waham (Keliat & Akemat, 2010).	Klien mengatakan merasa jauh dari masyarakat	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(9) Tingkat kesadaran Bingung, Sedasi, Stupor	Pada saat dikaji klien tampak mengantuk.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(10) Memori Memori klien dengan RPK masih bisa mengingat kejadian jangka pendek maupun jangka panjang (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Klien dapat mengingat tempat lahir, dan sekolah	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(11) Tingkat konsentrasi dan berhitung Mudah di alihkan, Tidak mampu berkonsentrasi, Tidak mampu berhitung (Keliat & Akemat, 2010)	Klien mampu berkonsentrasi. Klien mampu berhitung sederhana.	Ada kesenjangan antara teori dan fakta

(12) Kemampuan penilaian Pada klien dengan RPK tidak dapat mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Saat pengkajian klien diberi sebuah pilihan mandi dan makan klien mengatakan memilih mandi dulu dari pada makan.	Ada kesenjangan antara teori dan fakta
(13) Daya tilik diri Klien gangguan jiwa sering mengingkari penyakit yang diderita, menyalahkan hal-hal di luar dirinya (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Klien mengatakan dirinya sakit, tetapi tidak mengetahui penyakitnya.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
h) Kebutuhan persiapan pulang		
(1) Mandi Biasanya klien jarang mandi, tidak tahu cara mandi, tidak gosok gigi, tidak mencuci rambut, tidak menggunting kuku, tubuh klien tampak kusam dan badan klien mengeluarkan aroma bau. Klien hanya merawat kebersihan ketika disuruh.	Klien mengatakan mandi 2x sehari. Klien mandi dengan perintah perawat.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(2) Berpakaian Cara berpakaian klien, tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian berkurang (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Klien mengatakan mampu memakai baju sendiri, klien berpakaian dengan benar. Klien mengganti bajunya 1x sehari.	Ada kesenjangan antara teori dan fakta
(3) Makan Biasanya klien tidak mengalami perubahan.	Klien mengatakan dapat makan secara mandiri, klien makan 3x sehari dan habis 1 porsi.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

(4) Toileting Biasanya klien dengan RPK tidak ada gangguan saat BAB/BAK.	Klien mengatakan BAK dan BAB di kamar mandi, klien melakukan toileting secara mandiri.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
(5) Tidur Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum dan sesudah tidur. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kualitas tidurnya pun berubah-ubah kadang nyenyak kadang gelisah.	Waktu tidur siang klien tidak menentu. Klien sebelum tidur terkadang melamun dan terdiam.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
i) Mekanisme koping Klien dengan RPK biasanya menggunakan respon maladaptif saat menghadapi suatu permasalahan (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).	Klien mengatakan bingung menghadapi jika ada masalah dalam hidupnya, jika ada masalah klien mengurung diri di kamar dan marah-marah.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
j) Masalah psikososial dan lingkungan Biasanya klien merasa ditolak oleh keluarga/kelompok/masyarakat. Umumnya disebabkan oleh kurangnya dukungan dari keluarga, pendidikan yang kurang, masalah dengan sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan.	Klien mengatakan merasa jauh dari masyarakat	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
k) Pengetahuan Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan kurang mengetahui tentang penyakitnya, juga akibat dari berhenti konsumsi obat dan fungsi obat yang dikonsumsi.	Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
2.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
Dari pohon masalah di atas dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul dari	1. Resiko perilaku kekerasan Ds:	Ada kesenjangan antara teori dan fakta

pengkajian adalah risiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Fitria, 2010).	Klien mengatakan “Mboh” Do: a) Berdasarkan rekam medis, sekitar 1 bulan lalu pada tanggal 16 Februari 2025 klien berbicara sendiri, ngelantur, marah-marrah, keluyuran. Pada tanggal 17 Maret 2025 klien sempat marah-marrah sambil membawa parang. b) Menurut rekam medis, klien pernah masuk di ruang Nusa Indah sebanyak 3x pada tahun 2017, 2018, 2019. Klien dibawa ke ruang Nusa Indah dengan keluhan marah-marrah, setiap diberitahu kakaknya disuruh minum obat klien menolak dan marah-marrah. c) Emosi klien masih labil ketika sedang berinteraksi klien tiba-tiba menunjukkan tanda-tanda amuk. d) Pandangan pasien tajam, muka tegang. e) TTV TD : 120/86 mmHg N : 84x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit 2. Defisit pengetahuan Ds: a) Klien mengatakan dirinya sakit, tetapi tidak mengetahui penyakitnya. b) Klien mengatakan “Mboh” Do: Pada saat klien di berikan pertanyaan yang mengarah perilaku kekerasan, klien mendadak diam dan tidak mau menjawab pertanyaan yang di berikan. 3. Koping tidak efektif Ds:
--	--

