

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN *SKIZOFRENIA* RESIKO

PERILAKU KEKERASAN DI RUANG NUSA INDAH RSUD dr.

SOEDOMO TRENGGALEK

KARYA TULIS ILMIAH

SALSABILA HILDANIO FERNANDO

(P17240223032)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES MALANG

KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN *SKIZOFRENIA* 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 Kampus Kabupaten Trenggalek Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

**SALSABILA HILDANIO FERNANDO
(P17240223032)**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D3 KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES MALANG
KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Salsabila Hildanio Fernando

Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 3 Mei 2001

Agama : Islam

Alamat : RT. 31, RW. 08, Dusun Cangkring,
Desa Sumberingin, Kecamatan
Karangan, Kabupaten Trenggalek



Riwayat pendidikan :

1. 2005 - 2007 : TK Al Hidayah 1
2. 2007 - 2013 : SDN 3 Ngantru
3. 2013 - 2016 : SMPN 3 Trenggalek
4. 2016 - 2019 : SMAN 2 Trenggalek
5. 2022 - 2025 : Poltekkes Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Kampus
Kabupaten Trenggalek

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Salsabila Hildanio Fernando

Nim : P17240223032

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan 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 akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Pembimbing



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 91981111201901201

Yang membuat pernyataan



Salsabila Hildanio Fernando
NIM : P17240223032

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Salsabila Hildanio Fernando (P17240223032) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang nusa indah RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek 28 April 2025

Pembimbing



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 91981111201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Salsabila Hildanio Fernando (P17240223032)
dengan judul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* Resiko
Perilaku Kekerasan Di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**
telah dipertahankan di depan dewan penguji

Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep.
NIP. 919840706201901201

Penguji II



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 919811111201901201

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina SuciAstuti, S.Kep., M.Kes
NIP : 197608102002122001

MOTTO

“Setetes keringat orang tuaku yang keluar, ada seribu langkahku untuk maju”

PERSEMBAHAN

Segala Puji bagi Allah SWT,

Sembah sujud serta syukurku kepada-Mu Allah SWT, karena atas nikmat dan rahmat-Mu telah kau berikan aku kekuatan untuk bisa merangkai karya ini. Shalawat dan salam selalu terlimpahkan kepada Rasulullah Muhammad SAW. Karya tulis ini saya persembahkan kepada

Untukmu Ayah dan Ibu

Sebagai tanda bukti, hormat, dan rasa terimakasih. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada Ayah dan Ibu yang telah memberikan kasih sayang, dukungan, nasihat, serta doa yang mungkin tak bisa ku balas dengan karya tulis ini. Ayah dan Ibu semoga ini langkah awalku menuju kesuksesan.

Untuk Pembimbing dan Dosen-Dosenku

Ucapan terimakasih khususnya kepada Ibu Ns.Dewi Wulandari S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dan seluruh dosen beserta seluruh staf sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai tepat pada waktunya.

Untuk Kakakku

Terimakasih untuk kakakku Mukti Fajar Irianto A.Md.Kep dan Vidya Nanda Puspita A.Md.Kep yang sudah memberikan motivasi, dukungan serta nasihat terhadap saya adiknya agar bisa menjadi penerus di dunia kesehatan nantinya, semoga langkah awal ini bisa membanggakan dan menuju kesuksesan.

Untuk Teman-Temanku

Terimakasih untuk semua kenangan yang telah kalian berikan selama 3 tahun bersama. Terkhususkan untuk teman dekatku yaitu kelompok praktik Ehek, terimakasih atas dukungan, semangat dan doa-doa baiknya selama ini. Semoga kita semua sukses dengan jalan kita masing-masing.

Untuk Wanitaku

Terimakasih kamu telah hadir di saat aku sudah terpuruk dan malas mengerjakan karya tulis ilmiah ini, dan kamu hadir telah mensupport atas segala pencapaian ku sampai ke titik ini , terimakasih Kiki Damayanti S.Pd

Untuk Diriku

Terimakasih sudah bisa bertahan sampai titik ini, ini memang berat tapi taraaa
kamu bisa. Terimakasih sudah berjuang dan tidak 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 Kabupaten Trenggalek” tepat pada waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini penulis susun sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang kampus Kabupaten Trenggalek.

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 mencari ilmu 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) dr. Mokh. Rofiq Hindiono, MMRS selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek, yang telah memberikan izin untuk pelaksanaan penelitian

sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

- 5) Andi Bakhtiar, A.Md.Kep., selaku Kepala Ruang Nusa Indah yang telah memberikan izin serta pengarahan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
- 6) Ns.Dewi Wulandari, 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.
- 7) Ns.Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep., selaku penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan pengarahan, saran kepada penulis sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah.
- 8) 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.
- 9) Tn. N telah memberikan informasi yang dibutuhkan dan bersedia menjadi responden.

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, 28 April 2025

Salsabila Hildanio Fernando

ABSTRAK

Salsabila Hildanio Fernando (2025). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah, Program Studi DIII Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep

Asuhan Keperawatan jiwa merupakan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah biopsikososial dengan gangguan jiwa. Skizofrenia terdiri dari 2 kategori gejala yaitu gejala positif dan gejala negatif. Penderita skizofrenia akan mengalami hal salah satunya resiko perilaku kekerasan menunjukkan tindakan dengan pelampiasan seperti mencederai diri dan orang lain. Tujuan dari penelitian ini melakukan, menganalisa kesenjangan teori dengan fakta pada asuhan keperawatan klien jiwa dengan gangguan resiko perilaku kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode atau rancangan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus mengenai asuhan keperawatan jiwa pada klien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode pengumpulan data dengan menggunakan teknik wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan observasi. Hasil penelitian selama proses evaluasi 6 hari didapatkan, klien dapat mengikuti dan mengerti cara mengontrol perilaku kekerasannya. Analisis masalah yang ditemukan yaitu terdapat beberapa kesenjangan antara fakta dan teori. Pada pengkajian antara lain pada riwayat penyakit keluarga, status mental, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian dan kebutuhan perawatan diri. Melihat hasil penelitian ini maka pada klien resiko perilaku kekerasan, peneliti menyimpulkan bahwa klien diperlukan pengawasan agar mampu mengenal resiko perilaku kekerasan, mengontrol resiko perilaku kekerasan dan mengkonsumsi obat secara teratur untuk mencapai kesembuhan secara optimal.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Jiwa, Resiko Perilaku Kekerasan, Klien

ABSTRACT

Salsabila Hildanio Fernando (2025). *Mental Health Nursing Care of Schizophrenic Clients with Violent Behavior at Nusa Indah Room of dr. Soedomo Hospital, Trenggalek*. Scientific Paper, Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Malang. Supervisor: Ns. Dewi Wulandari, S.Kep.,M.kep

Mental Health nursing care is the provision of nursing care clients with biopsychosocial problems with mental disorders. Schizophrenia consists of 2 categories symptoms, namely positive symptoms and negative symptoms. Schizophrenia patients will experience one of them, such as violent behavior or injuring themselves and others. The purpose of this study was to analyze the gap between theory and facts in nursing care for mental health clients with risk of violent behavior at Nusa Indah Room of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. The method or design in this study was descriptive qualitative with a case study approach regarding mental nursing care for schizophrenic clients with a risk of violent behavior in the Nusa Indah room of Dr. Soedomo Trenggalek, Hospital. To collect the data, the study used interview techniques, physical examinations, documentation studies, and observations. The results during the 6-day evaluation process showed that client could understand how to control his violent behavior. Analysis of the problems found that there were several gaps between facts and theories. The assessment included family history of disease, mental status, concentration and numeracy levels, assessment skills and self-care needs. Seeing at the results of this study, for clients at risk of violent behavior, the writer concluded that clients needed supervision so that they were able to recognize the risk of violent behavior, control the risk of violent behavior, and consume medication regularly to achieve optimal recovery.

Keywords : Mental Health Nursing Care, Risk of Violent Behavior, Clients

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR ISTILAH	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	5

1.5.1	Manfaat Teoritis.....	5
1.5.2	Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....		7
2.1	Konsep Skizofrenia.....	7
2.1.1	Definisi	7
2.1.2	Etiologi	7
2.1.3	Klasifikasi	9
2.1.4	Manifestasi Klinis	11
2.1.5	Patofisiologi	14
2.1.6	Penatalaksanaan	15
2.2	Konsep Perilaku Kekerasan.....	18
2.2.1	Definisi	18
2.2.2	Etiologi	18
2.2.3	Rentang Respon.....	20
2.2.4	Manifestasi Klinis	21
2.2.5	Penatalaksanaan	22
2.2.6	Mekanisme Koping	24
2.2.7	Resiko Perilaku Kekerasan.....	26
2.2.8	Akibat Dari Resiko Kekerasan	26
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	27
2.3.1	Pengkajian	27
2.3.2	Pohon Masalah	39
2.3.3	Diagnosa Keperawatan.....	40
2.3.4	Rencana Tindakan Keperawatan	42

2.3.5 Strategi Pelaksanaan.....	46
2.3.6 Evaluasi	59
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	60
3.1 Rancangan Penelitian	60
3.2 Batasan Istilah.....	61
3.3 Partisipan	62
3.4 Lokasi dan Waktu.....	62
3.4.1 Lokasi Penelitian	62
3.4.2 Waktu Penelitian	62
3.5 Pengumpulan Data.....	62
3.5.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data.....	62
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data	63
3.6 Uji Keabsahan Data	65
3.7 Analisa Data	66
3.8 Etika Penelitian.....	66
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	68
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.....	68
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	68
4.1.2 Pengkajian.....	68
4.1.3 Perumusan Diagnosa Keperawatan	80
4.1.4 Perencanaan Keperawatan	82
4.1.5 Catatan Perkembangan Pasien Implementasi dan Evaluasi.....	88
4.1.6 Catatan Perkembangan Pasien Implementasi dan Evaluasi.....	89
4.1.7 Hasil Analisa Asuhan Keperawatan	94