	Klien mengatakan bingung menghadapi jika ada masalah dalam hidupnya, jika ada masalah klien mengurung diri di kamar dan marah-marah. Do: Klien belum mampu mengatur penggunaan obat dan tidak mampu periksa sendiri, klien masih memerlukan bantuan keluarga. 4. Isolasi sosial Ds: a) Klien mengatakan dirinya merasa jauh dengan masyarakat. b) Klien mengatakan sejak sakit tidak ikut kegiatan di masyarakat. c) Klien mengatakan merasa kesepian karena tidak ada yang mengerti dirinya Do: a) Saat di RS klien jarang berkomunikasi dengan pasien yang lain. Klien lebih sering diam dan tidur. b) Kontak mata kurang 5. Resiko distress spiritual Ds: Klien mengatakan jarang sholat Do: Klien tidak sholat selama di RS
3.	INTERVENSI KEPERAWATAN
Strategi Pelaksanaan	SP untuk klien
a) Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan , dan menyebabkan beresiko untuk melakukan perilaku kekerasan dengan (latihan nafas dalam)	a) Klien dapat membina hubungan saling percaya mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan dengan (latihan nafas dalam) (SP 1) Tidak ada kesenjangan antara fakta dengan teori

b) Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (pukul bantal dan kasur) c) Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang 2 cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan marah secara verbal dengan menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan dengan baik, susun jadwal mengungkapkan marah secara verbal) d) Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan sholat/berdoa e) Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu klien meminum obat dengan prinsip lima benar)	b) Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu dengan (pukul bantal dan kasur) (SP 2) c) Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan (secara verbal) yaitu dengan menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik (SP 3) d) Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual (sholat/berdoa) (SP 4) e) Klien dapat memanfaatkan obat dengan menggunakan prinsip 5 benar (SP 5)
4.	PELAKSANAAN EVALUASI
Evaluasi dapat dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai pola pikir (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning).	Dalam penelitian, saat dilakukan evaluasi oleh peneliti selama 7 hari pada tiap strategi pelaksanaan (SP) klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan serta cara mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasannya

4.2 Pembahasan dan Hasil Analisis

Berdasarkan hasil penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek, dengan partisipan Sdr. T didapatkan hasil sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

a) Faktor predisposisi

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa tidak ada kejadian masa lalu yang tidak menyenangkan.

Menurut teori klien dengan gangguan jiwa bisa terjadi karena Adanya perasaan masa lalu yang tidak menyenangkan (Keliat & Akemat, 2010).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Peneliti berpendapat bahwa, klien mengalami gangguan jiwa bukan dari adanya kejadian masa lalu yang tidak menyenangkan, dimungkinkan dari faktor predisposisi yaitu pada adanya riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Hal ini dibuktikan dari data objektif klien memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu kakaknya.

b) Status mental

1) Penampilan

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa Penampilan klien tampak rapi, bersih dan pakaian sesuai

dengan ketentuan di ruangan, klien memakai baju dengan benar tidak terbalik, klien mandi 2x sehari.

Menurut teori klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi, rambut kotor dan tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

Berdasarkan uraian di atas peneliti berpendapat bahwa klien sudah mendapat terapi dan oleh perawat ruangan diajari cara berpakaian dengan benar dan sesuai sehingga keadaan klien dapat berpakaian rapi dan sesuai. Selain itu, kebiasaan berpakaian klien selama di rumah, dan tidak ada informasi bahwa klien mengalami gangguan penampilan.

2) Pembicaraan

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa klien berbicara sedang (tidak cepat tidak lambat) dan nadanya sedang, Klien berbicara sedikit dan seperlunya.

Menurut teori pada klien RPK cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, menggunakan kata-kata kotor (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

Berdasarkan uraian di atas peneliti berpendapat bahwa klien sudah mendapatkan terapi obat dari dokter sehingga klien lebih tenang dan kooperatif.

3) Persepsi

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa pada klien tidak ditemukan gangguan persepsi sensori.

Menurut teori pada klien dengan perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

Berdasarkan uraian di atas peneliti berpendapat bahwa klien tidak mengalami persepsi sensori dikarenakan penyebab awal yang terjadi pada klien disebabkan klien merasa dirinya selalu disalahkan sehingga klien melampiaskan dengan mengamuk dan marah-marah.

4) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa, klien mampu berkonsentrasi dan klien mampu berhitung sederhana.

Menurut teori klien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan tingkat konsentrasi dan berhitungnya mudah teralihkan, tidak mampu berkonsentrasi, dan tidak mampu berhitung (Keliat & Akemat, 2010)

Berdasarkan uraian di atas peneliti berpendapat bahwa klien mampu melakukan berhitung sederhana dan saat disuruh berhitung klien mampu berkonsentrasi sampai hitungannya selesai. Hal ini dikarenakan klien tidak

mengalami gangguan memori, serta penyakit klien masih dalam rentang respon yang baik.

5) Kemampuan penilaian

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa, klien dapat mengambil keputusan. Saat perawat bertanya apakah klien ingin mandi dulu atau makan dahulu klien memilih untuk makan terlebih dahulu.

Menurut teori, klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak dapat mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

Berdasarkan uraian di atas peneliti berpendapat bahwa kemampuan klien dalam mengambil keputusan dipengaruhi oleh keinginan yang kuat dari klien dan kebiasaan klien dalam memutuskan suatu pilihan secara mandiri.

c) Kebutuhan persiapan pulang

1) Berpakaian

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa, klien mampu memakai baju sendiri, klien berpakaian dengan benar. Klien mengganti bajunya 1x sehari.

Menurut teori cara berpakaian klien, tidak seperti biasanya, kemampuan klien dalam berpakaian berkurang (Azizah, Zaunuri, & Akbar, 2016).

Berdasarkan uraian di atas peneliti berpendapat bahwa, klien mampu berpakaian dan berhias dengan baik karena kebiasaan sehari-hari saat di rumah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam pengkajian keperawatan diperoleh fakta bahwa diagnosa yang muncul pada klien yaitu resiko perilaku kekerasan. Selain diagnosa tersebut muncul komponen diagnosa keperawatan lainnya yaitu defisit pengetahuan, koping tidak efektif, isolasi sosial dan resiko distress spiritual.

Menurut (Fitria, 2010) diagnosa keperawatan yang ada pada klien yaitu resiko perilaku kekerasan, pada saat penelitian didapatkan diagnosa keperawatan yang sama yaitu risiko perilaku kekerasan. Sedangkan untuk data subjektif dan data objektif terdapat perbedaan seperti yang tertera pada tabel analisis teori dan fakta asuhan keperawatan jiwa.

Berdasarkan uraian tersebut terdapat kesenjangan antara teori dan fakta, dimana diagnosa yang muncul ada 5 diagnosa. Sedangkan secara teori diagnosa pada klien resiko perilaku kekerasan ada 1 diagnosa. Peneliti berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri, sehingga diagnosa yang muncul yaitu 5 diagnosa yang dapat di rumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun intervensi diperoleh fakta bahwa intervensi dilakukan setelah menemukan diagnosa yang muncul dan digunakan untuk merencanakan tindakan yang akan dilakukan.

Berdasarkan teori intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori yang telah ada, intervensi diambil dari Nurfarida (2021).

Peneliti berpendapat bahwa penyusunan intervensi sesuai antara fakta dan teori bahwa penyusunan intervensi disesuaikan oleh diagnosa keperawatan yang muncul.

4.2.4 Implementasi

Implementasi dilakukan selama 7 hari pada Sdr. T yakni pada tanggal 19 Maret sampai dengan 25 Maret 2025. Implementasi yang dilakukan mengacu kepada intervensi yang telah ditetapkan.

Implementasi adalah rencana tindakan yang telah disusun perawat sebagai solusi dari masalah keperawatan yang di hadapi klien (Tukatman, 2023).

Berdasarkan uraian diatas peneliti berpendapat bahwa terdapat kesesuaian antara teori dan fakta bahwa implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi, tetapi tidak semua intervensi dapat di implementasikan pada klien karena menyesuaikan keadaan klien. Dalam implementasi keperawatan pada klien menggunakan SP 1: membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengendalikan perilaku

kekerasan dengan (latihan nafas dalam), SP 2: membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (pukul bantal/Kasur), SP 3: membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal, SP 4: membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (sholat berdoa), SP 5: membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat. Selama penelitian kepada klien dilakukan 5 SP dalam waktu 7 hari.