4.2 Pembahasan	103
4.2.1 Pengkajian.....	103
4.2.1 Diagnosa Keperawatan	106
4.2.2 Intervensi Keperawatan	107
4.2.3 Implementasi.....	107
4.2.4 Evaluasi.....	108
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	109
5.1 Simpulan.....	109
5.1.1 Pengkajian	109
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	109
5.1.3 Intervensi	109
5.1.4 Implementasi Keperawatan	109
5.1.5 Evaluasi	110
5.2 Saran	110
5.2.1 Bagi Peneliti	110
5.2.2 Bagi Institusi	110
5.2.3 Bagi Lahan Praktek	111
5.2.4 Bagi Klien	111
DAFTAR PUSTAKA.....	112

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Ernawati, 2010)	20
Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	41
Gambar 4.1 Genogram	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent.....	112
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	113
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	114
Lampiran 4 Surat Persetujuan Penelitian	115
Lampiran 5 Lembar Konsultasi.....	116
Lampiran 6 Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa	118

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Identitas Pasien	66
Tabel 4.2 Stressor Presipitasi	67
Tabel 4.3 Faktor Predisposisi.....	69
Tabel 4.4 Status Psikososial	72
Tabel 4.5 Status Mental	73
Tabel 4.6 Pengkajian Fisik	74
Tabel 4.7 Aktivitas Sehari-Hari	75
Tabel 4.8 Sumber Koping	76
Tabel 4.9 Analisa Data.....	77
Tabel 4.10 Tabel Diagnosa	78
Tabel 4.11 Perencanaan Tindakan Keperawatan	79
Tabel 4.12 Implementasi Dan Evaluasi	85
Tabel 4.13 Implementasi Dan Evaluasi	86
Tabel 4.14 Analisa Teori Dan Fakta	91

DAFTAR ISTILAH

<i>Adaptif</i>	: Mudah menyesuaikan (diri) dengan keadaan
<i>Afek</i>	: Nada perasaan emosional atau kehidupan seseorang
<i>Agitasi</i>	: Gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
<i>Agresif</i>	: Tingkah laku yang diarahkan dengan tujuan menyakiti makhluk hidup lain.
<i>Causa</i>	: Penyebab
<i>Core problem</i>	: Masalah utama
<i>Distress</i>	: Stres yang bersifat negatif, seseorang merasa kesulitan dalam melakukan suatu hal yang akhirnya berdampak pada kesehatan mentalnya
<i>Feedback</i>	: Respon atau tanggapan terhadap suatu tindakan
<i>Flight off ideas</i>	: Pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan
<i>Gen</i>	: Unit genetik yang terdapat dalam lokus dan memenuhi kromosom
<i>Grimasen</i>	: Gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol
<i>Head to toe</i>	: Pemeriksaan ujung kepala sampai ujung kaki
<i>Hipokondria</i>	: Keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada

<i>Holistic</i>	: Sebagai cara pandang yang menyeluruh atau secara keseluruhan
<i>Humanistik</i>	: Menyatakan bahwa manusia berhak mengenali dirinya sendiri sebagai langkah untuk belajar, sehingga diharapkan mampu mencapai aktualisasi diri
<i>Kooperatif</i>	: Sikap kerjasama antar individu maupun kelompok yang bersedia membantu apapun
Koping	: Cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah
<i>Kognisi</i>	: Proses mental yang terjadi mengenai sesuatu yang didapatkan dari kegiatan berpikir tentang seseorang atau sesuatu
Konfabulasi	: Bentuk ingatan yang berasal dari karangan atau kejadian yang benar-benar terjadi, tetapi ditempatkan pada waktu yang salah
Maladaptif	: Tidak mampu menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan keadaan sekeliling secara wajar
Nihilistik	: Keyakinan bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia atau meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai kenyataan
Perseverasi	: Berulang-ulang menceritakan suatu idea, pikiran, atau tema secara berlebihan

<i>Resesif</i>	: Sifat yang muncul pada keturunan, yang artinya dalam suatu perkawinan sifat ini dapat dikalahkan oleh sifat pasangannya
Split personality	: Kepribadian terbelah
Sirkumstansial	: Pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan
Sedasi	: Mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar
Stupor	: Gangguan motorik seperti ketakutan
Stigma	: Sebuah pikiran, pandangan, dan juga kepercayaan negatif yang didapatkan seseorang dari masyarakat ataupun juga lingkungannya
Stressor	: Stimulus atau peristiwa yang menimbulkan respon stress pada seseorang
Skizofrenia	: Gangguan yang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berpikir, merasakan, dan berperilaku dengan baik
Tangensial	: Pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan pembicaraan

DAFTAR SINGKATAN

ART	: Anggota Rumah Tangga
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
ECT	: Electro Convulsive Therapy
EEG	: Elektroensefalogram
GABA	: Gamma-Aminobutyric Acid
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
TEK	: Terapi Elektrokonvulsif
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan jiwa merupakan pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah biopsikosial dengan gangguan jiwa (Nasir, 2011). Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju sehingga cenderung memberikan dampak terhadap peningkatan gangguan jiwa semakin besar disebabkan oleh peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan orang yang dicintai, putusnya hubungan sosial, modern, dan industri. Perjalanan penyakit pada orang dengan gangguan jiwa tidak selalu bersifat kronis, Umumnya gangguan jiwa ditandai dengan adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul. Pada umumnya gangguan mental yang terjadi adalah gangguan kecemasan dan gangguan *skizofrenia* yang dikenal juga dengan sebutan *psikosis* (Malfasari, 2020). *Skizofrenia* merupakan penyakit di mana kepribadian mengalami keretakan, alam pikir, perasaan dan perbuatan individu terganggu. Pada orang normal, alam pikiran, perasaan dan perbuatan ada kaitannya atau searah. Tetapi pada klien *skizofrenia* ketiga alam itu terputus, baik satu atau semuanya (Simanjuntak, 2008). menyatakan gejala skizofrenia terbagi kedalam 2 kategori yaitu positif dan negatif. Gejala positif yang dapat timbul pada klien *skizofrenia* salah satunya berisiko mengalami gangguan perilaku seperti perilaku kekerasan. Sutejo (2019) mengungkapkan pada perilaku kekerasan dapat mengakibatkan hilangnya kendali terhadap perilaku individu, Salah satu

resiko perilaku *agresif* atau melukai yaitu mengamuk, Apabila dibiarkan dapat beresiko membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan Klien tersebut bisa pulih asalkan mendapat pengobatan dan dukungan psikososial yang dibutuhkan. Namun, klien dengan keterbatasan jarak, transportasi dan juga biaya cenderung dilakukan pemasungan oleh keluarga serta tidak dibawa ke fasilitas kesehatan. Umumnya keluarga akan melakukan pemasungan agar si penderita tak membahayakan orang lain, tidak kabur, supaya tidak merusak dan supaya penyembuhan bisa lebih cepat (Lestari, 2014)

Data statistik yang dikemukakan oleh *WHO* (2019) menunjukkan terdapat sekitar 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang mengalami gangguan *bipolar*, 20 juta orang terkena *skizofrenia*, dan 50 juta orang mengalami demensia (*who.int*, 2019). Prevalensi *skizofrenia* di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Artinya, dari 1.000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga (ART) pengidap *skizofrenia* (Riskesdas, 2018). Berdasarkan sumber data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur pada tahun 2017 mencatat 1.034 orang mengalami gangguan *skizofrenia* dari 26 kabupaten atau kota. Di Kabupaten Trenggalek terdapat 1557 kasus *skizofrenia*, dimana diantaranya 1254 kasus memiliki Riwayat perilaku kekerasan (Dinas Kesehatan dan Penduduk Kabupaten Trenggalek, 2020). Data register pasien RSUD dr. Soedomo Trenggalek menuliskan bahwa pada tahun 2020 ada sebanyak 119 pasien yang dirawat di Ruang Nusa Indah, dan 109 diantaranya memiliki masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan. (Taqwa S. N.,2022 dalam Retno, C. ,2023).

Skizofrenia terjadi karena beberapa faktor, seperti genetika, lingkungan, ketidakseimbangan zat kimia yang menyebabkan gangguan pada otak serta trauma. Klien *skizofrenia* mengalami gejala positif dan negatif. Gejala positif meliputi halusinasi, delusi, bicara dan perilaku yang tidak teratur. Selain itu, gejala negatif yang mereka alami adalah afek datar, apatis dan penarikan diri (Yudhantara, 2018). Gejala pada seseorang dengan *Skizofrenia* bisa berupa perubahan perilaku (yang mulanya aktif menjadi pendiam), menarik diri secara sosial, sedikit bicara dan dalam beberapa kasus bisa diikuti dengan waham atau delusi, kurang merawat diri dan adanya pembentukan kata-kata baru yang kemudian diucapkan secara berulang. Jika klien *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan tidak segera ditangani dapat berdampak pada bunuh diri dan kematian yang selanjutnya berpengaruh pada stigma yang berkembang di masyarakat (Ziaulhaq, 2020).

Mulai dari permasalahan ini, perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan harus bekerja sama dengan keluarga untuk memberikan perawatan dan dukungan baik terapi *psikoformakologi* maupun *non farmakologi* agar klien tidak melakukan suatu tindakan yang beresiko membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Memungkinkan perawat mampu membangun komunikasi terapeutik yang baik dengan klien. Komunikasi *terapeutik*, memperhatikan klien secara *holistic*, meliputi aspek keselamatan, menggali penyebab dan cara terbaik atas permasalahan klien, juga mengajarkan cara-cara yang dapat dipakai dalam mengekspresikan amarah yang dapat diterima oleh semua pihak tanpa harus menimbulkan kerusakan maupun cedera (Ns.Erita, 2019).