4.2.5 Evaluasi

Dalam penelitian, saat dilakukan evaluasi oleh peneliti selama 5 hari pada tiap strategi pelaksanaan (SP) klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda dan jenis perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan serta cara mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan.

Menurut Prabowo (2014), evaluasi adalah proses keberlanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam SOAP (Subyektif, Obyektif, Assessment, Planning).

Berdasarkan uraian diatas peneliti berpendapat bahwa teori dan fakta sesuai, evaluasi saat melakukan penelitian digunakan untuk mengobservasi perkembangan klien dan melanjutkan tindakan keperawatan klien.

BAB 5

KESIMPULAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa secara umum Asuhan Keperawatan pada Sdr. T dengan diagnosa *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr.Soedomo Trenggalek.

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian tidak semua tanda gejala muncul. Pada penelitian ini ditemukan beberapa kesenjangan pada faktor predisposisi, status mental, kebutuhan persiapan pulang dan diagnosa keperawatan. Hasil pengkajian menunjukkan pasien dengan resiko perilaku kekerasan yang meliputi pandangan klien tajam, muka tegang, emosi labil.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisis data yang terkumpul, peneliti dapat menyimpulkan prioritas diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah Risiko Perilaku Kekerasan.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori, literatur dari kepustakaan dan referensi yang ada. Dari berbagai teori yang dituliskan, ternyata pasien dapat mengaplikasikan semua strategi pelaksanaan 1 sampai strategi pelaksanaan 5. Intervensi yang dilaksanakan menyesuaikan dengan kebutuhan atau kondisi klien.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dilakukan karena peneliti juga harus melihat kondisi pasien.

5.1.5 Evaluasi

Pada diagnosa yang muncul dilakukan evaluasi selama 7 hari. Didapatkan hasil bahwa klien mampu mengontrol perilaku kekerasan. Klien mampu mempertahankan orientasinya dan memahami akibat dari perilakunya. Klien juga mampu mempraktekkan cara-cara mengontrol marah yaitu dengan menarik nafas dalam dan menghembuskan dengan pelan, mengontrol marah dengan memukul kasur/bantal saat tiba-tiba rasa marah muncul, latihan mengungkapkan rasa marah dengan baik secara verbal, mengontrol marah dengan berdoa dan sholat dan mengontrol marah dengan rutin meminum obat. Namun pada klien yang mengalami gangguan jiwa perlu dilakukan pendekatan secara terus menerus dan membina hubungan saling percaya, lebih sering diberi latihan cara mengendalikan emosi, sebagai upaya perawatan klien Skizofrenia dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

5.1.6 Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan Jiwa

Peneliti menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yaitu mulai dari faktor predisposisi, status mental, kebutuhan persiapan pulang dan diagnosa keperawatan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Insitusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi institusi, agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan professional.

5.2.2 Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan bahan masukan dan evaluasi yang dapat dipergunakan dalam pelaksanaan praktek layanan keperawatan khususnya pada klien *skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

5.2.3 Bagi Responden

Dari hasil penelitan ini dapat memberikan pengetahuan serta informasi dalam perawatan diri pada klien resiko perilaku kekerasan terutama dalam mengaplikasikan cara-cara sehat untuk mengungkapkan rasa marah. Serta klien dapat mempraktikan secara langsung dalam kehidupan sehari-hari

5.2.4 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan peneliti dapat menambah ilmu, wawasan, dan pengetahuan dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama menempuh pendidikan di Polkesma Prodi D3

Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek. Diharapkan dapat menjadi panduan bagi peneliti selanjutnya, sehingga dapat melanjutkan penelitian tentang resiko perilaku kekerasan lebih luas lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amimi, R., Malfasari, E., Febrina, R., & Maulinda, D. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia.
- Ardani, T. A. (2013). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Bandung: Karya Putra Darwati.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azizah, L. M., Zaunuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- Dalami, E., Suliswati, Rochimah, Suryati, K. R., & Lestari, w. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: TIM.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Rangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Fitria, N. (2010). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan Sp)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Halfida, N. H. (2017, Desember). *Stigma Keluarga Yang Memiliki Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa*. Diambil kembali dari Universitas Airlangga: <https://repository.unair.ac.id/62100/>
- Ipkindonesia. (2017). <https://www.ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf>.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Maramis, W. F. (2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

- Mashudi, S. (2021). *Asuhan Keperawatan Skizofrenia*. Surabaya: Global Aksara Pres.
- Nancye, P. M. (2015). Pengaruh Terapi Keluarga Terhadap Dukungan keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Masalah Perilaku Kekerasan Di Kota Surabaya. *Jurnal Keperawatan*.
- Ningrum, C. R. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- Nurfarida, F. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek*.
- Nurhalimah. (2016). *Modul Bahan Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Nursalam. (2009). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dan Praktik Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pardede, J. A. (2020). Ekspresi Emosi Keluarga Yang Merawat Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prof. Dr. Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: ALFABETA.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2010). *Kalpan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta: EGC.
- Sefrina, F. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga dan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*.

- Silviyana, A., Kusumajaya, H., & Fitri, N. (2024). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*.
- Siti Zahnia, D. W. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904>.
- Sovitriana, R. (2019). *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia*. Ponorogo: Uwais Inspirasi Indonesia.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Mosby Elsevier.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Tukatman, H. (2023). *Keperawatan Jiwa*. Surabaya: Pustaka Aksara.
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wuryaningsih, E. W., Hamid, A. Y., & Helena, N. (2013). Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Mencegah Kekambuhan Perilaku Kekerasan Pasien Pasca Hospitalisasi RSJ. *Jurnal Keperawatan Jiwa*.
- Yosep, I., & Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Fefika Aditama.
- Yudhantara, D. S., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*. Malang: UB Press.
- Yusuf, A., PK Fitryasari, R., & Hayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

FORMULIR PENGAJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Dhimas Bachtiar Dwinanda

NIM : P17240223045

Judul tugas akhir yang diusulkan berdasarkan prioritas :

No	Bidang/Departemen	Judul
1.	Keperawatan Jiwa	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien <i>Skizofrenia</i> Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek
2		
3		

Hari/Tanggal Pengumpulan : Senin, 21 Januari 2025

Pukul : 19.00 WIB

Mengetahui

Koordinator MK Karya Tulis Ilmiah

(Awan Hariyanto, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIP: 919800707201901101

Trenggalek, 21 Januari 2025

Mahasiswa,

(Dhimas Bachtiar Dwinanda)
NIM.P17240223045

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Dhimas Bachtiar Dwinanda

NIM : P17240223045

NAMA PEMBIMBING : Ns. Tunik , S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	21 Januari 2025	- Pemilihan Departemen Keperawatan (Departemen Jiwa) - Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien <i>Skizofrenia</i> Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek)	
2.	22 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Alinea 1 Menambahkan gejala dan resiko pada penderita PK - Alinea 2 Menambahkan data yang mengarah ke PK	

3.	23 Januari 2025	• Alinea 3 Menambahkan faktor predisposisi dan presipitasi Menambahkan gejala yang kearah resiko PK	
4.	24 Januari 2025	Revisi BAB 2 • Diagnosis keperawatan Untuk HDR tidak perlu diantumkan • Intervensi Sebutkan TUK-nya SP disesuaikan dengan TUK	
5.	30 Januari 2025	Revisi BAB 3 • Lengkapi partisipan Revisi BAB 2 • Melengkapi bagian SP	
6.	31 Januari 2025	Revisi BAB 3 • Revisi bagian partisipan	
7.	3 Februari 2025	Revisi BAB 3 • Revisi bagian partisipan	
8.	4 Februari 2025	Siapkan SEMPRO ACC	
9.	21 April 2025	Revisi BAB 4 • Lengkapi data alasan masuk	

10.	22 April 2025	• Lengkapi pada factor predisposisi • Revisi genogram • Cantumkan semua diagnosa yang ditemukan di analisa data • Revisi pada pembahasan dan hasil analisis	
11.	23 April 2025	Revisi BAB 4 • Revisi bagian diagnosa keperawatan	
12.	6 Mei 2025	ACC Siapkan Semhas	
13.	7 Mei 2025	ACC KTI	

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Penguji



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Dhimas Bachtiar Dwinanda

NIM : P17240223045

NAMA PEMBIMBING : Ns. Rahayu Niningasih , S.Kep., M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	7 Februari 2025	Revisi BAB 1 • Alinea 1 : Ditambahkan fenomena • Alinea 2 : Lengkapi data angka kejadian • Alinea 4 : Sesuaikan dengan penatalaksanaan di BAB 2 Revisi BAB 2 • Revisi bagian rentang respon • Sesuaikan konsep askep dengan format askep jiwa	
2.	17 Februari 2025	Revisi BAB 2 • Lengkapi konsep askep	
3.	18 Februari 2025	ACC PROPOSAL KTI LANJUTKAN PENELITIAN	
4.	7 Mei 2025	Revisi BAB 4 • Lengkapi data pengkajian • Revisi bagian diagnosa keperawatan • Revisi bagian implementasi • Revisi kesenjangan teori dan fakta	