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk memperelajari lebih lanjut mengenai “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* Dengan Resiko Perilaku Kekerasan” dengan metode studi kasus.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dibatasi pada asuhan keperawatan jiwa yang diberikan kepada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan yang sudah kooperatif, kesadaran penuh dan memiliki riwayat perilaku kekerasan.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan sebagai berikut : “Bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mampu melakukan pengkajian pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 2) Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan. di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Mampu menganalisis antara fakta dan teori pada pasien *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 dapat digunakan untuk bahan kajian dalam mengembangkan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan jiwa pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi Institusi RS

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk bahan masukan dan

evaluasi yang digunakan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

2) Bagi Pendidikan

Hasil peneltian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam proses keperawatan serta dalam memberikan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan perawatan pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

3) Bagi Pasien

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan atau informasi dalam perawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

4) Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman yang berharga dan sarana melatih diri dalam menganalisa dan memecahkan masalah dengan menggunakan metode ilmiah sesuai dengan ilmu pengetahuan yang diperoleh peneliti. Selain itu dapat menerapkan dan mengaplikasikan teori asuhan keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia merupakan penyakit kronis berupa gangguan mental yang serius kemudian ditandai dengan adanya gangguan dalam proses pemikiran dapat mempengaruhi perilaku. terpisahnya dan terpecahnya antara *kognisi*, *afeksi* dan tingkah laku sehingga kurangnya adanya kesesuaian antara pemikiran dan emosi antara persepsi seseorang tentang realitas yang benar benar terjadi (Sovitriana, 2019).

Gangguan jiwa berat yang mencakup hampir seluruh sendi kehidupan diantaranya pikiran, perasaan, perbuatan, persepsi, keinginan, dorongan kehendak dan pengendalian. Gangguan ini sulit untuk ditentukan dan biasanya didahului oleh fase gejala ringan yang tidak konsisten yang sering kali tidak disadari baik oleh pasien maupun keluarga (fase prodromal)(Tanra, 2020).

2.1.2 Etiologi

Menurut (Nurarif, 2015) terdapat beberapa faktor *Skizofrenia*, antara lain :

1) Faktor Keturunan

Faktor keturunan dapat menjadi salah satu faktor penyebab *Skizofrenia*. Tetapi pengaruh keturunan ini tidak sederhana. Disangka bahwa potensi untuk mendapatkan *skizofrenia* diturunkan (bukan penyakit itu sendiri) melalui *gen resesif*. Potensi tersebut bisa menjadi

kuat maupun lemah, tetapi selanjutnya tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi *skizofrenia* atau tidak.

2) Faktor Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya *skizofrenia* pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu *klimakterium*.

3) Faktor Metabolisme

Penderita dengan *skizofrenia* tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstremitas agaksianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun.

4) Faktor Psikogenik

Skizofrenia dianggap sebagai suatu gangguan fungsional dan penyebab utama ialah konflik, stress psikologik dan hubungan antar manusia yang mengecewakan.

5) Faktor Susunan Saraf Pusat

Penyebab *Skizofrenia* ke arah kelainan susunan saraf pusat, yaitu pada *diensefalon* atau *kortex* otak. Tetapi kelainan *patologis* yang ditemukan disebabkan oleh perubahan-perubahan *postmoterm* atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan (Maramis, 2005).

6) Faktor Lingkungan

Faktor ini menyebabkan *skizofrenia* meliputi penyalahgunaan obat, pendidikan yang rendah, dan status ekonomi (Carpenter, 2010).

2.1.3 Klasifikasi

1) *Skizofrenia Paranoid*

Klien *skizofrenia* paranoid biasanya mengalami episode pertama penyakit pada usia yang lebih tua dibanding pasien *skizofrenia hiberfrenik* atau *katatonik*. Klien *skizofrenia* tipe paranoid biasanya tegang, mudah curiga, berjaga-jaga, berhati-hati, dan kadang bersifat agresif, namun mereka kadang-kadang dapat mengendalikan diri secara adekuat pada situasi sosial.

2) *Skizofrenia Disorganized* (sebelumnya disebut Hebefrenik)

Awitan subtype ini biasanya dini, sebelum usia 25 tahun. Klien *hiberfrenik* biasanya aktif namun dalam sikap yang nonkonstruktif dan tak bertujuan. Gangguan pikir menonjol dan kontak dengan realitas buruk. Penampilan pribadi dan perilaku sosial berantakan, respons emosional mereka tidak sesuai dan tawa mereka sering meledak tanpa alasan yang jelas. Seringai atau meringis yang tak pantas lazim dijumpai pada pasien ini.

3) *Skizofrenia Katatonik*

gejala klasik tipe *katatonik* adalah gangguan fungsi motorik: gangguan ini dapat mencakup *stupor*, *negatifisme*, *rigiditas*, *eksitasi* atau berpostur. Kadang kadang klien menunjukkan perubahan yang sangat cepat antara *eksitasi* dan *stuporekstrem*. Selama *stupor* klien perlu pengawasan yang cermat untuk mencegah mereka menyakiti diri sendiri atau orang lain. Perawatan medis mungkin diperlukan karena adanya malnutrinsi, kelelahan, hiperpireksi, atau cedera yang

disebabkan diri sendiri.

4) *Skizofrenia Residual*

Gejala negatif *skizofrenia* lebih menonjol yaitu adanya perlambatan psikomotor, aktivitas menurun, efek menumpul, pasif, dan gangguan komunikasi verbal yang buruk. Kriteria lain mengatakan penderita sudah melewati waktu satu tahun sejak pertama kali timbul gejala psikotik sehingga gejala waham dan halusinasi telah berkurang dan timbul sindrom negatif *skizofrenia*.

5) *Skizofrenia Tak-Teridentifikasi*

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

6) *Skizofrenia Simpleks*

Gejala pada *skizofrenia* simpleks ditandai dengan hilangnya hasrat dan ambisi secara perlahan dan bertahap. Pada penderita subtype *skizofrenia* ini juga timbul gejala seperti penurunan fungsi okupasional dan akademik, kemunculan berkala serta pendalaman gejala negatif seperti afek mendatar, *agolia*, dan *avolition*, serta adanya hubungan interpersonal yang buruk disebabkan gangguan kepribadian *skizotipal* atau *skizoid*, gangguan mood, gangguan ansietas, *demensia*, atau *retardasi* mental dan bukan disebabkan oleh efek fisiologis langsung suatu zat atau kondisi medis umum.

7) *Depresi pasca-skizofrenia*

Merupakan episode depresi yang timbul setelah penderita mengidap

skizofrenia, masih dapat ditemukan gejala *skizofrenia* meski tidak dominan. gejala gangguan depresi pasca-psikotik pada *skizofrenia* dapat sangat menyerupai gejala *skizofrenia* fase residual dan efek dari pengobatan antipsikotik yang biasanya digunakan. namun diagnosis ini tidak boleh langsung ditegakkan bila diinduksi zat atau merupakan bagian gangguan mood akibat kondisi medis umum.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gambaran gangguan jiwa skizofrenia beraneka ragam mulai dari gangguan pada alam pikir, perasaan, dan perilaku yang mencolok sampai yang tersamar. Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer dan gejala sekunder (Maramis, 2010 dalam Nafira, Y, 2024).

1) Gejala Primer

- a) Delusi, yaitu suatu keyakinan yang tidak masuk akal tapi diyakini kebenarannya
- b) Kekacauan dalam pola pikir.
- c) Halusinasi pendengaran yaitu misalnya mendengar suara- suara atau bisikan-bisikan padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan.
- d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, bicara dengan semangat dangembira berlebihan.
- e) Merasa dirinya orang besar.
- f) Pikirannya penuh dengan kecurigaan.

2) Gejala Sekunder

- a) Alam perasaannya (affect) yang tumpul dan mendatar. Initerlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi

- b) Menarik diri atau mengasingkan diri, tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain dan suka melamun.
- c) Kontak emosional sangat minim, sukar diajak bicara, pendiam
- d) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
- e) Kesulitan dalam berpikir abstrak.
- f) Tidak ada upaya dan usaha, tidak ada dorongan kehendak atau inisiatif, tidak ada spontanitas, monoton serta tidak ingin apa-apa.
- g) Pola pikir stereotif (asumsi terhadap seseorang berdasarkan pengalaman atau keyakinan yang dimiliki sebelumnya).

Adapun manifestasi klinis skizofrenia adalah sebagai berikut :

1) *Skizofrenia paranoid*

- a) Waham dan halusinasi auditori
- b) Respons emosional maladaptif
- c) Regresi Kemampuan Mental
- d) tegang
- e) Mudah Curiga
- f) Terkadang Bersikap Agresif
- g) Pengendalian Diri Masih Adekuat

2) *Skizofrenia Disorganized* (sebelumnya disebut *Hebefrenik*)

- a) Regresi kacau
- b) Sikap nonkonstruktif dan tak bertujuan
- c) Gangguan pikir
- d) Kontak dengan realitas buruk
- e) Perilaku sosial berantakan

f) Respons emosional yang tidak sesuai

g) Tertawa tanpa alasan yang jelas

3) *Skizofrenia Katatonik*

a) Gangguan fungsi motorik (stupor, rigiditas, negativisme, eksitasi, atauberpostur.)

b) Beresiko menyakiti diri sendiri atau orang lain

c) Manerisme (perbuatan yang dilakukan berulang dan bersifat aneh)

4) *Skizofrenia Residual*

a) Perlambatan psikomotor,

b) Aktivitas menurun,

c) Afek menumpul,

d) Pasif

e) Gangguan komunikasi verbal yang buruk

5) *Skizofrenia Tak-Teridentifikasi*

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

6) *Skizofrenia Simpleks*

a) Hilangnya hasrat dan ambisi secara perlahan dan bertahap

b) Penarikan diri dari situasional

c) Penurunan fungsi okupasional dan akademik

d) Muncul secara berkala gejala negatif seperti afek mendatar, *agolia*, *danvolition*

e) Hubungan interpersonal yang buruk

- f) Gangguan mood
 - g) Gangguan ansietas
 - h) Demensia, atau retardasi mental dan bukan disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat atau kondisi medis umum
- 7) Depresi Pasca-*Skizofrenia*
- a) Gejala *skizofrenia* masih ada meski tidak dominan
 - b) Gejala sangat menyerupai *skizofrenia* residual dan efek pengobatan antipsikotik yang bisa digunakan (Retno C. ,2023)

2.1.5 Patofisiologi

Perjalanan penyakit *skizofrenia* sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis *skizofrenia* berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual (Buchanan, 2010). Pola gejala premorbid merupakan tanda pertama penyakit *skizofrenia*, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala *skizofrenia* yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodromal *skizofrenia* dapat berupa cemas, gelisah, merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif terhadap klien dengan *skizofrenia* menyatakan bahwa sebagian penderita mengeluhkan gejala somatik, seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Buchanan, 2010).