5.	15 Mei 2025	Revisi pohon masalah Tambahkan manajemen mengendalikan marah di BAB 2	
6.	23 Mei 2025	ACC KTI	

Lampiran 4 Lembar Persetujuan (Informed Consent)

LEMBAR PERSETUJUAN**(INFORMED CONCENT)**

Nama saya Dhimas Bachtiar Dwinanda. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah Rsud dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek, 21 Maret 2025


(.....Supern.....)

Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN**(INFORMED CONCENT)**

Nama saya Dhimas Bachtiar Dwinanda. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah Rsud dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek, 21 Maret 2025


(.....Suparh.....)

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Akademik



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 ☎ (0341) 566075
 🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 26 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/118/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth. Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : DHIMAS BACHTIAR DWINANDA

NIM : P17240223045

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Nusa Indah

3. Peneliti.

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 14 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 21 /406.010.001/18.00/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
 Poltekkes Kemenkes Malang
 di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/118/2025 tanggal 26 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : DHIMAS BACHTIAR DWINANDA
 NIM : P17240223045
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek**".

Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid. Pengembangan dan Pengendalian



SUJONO, SST, M. Kes
 Pembina
 NIP. 197410201996031003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
 2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
 3. Sdr. Ka.
 RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
 4. Sdr. Peneliti
 5. Arsip

Lampiran 8 Format Pengkajian

**PENGKAJIAN
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

Tanggal MRS :
 Tanggal Dirawat di Ruangan :
 Tanggal Pengkajian :
 Ruang Rawat :

I. IDENTITAS KLIEN

Nama :
 Umur :
 Alamat :
 Pendidikan :
 Agama :
 Status :
 Pekerjaan :
 Jenis Kel. :
 No. CM :

II. ALASAN MASUK

- a. Data Primer

- b. Data Sekunder

- c. Keluhan Utama Saat Pengkajian

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**IV. FAKTOR PRESIPITASI (6 bulan terakhir)**

- a. Riwayat kesehatan (bio, psiko, sosial, spiritual)

Diagnosa Keperawatan :

- b. Riwayat bunuh diri (Isyarat, Ancaman, Percobaan)

Jelaskan:

Diagnosa Keperawatan :

V. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (FAKTOR PREDISPOSISI)

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

- ☐ Ya
☐ Tidak

Jika Ya, Jelaskan kapan, tanda gejala/keluhan/upaya yg dilakukan dan hasilnya :

Diagnosa Keperawatan :

2. Faktor Penyebab/Pendukung :

a. Riwayat traumatis

	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1. Aniaya fisik				
2. Aniaya seksual				
3. Penolakan/Pengabaian				
4. Kekerasan dalam keluarga				
5. <i>Bullying</i>				

*) Catatan: isian pelaku, korban, saksi diisi dengan (√)Jelaskan:

Diagnosa Keperawatan :

b. Riwayat bunuh diri (Isyarat, Ancaman, Percobaan)

Jelaskan:

Diagnosa Keperawatan :

c. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian, perpisahan)

Jika ada jelaskan :

Diagnosa Keperawatan :

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

- ☐ Ya
☐ Tidak

Jika ya, Jelaskan:

Diagnosa Keperawatan :

e. Riwayat Penggunaan NAPZA

Diagnosa Keperawatan :

3. Riwayat gangguan jiwa dalam Keluarga

Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

☐ Ada

☐ Tidak Jika ada :

Hubungan dg klien :

.....

Gejala :

.....

Riwayat pengobatan :

.....

Diagnosa Keperawatan :

VI. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Genogram:

Jelaskan:

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan :

2. Konsep Diri

a. Citra tubuh :

.....

.....

.....

.....

.....

b. Identitas :

.....

.....

.....

.....

.....

c. Peran :

.....

.....

.....

.....

d. Ideal diri :

.....

.....

.....

e. Harga diri :

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan :

3. Hubungan Sosial (di Rumah dan di Rumah Sakit)

a. Orang yang berarti/terdekat

.....