Fase aktif *skizofrenia* ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian klien *skizofrenia* terhadap realita terganggu dan pemahaman diri buruk sampai tidak ada.

Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis *skizofrenia*, yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, seperti dapat berupa penarikan diri (*withdrawal*) dan perilaku aneh (Buchanan, 2010).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terapi pada pasien skizofrenia yaitu :

1) Farmakologi

Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala- gejala *skizofrenia*. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (Haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita *skizofrenia* yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Maramis, 2005).

2) 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. 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).

3) Terapi Psikoterapi dan Rehabilitasi

Gejala-gejala gangguan *skizofrenia* yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien *skizofrenia*, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Maramis, 2005).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi *humanistik*. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan therapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberi *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi.

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh lagi. Keluarga diberi informasi tentang cara-cara untuk mengekspresikan perasaan-perasaan, baik yang positif maupun yang negatif secara konstruktif dan jelas, dan untuk memecahkan setiap persoalan secara bersama-sama. Keluarga diberi pengetahuan tentang keadaan penderita dan cara-cara untuk menghadapinya. Agar campur tangan keluarga sangat membantu dalam proses penyembuhan, atau sekurang-kurangnya mencegah kambuhnya penyakit penderita (Maramis, 2005).

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri orang lain dan lingkungan (Keliat, 2010).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang atau tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik pada dirinya sendiri orang lain maupun lingkungan (Yusuf, A.h, 2010)

2.2.2 Etiologi

1) Faktor Predisposisi

a) Psikoanalisis

Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari *instinctual drives*. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua insting, salah satunya yaitu insting kematian dan diekspresikan dengan agresivitas

b) Sosial Budaya

Teori yang dikembangkan oleh (Bandura, 1977). Ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dari respon-respon lainnya. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan, maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan titik adanya norma dapat membantu

mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima sehingga membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara asertif.

c) Biologis

Adanya kerusakan fungsi sistem limbik (untuk emosi dan perilaku, lobus frontal, untuk pemikiran rasional dan *lobus temporal*, untuk interpretasi indera penciuman dan memori). *Neurotransmitter* yang sering di kaitkan dengan perilaku agresif. serotonin dopamin dan norepinefrin, acetylcholine, dan asam amino GABA. Faktor-faktor yang mendukung:

- (1) Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan
- (2) Sering mengalami kegagalan
- (3) Kehidupan yang penuh tindakan agresif
- (4) Lingkungan Yang tidak kondusif (Bising, padat).

2) Faktor Presipitasi

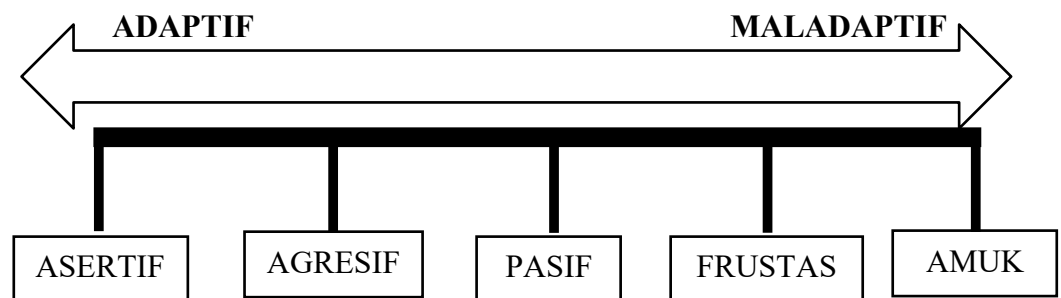
a) Internal

- (1) Kelemahan
- (2) Rasa percaya menurun
- (3) Takut sakit
- (4) Hilang kontrol

b) Eksternal

- (1) Penganiayaan fisik
- (2) Kehilangan orang yang dicintai
- (3) Kritik (Yosep, 2016).

2.2.3 Rentang Respon



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Ernawati, 2010)

Keterangan :

- 1) Asertif : Mengemukakan pendapat atau ekspresi tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara. Hal ini menimbulkan ketegangan.
- 2) Frustasi : Respon akibat gagal mencapai tujuan, kepuasan atau rasa aman. Individu tidak dapat menunda sementara atau menemukan alternatif lain.
- 3) Pasif : Perilaku yang ditandai dengan perasaan tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai usaha mempertahankan hak-haknya. Merasa kurang mampu, harga diri rendah, pendiam, malu, sulit diajak bicara.
- 4) Agresif : Suatu perilaku yang menyertai marah merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih terkontrol.
- 5) Amuk : Rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kendali diri sehingga dapat merusak diri dan lingkungan.

2.2.4 Manifestasi Klinis

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
- f) Bicara ketus
- g) Keinginan bunuh diri

3) Perilaku

- a) Melempar atau memukul benda atau orang lain
- b) Menyerang orang lain
- c) Melukai diri sendiri atau orang lain
- d) Merusak lingkungan sekitar
- 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

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme

6) Spiritual

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

7) Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual (Nita Fitria, 2010).

2.2.5 Penatalaksanaan

1) Psikofarmakologi

Anti-anxietas dan *Sedative -Hypnotics*. Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi yang akut. *Benzodiazepines* seperti *Lorazepam* dan *Clonazepam*, sering digunakan dalam keadaan darurat psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tetapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan juga bisa

memperburuknya *symptom* depresi. Selanjutnya, pada beberapa klien yang mengalami *disinhibiting effect* dari *benzodiazepines*, dapat mengakibatkan perilaku agresif. Buspirone obat *anxietas*, efektif mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi. Ini ditunjukkan dengan menurunnya perilaku agresif dan agitasi klien cedera kepala, *demensia* dan *developmental disability*.

Antidepressant, 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 kelainan EEG (electroencephalogram).

Antipsychotic, Obat ini biasanya dipergunakan untuk perawatan agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini dapat 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 klien dengan gangguan mental organik

2) Seclusion (Pengekangan Fisik)

Ada dua macam, pengekangan fisik secara mekanik

(menggunakan manset, sprei pengekang) atau isolasi (menempatkan klien dalam satu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri).

Jenis pengekangan mekanik :

- a) *Chemisoles* (jaket pengekang)
- b) Manset untuk pergelangan tangan dan kaki
- c) Menggunakan sprei.

Indikasi pengekangan :

- a) Perilaku Amuk yang membahayakan diri sendiri atau orang lain.
 - b) Perilaku Agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan.
 - c) Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakanklien yang beristirahat, makan dan minum
 - d) Permintaan klien untuk pengendalian perilaku eksternal. Pastikan tindakanini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.
- 3) Pengekangan dengan sprei basah atau dingin.

Klien dapat di imobilisasi dengan membalutnya seperti mumi dalam lapisan sprei dan selimut. Lapisan paling dalam terdiri atas sprei yang telah direndam dalam air es. Walaupun mula-mula terasa dingin, balutan akan segera menjadi hangat dan menenangkan titik Hal ini dapat dilakukan pada perilaku Amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan obat.

2.2.6 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah mekanisme pertahanan ego yang berhubungan dengan perilaku Pengerusakan diri tak langsung adalah

pengingkaran (denial). Sementara, mekanisme koping yang paling menonjol adalah rasionalisasi intelektualisasi dan regresi. (Ahmad Yusuf, 2015)

1) Rasionalisasi

Berusaha membuktikan bahwa perbuatannya (yang sebenarnya tidak baik) rasional adanya, sehingga dapat disetujui dan diterima oleh diri sendiri dan masyarakat.

Contoh: tidak mau bermain bulutangkis karena “Badan kurang enak” padahal sebenarnya takut kalah.

2) Intelektualisasi

Suatu bentuk penekanan emosional karena beban emosi dalam suatu keadaan yang menyakitkan, diputuskan atau diubah (distorsi)

Contoh: dalam keadaan menyakitkan berkata, “biarlah tidak apa-apa”

3) Regresi

Mundur perkembangan rendah, dengan respons yang kurang matang dan biasanya dengan aspirasi yang kurang.

Contoh: orang dewasa bila ingin sesuatu harus segera terpenuhi, bila tidak akan marah-marah seperti anak kecil.

Mekanisme koping dapat bersifat konstruktif dan destruktif. mekanisme konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai Tantangan untuk menyelesaikan masalah titik mekanisme koping destruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik (Ahmad Yusuf,

2015).

2.2.7 Resiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan tindakan yang beresiko mencelakai baik secara fisik, emosi atau seksual terhadap diri sendiri maupun orang lain (SDKI, 2017). Perilaku yang berkaitan dengan resiko perilaku kekerasan antara lain :

- 1) Menyerang atau menghindari, pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, sekresi HCL meningkat, peristaltic gaster menurun pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot seperti rahang terkutup tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.
- 2) Menyatakan secara asertif, perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif agresif dan asertif.
- 3) Memberontak, perilaku yang biasanya disertai akibat konflik perilaku “Acting out” untuk menarik perhatian orang lain. Perilaku kekerasan, tindakan kekerasan atau Amuk yang ditunjukkan kepada diri sendiri orang lain maupun lingkungan (Yosep, 2016).

2.2.8 Akibat Dari Resiko Kekerasan

Klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, lingkungan dan orang lain. Resiko mencederai

merupakan suatu tindakan yang memungkinkan dapat melukai atau membahayakan diri orang lain dan lingkungan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

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, 2010).

1) Identitas

Identitas pada klien meliputi inisial nama, usia, pekerjaan, alamat, suku bangsa, pendidikan terakhir, nomor register, agama, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status perkawinan, tanggal dan jam pengkajian (Nursalam, 2009). Informan sangat berpengaruh pada respon fisiologis yang ditimbulkan, ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup tangan mengempal tubuh kaku, dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah (Keliat, 2010).

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 ADLnya sendiri (Yosep, 2016).

3) Factor Presipitasi

Menurut Yusuf (2015), mengungkapkan bahwa hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau amuk antara lain adalah

a) Internal

- (1) kelemahan
- (2) Rasa percaya menurun
- (3) takut sakit
- (4) Hilang kontrol

b) Eksternal

- (1) Penganiayaan fisik
- (2) Kehilangan orang yang dicintai
- (3) Kritik

4) Factor Predisposisi

a) Adanya riwayat gangguan jiwa sebelumnya

Menurut Patricia (2013), menyatakan bahwa gejala tersebut muncul disebabkan kurangnya motivasi dari lingkungan baik dari keluarga itu sendiri, jika dibiarkan secara terus-menerus akan timbul berbagai masalah seperti waham atau suatu keyakinan yang kuat, isolasi sosial, harga diri rendah, defisit perawatan diri, perilaku kekerasan, dan halusinasi.

b) Pengobatan sebelumnya yang tidak atau kurang berhasil

Menurut Thalefi (2017), mengungkapkan bahwa pentingnya keluarga sebagai faktor pendukung kesembuhan klien sebagai proses penerimaan dan menerima informasi kesehatan jiwa untuk

menemukan jalan keluar agar membatasi kekambuhan yang muncul kemudian hari.

c) Adanya trauma, riwayat aniaya fisik, aniaya seksual, kekerasan dalam rumah tangga, tindakan kriminal atau lainnya.

d) Adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), menyatakan bahwa seseorang dengan gangguan jiwa disebabkan oleh faktor psikogenik atau trauma pada masa lalu, hal-hal yang mengecewakan hingga timbulnya depresi maupun stress, ataupun hubungan dengan orang lain yang kurang harmonis.

5) Riwayat Gangguan Fisik

Seseorang yang pernah mengalami gangguan fisik, riwayat nafza, dan riwayat trauma kemungkinan besar mengalami gangguan pada otak yang berhubungan dengan gangguan cerebral dibuktikan dengan adanya perilaku agresif dan tindak kekerasan (Nurarif & Kusuma, 2015).

6) Riwayat Penyakit Keluarga

Faktor genetik penyebab *skizofrenia* ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita *skizofrenia* (Keliat, 2010).

7) Gangguan Kemauan

Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan. Mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberi alasan,

meskipun alasan itu tidak jelas dan tepat, umpamanya apabila ditanyai mengapa tidak maju dengan pekerjaan atau atau tepat, umpamanya bila ditanyai mengapa terus tiduran saja. Atau mereka menganggap halitu biasa saja dan tidak perlu diterapkan (Maramis, 2005).

8) Psikomotor

Dinamakan gejala katatonik atau gangguan perbuatan. Kelompok gejala ini oleh Bleuler dimasukkan ke dalam kelompok gejala skizofrenia yang sekunder sebab didapati juga pada penyakit lain. Gangguan *katatonik* hanya ringan saja, maka dapat dilihat gerakan-gerakan yang kurang luwes atau agak kaku. Penderita dalam keadaan stupor tidak menunjukkan gerakan sama sekali. Stupor ini dapat berlangsung hingga berhari-hari, berbulan-bulan, hingga bertahun-tahun lamanya pada *skizofrenia* yang sudah menahun. Mungkin penderita mutistik. *Mutisme* dapat disebabkan oleh waham, ada sesuatu yang melarang ia berbicara. Mungkin juga oleh karena sikapnya yang *negativistic* atau karena hubungan penderita dengan dunia luar sudah hilang sama sekalisehingga ia tidak menginginkan mengatakan apa-apa lagi.

9) Psikososial

a) Genogram

Dapat dipastikan bahwa factor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikandengan penelitian tentang keluarga penderita *skizofrenia* dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan pada saudara tiri adalah 0,9-

1,8% bagi saudara kandung 7-15% bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita *skizofrenia* 7-16% bila kedua orang tua menderita skizofrenia 60-80% bagi kembar 2 telur (heterozigot) 2-15% bagi kembar satu telur (monozigot) 61-86% (Maramis, 2005).

b) Konsep diri

- (1) Citra tubuh : persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang paling disukai dan yang paling tidak disukai.
- (2) Identitas diri : persepsi tentang status dan posisi klien sebelum dirawat, kepuasan klien terhadap status/posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan.
- (3) Peran : peran/tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok, masyarakat dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.
- (4) Ideal diri : harapan pasien terhadap tubuhnya, posisi, status, peran/tugas, harapan klien terhadap lingkungan, dan harapan klien terhadap penyakitnya.
- (5) Harga diri : persepsi klien terhadap dirinya dalam berhubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi Tersebut dan bagaimana penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien (Keliat, 2010).

10) Hubungan Sosial

Orang yang terdekat dengan kehidupan klien, tempat mengadu, tempat berbicara, minta bantuan atau sokongan, apakah klien pernah mengikuti kegiatan di masyarakat, sejauh mana klien terlibat dalam

kelompok itu.

11) Spiritual

Spiritual menurut (Keliat A, B, 2010) yaitu :

a) Nilai dan Keyakinan

Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya yang di anut, serta pandangan masyarakat mengenai gangguan jiwa.

b) Kegiatan beribadah

Kegiatan beribadah secara individu, kelompok, serta pendapat klien dan keluarga tentang kegiatan ibadah.

12) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

(1) Fisik : Muka merah dan tegang, mata meototatau, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, jalan mondar-mandir.

(2) Verbal : Bicara kasar, suara tinggi, membentar atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras

(3) Perilaku : melempar atau memukul benda atau orang lain, menyerang orang lain melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.

(4) Emosi : Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, ingin berkelahi menyalahkan dan

menuntut.

b) Tanda-Tanda Vital

Untuk tanda-tanda vital pada individu yang mengalami Resiko Perilaku Kekerasan kurang lebih sama dengan individu normal, yang membedakan adalah kondisi fisik individu tersebut, karena kondisi fisik individu dapat mempengaruhi peningkatan ataupun penurunan tanda-tanda vital individu (Keliat, 2010).

c) Keluhan Fisik

Individu dengan Resiko Perilaku Kekerasan biasanya mengalami luka-luka pada tubuhnya, karena digunakan untuk memukul-mukul benda maupun orang lain disekitarnya.

d) Pemeriksaan Head-to-toe (Keliat, 2010)

e) Rambut : acak-acakan, tidak teratur, kotor, bau tidak sedap.

f) Mata : Melotot atau pandangan tajam.

g) Hidung : Kebersihan hidung, pernafasan, tulang suptumnasi di tengah.

h) Wajah : merah dengan ekspresi marah

i) Telinga : kotor

j) Mulut dan gigi : kotor dan berbau tidak sedap.

k) Tangan dan kaki : mengepal, kaku seperti ingin memukul dan menendang,

l) Kulit : terdapat daki, kotor

m)Kuku : Kotor dan tidak terawat

n) Genetalia : kotor dan tidak terawatt

13) Status Mental

- a) Penampilan : Klien gangguan jiwa dalam pemakaian pakaian tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi dan kondisi.
- b) Pembicaraan : klien gangguan jiwa dalam pola pembicaraan berbeda-beda, lambat, sedikit, dan volume suara rendah atau keras.
- c) Aktivitas motoric :
 - (1) Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
 - (2) Agitasi : Gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan
 - (3) Kompulsif : pengulangan aktifitas seperti mencuci tangan berulang kali, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan dan lainnya.
 - (4) Masalah leperawatan ditulis sesuai data (Keliat, 2010)
- d) Afek
 - (1) Datar : tidak ada perubahan raut muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.
 - (2) Tumpul : hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat.
 - (3) Labil : emosi yang tidak sesuai dengan stimulus yang ada.
- e) Interaksi selama wawancara : klien tampak tidak kooperatif, mudah tersinggung dan mungkin menunjukkan kecemasan selama interaksi, bermusuhan, kontak mata kurang atau tidak mau menatap lawan bicara, defensif, selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya, curiga : menunjukkan sikap atau perasaan

tidak percaya pada orang lain

- f) Persepsi : jika klien mengalami persepsi halusinasi, kaji uji halusinasi, frekuensi, gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi, kaji perasaan klien terhadap halusinasi. (Keliat, 2010)

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) *Flight Off Ideas* : pembicaraan yang mneloncat dari satu topik ke topik lainnya, masih ada hubungan yang tidaklogis, dan tidak sampai tujuan pembicaraan.

h) Isi pikir

- (1) Opsesi : pikiran yang selalu muncul meskipun klien berusaha menghilangkannya
- (2) Phobia : ketakutan yang tidak logis terhadap suatu objek/situasitertentu
- (3) Depersonalisasi : perasaan klien asing terhadap diri sendiri, orang lain atau lingkungan.
- (4) Ide yang terkait : keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya.
- (5) Waham :
 - (a) Agama: keyakinan klien terhadap suatu agama secara

berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan

(b) Somatik: klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(c) Kebesaran: klien mempunyai keyakinan terhadap kemampuan yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(d) Curiga: klien memiliki keyakinan bahwa seseorang atau kelompok yang berusaha untuk mencelakai yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.

(6) Masalah keperawatan sesuai dengan data yang ada

i) Tingkat Kesadaran

(1) Bingung: tampak bingung dan kacau

(2) Sedasi: mengatakan 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 dilingkungan.

(4) Orientasi waktu, tempat, orang jelas.