.....

.....

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

.....

.....

c. Hubungan sosial

.....

.....

.....

d. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan :

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

.....

.....

.....

b. Kegiatan ibadah

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

VII. PEMERIKSAAAN FISIK

1. Keadaan umum
2. Kesadaran (Kuantitas)

3. Tanda vital:

TD	MmHg
N	x/mnt
S	°C
P	x/menit

4. Ukur:

BB	Kg
TB	Cm

5. Keluhan fisik:

Jelaskan :

Diagnosa Keperawatan :

VIII. STATUS MENTAL

1. Penampilan (Penampilan umum, cara berpakaian, kebersihan diri)

Jelaskan:

Diagnosa Keperawatan:

2. Pembicaraan (Frekuensi, Volume, Jumlah, Karakter)

Jelaskan:

Diagnosa Keperawatan:

3. Aktivitas motorik/ Psikomotor

Kelambatan :

- ☐ Hipokinesia, hipoaktivitas
- ☐ Katalepsi
- ☐ Sub stupor katatonik
- ☐ Fleksibilitas serea

Jelaskan:

Peningkatan :

- | | |
|---|---|
| ☐ Hiperkinesia, hiperaktifitas | ☐ Grimace |
| ☐ Perilaku Kekerasan | ☐ Otomatisme |
| ☐ Gaduh gelisah, Agitasi, Agresi | ☐ Negativisme |
| ☐ Stereotipi | ☐ Reaksi konversi |
| ☐ Mannerism | ☐ Tremor |
| ☐ Katapleksi | ☐ Verbigerasi |
| ☐ Tik | ☐ Berjalan kaku/ rigid |
| ☐ Ekhopraxia | ☐ Kompulsif |
| ☐ Command automatism | |

Jelaskan:

Diagnosa Keperawatan :

4. *Mood* dan Afek

a. *Mood* (alam perasaan)

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ Depresi | ☐ Khawatir |
| ☐ Ketakutan | ☐ Anhedonia |
| ☐ Euforia | ☐ Kesepian |
| ☐ Marah | ☐ Lain lain |

Jelaskan:

b. Afek (Emosi)

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Sesuai | ☐ Tidak sesuai |
| ☐ Tumpul/Dangkal | ☐ Labil |
| ☐ Datar | |

Jelaskan:

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

5. Interaksi Selama Wawancara

- | | |
|--|---|
| ☐ Bermusuhan | ☐ Kontak mata kurang |
| ☐ Tidak kooperatif | ☐ Defensif |
| ☐ Mudah tersinggung | ☐ Curiga |

Jelaskan:

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

6. Persepsi Sensorik

a. Halusinasi

- ☐ Pendengaran
- ☐ Penglihatan
- ☐ Perabaan
- ☐ Pengecapan
- ☐ Penciuman

b. Ilusi

- ☐ Ada
- ☐ Tidak ada

Jelaskan:

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

7. Proses Pikir

a. Arus Pikir:

- | | |
|---|--|
| ☐ Koheren | ☐ Inkoheren |
| ☐ Sirkumtansial | ☐ Asosiasi longgar |
| ☐ Tangensial | ☐ <i>Flight of Idea</i> |
| ☐ <i>Blocking</i> | ☐ <i>Perseverasi</i> |
| ☐ <i>Logorhoe</i> | ☐ <i>Neologisme</i> |
| ☐ <i>Clang Association</i> | ☐ Main kata kata |
| ☐ Afasia | ☐ Lain lain... |

Jelaskan:

.....

.....

.....

b. Isi Pikir

- | | |
|---|---|
| ☐ Obsesif | ☐ Fobia, sebutkan..... |
| ☐ Ekstasi | ☐ Waham: |
| ☐ Fantasi | o Agama |
| ☐ Alienasi | o Somatik/hipokondria |
| ☐ Pikiran bunuh diri | o Kebesaran |
| ☐ Preokupasi | o Kejar/curiga |
| ☐ Pikiran isolasi sosial | o Nihilistik |
| ☐ Ide yang terkait | o Dosa |

- ☐ Pikiran rendah diri
- ☐ Pesimisme
- ☐ Pikiran magis
- ☐ Pikiran curiga
- ☐ Sisip pikir
- ☐ Siar pikir
- ☐ Kontrol pikir
- ☐ Lain lain :

Jelaskan:

c. Bentuk pikir

- ☐ Realistik
- ☐ Non realistik
- ☐ Dereistik
- ☐ Otistik

Jelaskan :

Diagnosa Keperawatan:

8. Kesadaran

- ☐ **Orientasi (waktu, tempat, orang)**

Jelaskan:

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

Jelaskan:

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

9. Memori

- ☐ Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan)
- ☐ Gangguan daya ingat jangka menengah (24 jam - ≤ 1 bulan)
- ☐ Gangguan daya ingat pendek (≤ 24 jam)

Jelaskan:

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

10. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung**a. Konsentrasi**

- ☐ Mudah beralih
- ☐ Tidak mampu berkonsentrasi

Jelaskan:

.....