(5) Jelaskan data subyektif dan obyektif yang terkait hal-hal di atas

(6) Masalah keperawatan sesuai data

(7) Jelaskan apa yang dikatakan klien selama wawancara

j) Memori (Keliat, 2010)

(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 tidak benar untuk menuju gangguan daya ingat

(5) Jelaskan sesuai data yang terkait

(6) Masalah keperawatan sesuai dengan data

k) Tingkat konsentrasi dan berhitung (Keliat, 2010)

(1) Mudah di alihkan : pertahanan klien mudah bergantian dari satu objek ke objek lainnya

(2) Tidak mampu berkonsentrasi : klien selalu meminta agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan pertanyaannya

(3) Tidak mampu berhitung : tidak dapat melakukan penambahan/ pengurangan pada benda-benda nyata.

(4) Jelaskan dengan sesuai data terkait

(5) Masalah keperawatan sesuai data

l) Kemampuan penilaian

- (1) Kegagalan dalam mengabstrakkan sesuatu
- (2) Tidak dapat mengambil keputusan
- (3) Kurang keterampilan dan perencanaan
- (4) Ketidakmampuan untuk melakukan tugas (Maramis, 2005).

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.

14) Kebutuhan Perawatan Diri

a) Berpakaian Atau Berhias

Klien gangguan jiwa mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan tindakan memakai baju atau tindakan aktivitas berpakaian untuk dirinya dengan berkarakteristik: tidak mampu meletakkan atau mengambil baju.

b) Penggunaan Obat

Pasien dengan gangguan jiwa tidak tahu penggunaan obat dengan baik dikarenakan terkadang merasa tidak membutuhkan obat.

c) Aktifitas Di Dalam Rumah

pasien gangguan jiwa mngalami kesulitan dalam mengolah, merencanakan dan menyajikan makanan, merapikan tempat tidur, menyapu membersihkan rumah, dan mnegatur keuangan

kehidupan sehari-hari.

d) Aktivitas Di Luar Rumah

Pasien gangguan jiwa mengalami kesulitan untuk beraktivitas diluar rumah dikarenakan merasa dirinya tidak diterima dimasyarakat (Nita Fitria, 2009).

15) Gejala Sekunder

a) Waham

Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar. Umpamanya penderita berwaham bahwa ia raja, tetapi ia bermain dengan air ludahnya dan mau disuruh untuk melakukan pekerjaan yang keras. Mayer-Gross membagi waham menjadi 2 kelompok yaitu waham primer dan waham sekunder.

b) Halusinasi

Pada skizofrenia, halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain. Paling sering biasanya ada halusinasi pendengaran, penciuman, pengelihatn, cita-rasa.

2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

Keterangan :

Pada orang dengan gangguan konsep diri salah satunya adalah harga diri rendah yang disebabkan oleh adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, penolakan dari orang-orang atau lingkungan sekitar dan status sosial ekonomi yang rendah dapat menimbulkan adanya amarah sebagai sikap pertahanan diri individu. Namun karena rentang respon marah maladaptive, perilaku tersebut dapat menjadi perilaku kekerasan yang ditandai perilaku tersebut dapat menjadi perilaku kekerasan yang ditandai dengan nada bicara yang meninggi, sikap tubuh tegang, tangan mengepal, mata melotot dan rahang mengeras, yang jika tidak di kontrol dengan benar dapat mengakibatkan resiko mencederai orang lain, ataupun lingkungan.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1) Perilaku kekerasan Data subyektif :

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

Data obyektif :

- a) Mata merah, wajah agak memerah
- b) Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai : berteriak, menjerit, memukul diri sendiri, orang lain.
- c) Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam
- d) Merusak dan melempar barang-barang

2) Isolasi sosial Data Subyektif:

- a) Klien mengatakan malas bergaul dengan orang lain
- b) Klien mengatakan dirinya tidak ingin di temani perawat dan meminta untuk sendirian
- c) Klien mengatakan tidak mau berbicara dengan orang lain
- d) Tidak mau berkomunikasi

Data Obyektif

- e) Kurang spontan
- f) Apatis (acuh terhadap lingkungan)
- g) Tidak merawat diri dan tidak memperhatikan kebersihan diri
- h) Tidak ada atau kurang komunikasi verbal
- i) Mengisolasi diri
- j) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya
- k) Aktivitas menurun
- l) Rendah diri

3) Perubahan persepsi sensori Halusinasi Data Subyektif :

- a) Klien mengatakan mendengar sesuatu
- b) Klien mengatakan melihat bayangan putih
- c) Klien mengatakan dirinya seperti disengat listrik
- d) Klien mencium bau-bauan yang tidak sedap, seperti feses
- e) Klien mengatakan kepalanya melayang di udara
- f) Klien mengatakan dirinya merasakan ada sesuatu yang berbeda pada dirinya

Data Objektif :

- g) Klien terlihat bicara atau tertawa sendiri saat di kaji
- h) Bersikap seperti mendengarkan sesuatu
- i) Berhenti bicara di tengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu
- j) Konsentrasi rendah
- k) Pikiran cepat berubah-ubah
- l) Kekacauan alur pikiran

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

1) Tujuan Umum

Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan

2) Tujuan Keperawatan

- a) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- c) Pasien dapat menyebut jenis perilaku kekerasan yang dapat dilakukan
- d) Pasien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- e) Pasien dapat menyebut cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya.
- f) Pasien dapat mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarma

3) Tindakan Keperawatan

Manajemen Pengendalian marah (I.09290)

Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola ekspresi marah dengan cara adaptif dan tanpa kekerasan

Tindakan

Observasi :

- Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan
- Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan
- Monitor potensi agresi tidak konstruktif dan lakukan tindakan sebelum agresif
- Monitor kemajuan dengan membuat grafik,jika perlu

Terapeutik:

- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif
- Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. Menggunakan senjata)
- Cegah aktivitas pemicu agresi (mis. Meninju tas,mondar-mandir)
- Lakukan kontrol eksternal (mis. Pengekangan,time-out,dan seklusi)
- Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif
- Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah

Edukasi :

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

Kolaborasi:

- Kolaborasi pemberian obat,jika perlu

a) Bina Hubungan Saling Percaya

Dalam membina hubungan saling percaya, pasien harus merasa aman dan nyaman saat bertindak dengan perawat. Tindakan yang harus dilakukan perawat dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:

- (1) Mengucapkan salam terapeutik
- (2) Berjabat tangan
- (3) Menjelaskan tujuan interaksi

- (4) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemupasien
- b) Diskusikan Bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan lalu.
- c) Diskusikan perasaan, tanda dan gejala dan yang dirasakan pasien jikaterjadi penyebab perilaku kekerasan
 - (1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - (2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - (3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - (4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan saat marah :
 - (1) Verbal
 - (2) Terhadap orang lain
 - (3) Terhadap diri sendiri
 - (4) Terhadap lingkungan
- e) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan
- f) Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitudengan cara berikut :
 - (1) Fisik : pukul Kasur/bantal, tarik nafas dalam
 - (2) Obat

(3) Sosial/verbal

(4) Spiritual

g) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal

(1) Latihan nafas dalam dan pukul kasur/bantal

(2) Susun jadwal Latihan nafas dalam dan pukul Kasur/bantal.

h) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal

(1) Bantu mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik

(2) Susun jadwal Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal.

i) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual :

(1) Bantu pasien mengendalikan marah secara spiritual : kegiatan ibadah yang biasa dilakukan

(2) Buat jadwal Latihan ibadah dan doa

j) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat:

(1) Bantu pasien meminum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar obat pasien, benar waktu minum obat, benar dosis, benar nama obat, dan benar cara minum obat)

(2) Susun jadwal minum obat secara teratur

k) Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi persepsi untuk

mengendalikan perilaku kekerasan (Keliat, 2010).

2.3.5 Strategi Pelaksanaan

1) Strategi Pelaksanaan 1

a) Proses keperawatan

(1) Kondisi klien :

- (a) Muka merah dan tegang, pandangan tajam
- (b) Mengatupkan rahang dengan kuat, mengepal tangan
- (c) Jalan mondar mandir, bicara kasar suara tinggi atau berteriak
- (d) Mengancam secara verbal dan fisik
- (e) Melempar atau memukul benda/barang lain, merusak barang.

(2) Diagnosa Resiko perilaku kekerasan

(3) Tujuan Umum Klien Tidak Mencederai Diri Tujuan :

- (a) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- (b) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- (c) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- (d) Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
- (e) Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- (f) Klien dapat menyebutkan cara mencegah atau

mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik

b) Tindakan keperawatan

- (1) Membina hubungan saling percaya
- (2) Mendiskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- (3) Mendiskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- (4) Mendiskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
- (5) Mendiskusikan bersama klien akibat dari perilakunya
- (6) Mendiskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan
- (7) Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan

c) Orientasi :

“Selamat pagi pak perkenalkan nama saya Salsabila Hildanio Fernando, panggil saya Nio. Saya perawat yang dinas di ruang ini. Hari ini saya dinas pagi mulai jam 7 sampai jam 2 siang. Saya akan merawat bapak, selama bapak di rumah sakit ini. Nama bapak siapa? Dan senang di panggil apa?”

“Bagaimana perasaan bapak saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah? Apa yang terjadi di rumah?”

“Baiklah pak, sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah bapak”

“Berapa lama Bapak ingin kita berbincang-bincang tentang

perasaanmarah bapak? Bagaimana kalau 30 menit?

“Bagaimana kalau kita mengobrol diruang tengah?”Kerja :

“Apa yang menyebabkan Bapak marah?”

“Apa yang bapak A lakukan jika sedang marah?”

“apakah dengan membanting perabotan rumah Bapak A merasa lega? Apa yang bapak rasakan saat sedang marah?

Jadinya Bapak merasa kesal, kemudian nafas bapak menjadi tidak beraturan, dan tangan bapak A terkepal ya.”

“ Apakah setelah membanting perabotan rumah, istri bapak A tidak lagi menghabiskan banyak waktu di luar? Apakah istri bapak jadi sering banyak berada di rumah?... Iya, tentu tidak. Apa kerugian dari cara yang Bapak A lakukan? Betul, istri dan anak bapak menjadi takut, barang-barang di rumah rusak.”Pak, ada beberapa cara untuk mengendalikan amarah.”

Bagaimana kalau kita belajar mengendalikan amarah satu per satu ? dimulai dengan kegiatan fisik dahulu?”

“Begini Pak Jika Bapak sudah merasa tanda-tanda marah seperti yang Bapak sebutkan tadi, Bapak berdiri kemudian tarik nafas panjang dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan perlahan-lahan melalui mulut. Bagaimana jika Bapak mencobanya?.... Iya, benar seperti itu. tahan sebentar kemudian hembuskan lewat mulut secara perlahan. Silakan ulangi sebanyak 5 kali pak... bagus sekali, Bapak A sudah dapatmelakukannya. Bagaimana perasaan bapak?”

“Nah, sebaiknya Bapak A latihan ini secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah muncul, Bapak A sudah terbiasa melakukannya.”

Terminasi :

“ Bagaimana perasaan Bapak setelah mengontrol tentang rasa marahBapak? bisa Bapak ulangi lagi hal apa yang menyebabkan bapakmarah (...) dan yang Bapak rasakan saat marah (...) kemudian yangBapak lakukan saat marah (...), serta akibat yang ditimbulkan (...)” “Sekarang, kita buat jadwal untuk latihan ini ya Pak. Bapak inginmelakukannya berapa kali dalam satu hari? “ baik jadi dua kalisehari ya, Pak”

“Bapak, Bagaimana jika nanti siang kita bertemu lagi? kita latihancara yang lain untuk mengendalikan marah?”

“Baik siang nanti jam 11 ya, Pak...”

Bapak ingin kita bertemu lagi di sini atau di tempat lain?baik, kita bertemu lagi di sini.”

“ Kalau begitu saya pamit dulu, kita bertemu lagi jam 11 ya, Pak.Selamat Pagi”

2) Strategi Pelaksanaan 2

a) Proses keperawatan

(1) Kondisi klien :

- (a) Klien mengatakan masih ada rasa marah dan kesal
- (b) Klien mau mencoba latihan fisik dengan tarik nafas dalam
- (c) Klien kurang tenang, tidak kooperatif, bicara kurang

terarah.

(2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

(3) Tujuan

Klien dapat mencegah dan mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik.

b) Tindakan keperawatan

(1) Mengevaluasi Latihan nafas dalam

(2) Melatih klien secara fisik ke-2 pukul Kasur dan bantal

(3) Mengajarkan klien Menyusun jadwal kegiatan harian ke 2

c) Orientasi

“Selamat siang, Bapak A. sesuai janji kita tadi pagi. saya datang lagi” “Bagaimana perasaan Bapak kali ini? Adakah hal yang membuat Bapak marah?”

“Karena tadi kita sudah belajar mengendalikan amarah dengan caranafas dalam, sekarang kita latihan cara yang kedua ya pak.”

“Bapak, cara yang kedua adalah dengan memukul kasur atau bantal. Jika Bapak merasa dada berdebar-debar, mengepal tangan, dan merasakesal, Bapak bisa memukul kasur atau bantal.”

“Sekarang kita latihan memukul bantal/ kasur, ya pak, kamar bapak dimana?”

“Nah, sekarang Bapak pukul kasur atau bantal. iya, betul sekali Bapakmelakukannya.”

“Bapak bisa melakukan ini jika Bapak merasa marah. hal ini bisa

jadi pelampiasan rasa marah bapak. kemudian jangan lupa untuk merapikan tempat tidur lagi ya, pak”

Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah menyalurkan rasa marah?”

“Bisa Bapak Sebutkan lagi cara apa saja yang sudah kita latih untuk melampiaskan rasa marah? (...) “Iya, ya betul sekali Pak!”

“Kau begitu, kita masukkan latihan ini dalam jadwal latihan harian ya Pak.”

“Bapak ingin melakukan latihan memukul kasur/bantal Pukul berapa? Baik, jam jam 10 pagi dan jam 4 sore ya pak. kemudian, jika ada rasa marah, Bapak lakukan kedua cara tadi ya Pak.”

“Bapak ingin bertemu lagi kapan pak? Kita akan berlatih cara yang lain untuk mengendalikan marah” (...)

“ Besok siang jam 2 kita bertemu di ruang tengah lagi ya pak”

“Selamat Siang”

3) Strategi Pelaksanaan 3

a) Proses keperawatan

(1) Kondisi klien :

- (a) Klien mau Latihan memukul Kasur/bantal
- (b) Klien mengatakan perasaannya sudah tenang
- (c) Klien tenang, kooperatif, bicara terarah.

(2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

(3) Tujuan

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal.

b) Tindakan keperawatan

- (1) Mengevaluasi latihan memukul kasur/bantal
- (2) Melatih klien mengungkapkan rasa marah secara verbal :
menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaannya dengan baik
- (3) Mengajarkan klien menyusun jadwal kegiatan harian (latihan secara verbal).

c) Orientasi

“Selamat siang Pak A. Sesuai janji saya kemarin, kita bertemu lagi. Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Apakah Bapak A sudah makan? Bagaimana Pak, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur? Apa yang Bapak rasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Apakah berkurang rasa marahnya?”

“Boleh saya lihat jadwal harian bapak? wah, bagus sekali. Nah, sekarang kita tambahkan keterangan pada kolomnya ya pak. Jika Bapak latihan sendiri bisa ditulis M, jika dibantu perawat tulis B, jika tidak melakukan tulis T.”

“Bagaimana kalau hari ini kita latihan cara yang lain? kali ini kita berlatih mengendalikan amarah dengan bicara.”

“Bapak ingin berbicara di mana? Di sini saja? baiklah.”

“Bapak ingin berapa lama berbincang dengan saya? Bagaimana

kalau 30 menit?”

Kerja :

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Jika Bapak A sudah menyalurkan marah dengan nafas dalam dan memukul bantal/kasur, kemudian merasa lega, kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah.

Caranya:

Yang pertama, meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin bapak bilang penyebab marah karena istri sering berada di luar rumah. Coba bapak bilang dengan baik, katakan, Bu, pekerjaan rumah belum beres, sebaiknya ibu melakukan pekerjaan rumah dahulu, baru berbincang dengan tetangga.”

“Coba bapak praktikkan. Betul, seperti itu Pak.”

“Yang kedua yaitu menolak dengan baik. Jika ada yang menyuruh dan Bapak tidak ingin melakukannya, katakan, “maaf, saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan.” Coba bapak praktikkan. Bagus Pak.”

“Dan yang ketiga mengungkapkan perasaan kesal. Jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, Bapak dapat mengatakan, “saya jadi ingin marah Karena ucapanmu itu.” Coba Bapak praktikkan. Iya, bagus Pak.”

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita mengobrol tentang cara mengendalikan marah dengan bicara yang baik?”

“Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang sudah kita latih. Bagus sekali! Sekarang, mari kita tambahkan ke jadwal latihan harian ya Pak. Bapak ingin berlatih bicara berapa kali dalam sehari?”

“Coba bapak masukkan ke dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dan lain-lain. Nanti coba ya pak.”

“Kapan lagi kita bertemu untuk latihan cara yang lain Pak? bagaimanakalau 3 jam lagi?”

“Kita bertemu lagi di sini ya pak. Terima kasih untuk waktunya”

“Selamat Siang”

4) Strategi Pelaksanaan 4

a) Proses keperawatan

(1) Kondisi klien :

- (a) Klien mau latihan bicara dengan baik
- (b) Klien mengatakan perasaannya sudah tenang
- (c) Klien tenang, kooperatif, bicara terarah

(2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

(3) Tujuan

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual

b) Tindakan keperawatan

- (1) Mendiskusikan hasil mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal
- (2) Melatih klien sholat/berdoa.

c) Orientasi

“Selamat sore Pak. Sesuai janji saya tadi, kita bertemu lagi di sini.”

“Bagaimana dengan latihannya Pak? Apakah sudah dilakukan?”

“Bagaimana rasa marah bapak?”

“Jadi, kali ini kita berlatih mengendalikan marah dengan ibadah sesuai agama bapak.”

“Bagaimana ingin mengobrol di mana? Di sini saja?”

“Berapa lama Bapak A ingin kita berbincang? Bagaimana kalau 30 menit?”

Kerja

“Coba bapak ceritakan, Ibadah apa saja yang biasa Bapak A lakukan?” “Baik, yang mana dulu yang ingin bapak coba?”

“Kegiatan Ibadah apa yang ingin Bapak lakukan di rumah sakit? Coba Bapak pilih dua kegiatan ya” “Mari kita coba lakukan. Bagus, sekarang bapak bisa melakukan ibadah secara teratur untuk meredakan amarah.”

Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah mengobrol dengan saya?”

“Jadi, Sudah berapa cara yang kita latih untuk mengendalikan amarah bapak?”

“Nah, Sekarang kita masukkan kegiatan ibadah kedalam jadwal harinya pak. Bapak ingin berapa kali sehari melakukan ibadah?”

“Coba bapak sebutkan lagi kegiatan ibadah yang ingin Bapak A

lakukan (...) Iya, bagus.”

“Setelah ini, coba bapak lakukan kegiatan ibadah sesuai yang kitatelah buat. dan perhatikan apakah rasa marah Bapak sudah berkurang atau belum”

“Besok kita bertemu lagi ya pak. Kita latihan cara mengendalikan amarah dengan patuh minum obat. Bapak ingin bertemu jam berapa? baik, jam 8 pagi ya pak”

“Di mana bapak ingin bertemu lagi? Bagaimana kalau di sini?”