.....

b. Berhitung

Jelaskan:

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

11. Kemampuan Penilaian

- ☐ Gangguan ringan
- ☐ Gangguan bermakna

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

12. Daya Tilik Diri

- ☐ Mengingkari penyakit yang diderita
- ☐ Menyalahkan hal-hal di luar dirinya

Jelaskan:

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

IX. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG (di Rumah dan RS)**1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan**

- ☐ Perawatan kesehatan,
- ☐ Transportasi,
- ☐ Tempat tinggal.
- ☐ Keuangan dan kebutuhan lainnya.

Jelaskan:

.....

.....

.....

2. Kegiatan Hidup Sehari hari

a. Perawatan diri:

1) Mandi

Jelaskan:

.....

.....

.....

2) Berpakaian, berhias dan berdandan

Jelaskan :

.....

.....

.....

3) Makan

Jelaskan :

.....

.....

.....

4) Toileting (BAK, BAB)

Jelaskan :

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

b. Nutrisi

Berapa frekwensi makan dan frekwensi kudapan dalam sehari.

.....

.....

Bagaimana nafsu makannya

.....

.....

Bagaimana berat badannya.

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

c. Tidur

1) Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama : _____ s/d _____

Tidur malam, lama : _____ s/d _____

Aktifitas sebelum/sesudah tidur : _____, _____

Jelaskan

.....

.....

2) Gangguan tidur

- ☐ Insomnia
- ☐ Hipersomnia
- ☐ Parasomnia
- ☐ Lain lain

Jelaskan

.....

Diagnosa Keperawatan:

3. Kemampuan lain lain

a. Mengantisipasi kebutuhan hidup

.....

b. Membuat keputusan berdasarkan keinginannya,

.....

c. Mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatannya sendiri.

.....

Diagnosa Keperawatan:

4. Sistem Pendukung	Ya	Tidak
Keluarga	☐	☐
Terapis	☐	☐
Teman	☐	☐
Kelompok sosial	☐	☐

Jelaskan :

.....

Diagnosa Keperawatan:

X. MEKANISME KOPING

Jelaskan :

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

XI. MASALAH PSIKOSOSIALDAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya

Jelaskan :

.....

- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya

Jelaskan :

.....

- Masalah dengan pendidikan, spesifiknya

Jelaskan :

.....

- Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya

Jelaskan :

.....

- Masalah dengan perumahan, spesifiknya

Jelaskan :

.....

- Masalah dengan ekonomi, spesifiknya

Jelaskan :

.....

-
-
-
- ☐ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya
Jelaskan :
.....
.....
.....
.....
- ☐ Masalah lainnya, spesifiknya
Jelaskan :
.....
.....
.....
.....
- Diagnosa Keperawatan:

XII.ASPEK PENGETAHUAN

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga tentang :

- | | |
|--|--|
| ☐ Penyakit/gangguan jiwa | ☐ Penatalaksanaan |
| Sistem pendukung | ☐ Lain-lain, jelaskan |
| ☐ Faktor pendukung dan pencetus | |

Jelaskan :

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Keperawatan:

XIII. ASPEK MEDIS

1. Diagnosis Multi Axis

Axis I :

.....

Axis II :

.....

Axis III

.....

Axis IV

.....

Axis V :

.....

2. Terapi Medis

.....
.....

XIV. ANALISA DATA

NO	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	DS: DO:	
2.	DS: DO:	
3.	DS: DO:	
4.	DS: DO:	

XV.DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

XVI. POHON MASALAH/PATHWAY**XVII. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1.
2.
3.
4.

Lawang,.....
Perawat yang mengkaji

NIM/NIRM:

TINDAKAN KEPERAWATAN JiWA

Nama :

Ruang :

No CM :

Unit :

No	Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Ttd

--	--	--	--	--	--