“Baik, Selamat Istirahat Pak. Selamat Sore”

5) Strategi Pelaksanaan 5

a) Proses keperawatan

(1) Kondisi klien :

- (a) Klien mampu latihan doa dan solat
- (b) Klien mengatakan sudah tidak kesal lagi
- (c) Klien tenang, kooperatif, dan mau melakukan kegiatan

(2) Diagnosa

Resiko perilaku kekerasan

(3) Tujuan

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat.

b) Tindakan keperawatan

- (1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih
- (2) Melatih klien meminum obat secara teratur dengan 5 benar,

disertaipenjelasan guna obat dan akibat berhenti meminum obat.

c) Orientasi

“Selamat pagi, Pak. kita bertemu lagi di sini, sesuai janji kita kemarin. Bagaimana Pak, sudah Bapak lakukan latihan tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur dan beribadah? Coba kita cek kegiatannya. Bagus!. Bagaimana dengan rasa marah yang Bapak rasakan? Apakah berkurang?”

“Kali ini, kita akan belajar mengendalikan amarah dengan meminum obat yang benar. Di mana kita mengobrol? di sini? Berapa lama Bapak ingin mengobrol? Bagaimana kalau 15 menit?”

Kerja

(perawat membawa obat pasien)

“Bapak sudah mendapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang Bapak minum? warna apa saja? jam berapa Bapak minum obat?”

“Obatnya ada ada tiga macam Pak. warna orange namanya CPZ gunanya supaya pikiran Bapak tenang. Yang putih namanya THP agar Bapak merasa rileks dan tidak tegang. dan yang merah jambu ini namanya HLP agar rasa marah Bapak berkurang. Semua harus Bapak minum tiga kali sehari jam 7 pagi, jam 2 siang dan jam 8 malam.”

“Jika nanti setelah meminum obat mulut Bapak terasa kering, Bapak minum air putih, jika mata bapak berkunang-kunang

sebaiknya Bapak istirahat dan jangan beraktivitas terlebih dahulu.”

“Nanti di rumah sebelum minum obat ini, ini bapak lihat dulu label nya, Apakah benar nama bapak tertulis di label itu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja Bapak harus minum obat, baca juga Apakah nama obatnya sudah benar. Di sini, Bapak minta obat pada perawat kemudian cek lagi Apakah benar obatnya.”

“Jangan pernah berhenti minum obat sebelum konsultasi dengandokter ya pak, karena dapat menyebabkan kekambuhan.”

“Sekarang kita masukkan minum obat ke dalam jadwal harian Bapak.”

Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak setelah mengobrol dengan saya?”

“Coba Bapak Sebutkan lagi jenis obat yang Bapak minum apa saja? waktu minum nya masing-masing jam berapa?”

“Nah, sekarang Coba bapak Sebutkan lagi latihan apa saja yang sudah kita pelajari? kita tambahkan jadwal minum obat juga ya.”

“Jangan lupa untuk melaksanakan jadwal latihan secara teratur ya pak”

“Besok kita bertemu lagi untuk melihat seberapa jauh bapak melaksanakan kegiatan dan sejauh mana bapak dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa besok Pak”

“Selamat Pagi”

2.3.6 Evaluasi

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 diukuroleh 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 (Nursalam, 2011). Pada bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data. Metode pada penelitian deskriptif kualitatif ini meliputi : wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi.

3.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan suatu kesatuan, rencana yang terinci dan spesifik mengenai cara memperoleh, menganalisa, dan menginterpretasikan data. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskripsi yaitu suatu desain yang bertujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Notoadmojo, 2005 : 135). Penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berdasarkan pada filsafat postpositivesme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara gabungan, analisa data bersifat induktif/kualitatif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Prof. Dr. Sugiyono, 2010). Studi kasus adalah penelitian yang menganalisis suatu permasalahan dalam suatu unit kasus

tunggal. Unit kasus dianalisis secara mendalam dari berbagai segi yang berhubungan dengan kasus, faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul akibat kasus, tindakan dan reaksi khusus terhadap suatu pemaparan atau perlakuan tertentu (Notoatmodjo, 2012).

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi focus 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 adalah serangkaian tindakan proses keperawatan dalam membantu menyelesaikan masalah klien yang terdiri dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan dan tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan yang telah dilaksanakan.

Skizofrenia merupakan sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat dan adanya gangguan fungsi psikososial. *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 adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Resiko tinggi perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan diarahkan pada diri

sendiri, orang lain, dan lingkungan.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan orang yang di ikut sertakan dalam suatu perencanaan, pelaksanaan dan memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan kewajibannya (Sugiyono, 2007). Partisipan yang digunakan penelitian ini adalah 1 klien, yaitu dengan kriteria :

- 1) Pasien yang kooperatif
- 2) Pasien dalam keadaan sadar penuh
- 3) Pasien yang memiliki riwayat melakukan perilaku kekerasan

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian asuhan keperawatan jiwa pada klien *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan dilaksanakan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu pengambilan data penelitian studi kasus “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* Dengan Resiko Perilaku Kekerasan” mulai tanggal 12 maret 2025 sampai 21 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, 2008). 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 :

- 1) Mengurus ijin penelitian dan meminta surat pengantar kepada Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek. Kemudian peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian yang di tujukan pada Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek perihal ijin melaksanakan penelitian (studi kasus).
- 2) Peneliti mendapat surat jawaban dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 24 february 2025 dengan nomor 000.9/111/406.010.001/18.00/2025
- 3) Peneliti melakukan koordinasi dengan perawat ruangan dalam menentukan partisipan. Peneliti melakukan pendekatan pada partisipan dengan menjelaskan tujuan penelitian, proses penelitian dan hak-hak partisipan serta meminta persetujuan untuk menjadi

- partisipan. Peneliti meminta partisipan tanda tangan formulir *informed concent* ketika klien setuju menjadi partisipan dengan mempersilahkan partisipan membaca isi *informed concent* terlebih dahulu. Partisipan menyetujui dan menandatangani lembar *informed concent* pada tanggal 15 Maret 2025
- 4) 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 yaitu di ruang TAK. Partisipan menyetujui kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati.
 - 5) Peneliti melaksanakan pengambilan data dengan menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa. Peneliti menyiapkan format pengkajian, bolpoint, *nursing kit*, dan buku catatan dalam pengambilan data. Peneliti memulai proses pengambilan data dengan mengajukan pertanyaan terbuka tentang aktivitas selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan partisipan, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik dengan menggunakan *nursing kit*. Pengambilan data ini dengan 1 partisipan. Tahap pelaksanaan di akhiri dengan melakukan validasi hasil wawancara dan membuat kontrak berikutnya dengan partisipan.
 - 6) 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

Keabsahan data ditujukan untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta-fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferbility*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, Metode Penelitian Administratif, 2010).

- 1) *Credibility* bermakna 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) *Transferbility* adalah sejauh mana hasil penerapan penelitian deskripsi 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 deskripsi kualitatif lain yang sesuai.
- 3) *Dependability* adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan

4) *Confirmability* mengandung makna 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, II dan mahasiswa, ujian Karya Tulis Ilmiah untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Menurut Sugiono (2007), bahwa analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentai dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain. Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian deskripsi kualitatif merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan (Sugiyono, 2007).

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 Karya Tulis Ilmiah sebagai berikut:

1) *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi informan)

Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai obyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. *Informed consent* secara tertulis tidak dilakukan pada penelitian ini, karena data penelitian pada penelitian ini diambil pada saat peneliti/mahasiswa melakukan penelitian. Sehingga, peneliti tidak dapat melampirkan lembar *inform concent*, tetapi sebelum melakukan proses asuhan keperawatan, tahap pertama yang dilakukan oleh peneliti/mahasiswa adalah memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang maksud dan tujuan dari proses asuhankeperawatan yang akan diberikan. Setelah klien menyetujui, maka prosesasuhan keperawatan bisa dilakukan.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden. Nama dari informasi tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, namun cukup dengan menuliskan nama inisial.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari partisipan dijamin kerahasiaannya oleh penulis. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan/dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah, informasi untuk pendidikan, dan apabila diperlukan untuk proses hukum.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Hasil pelaksanaan dan penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dimulai dari pengkajian terhadap klien merumuskan diagnosa keperawatan, menentukan rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan beserta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Ruang Nusa Indah merupakan ruang rawat inap jiwa baik laki laki maupun perempuan. Terdiri dari 4 kamar dengan 7 tempat tidur yang masing masing kamar ditempati oleh 2 klien dan 1 kamar untuk isolasi bagi klien yang dilakukan fiksasi. Dilengkapi dengan ruang aktivitas yang biasa digunakan untuk Terapi Aktivitas Kelompok. Pada ruang Nusa Indah terdapat 12 tenaga kesehatan yang terdiri dari 1 dokter spesialis kejiwaan dan 11 perawat pelaksana.

4.1.2 Pengkajian

Penulisan hasil penelitian diawali dengan hasil pengkajian pasien, perumusan diagnosa keperawatan, rencana dan pelaksanaan tindakan serta evaluasi keperawatan.

1) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

IDENTITAS KLIEN	PASIEN
a) Nama	Tn. N
b) Umur	52 tahun
c) Jenis kelamin	Laki-laki
d) Agama	Islam
e) Status perkawinan	Belum menikah
f) Suku bangsa	Jawa / Indonesia
g) Pendidikan terakhir	SMP
h) Pekerjaan	Tidak bekerja
i) Alamat	RT 20 RW 07 Parakan
j) Tanggal MRS dan Jam MRS	12 Maret 2025 / 17.00 WIB
k) Tanggal dan jam pengkajian	16 Maret 2025 / 14.00 WIB
l) Informan	Pasien dan Rekam Medis

2) Alasan Masuk (gejala/perubahan perilaku yang menyebabkan klien dirawat)

- a) Klien mengatakan saat dirumah ingin memukul Anggota keluarganya karena sering di tanya-tanya
- b) Klien mengatakan bosan setiap disuruh minum obat
- c) Berdasarkan rekam medik, klien pernah masuk rumah sakit $\pm$ 2 tahun yang lalu sebanyak 3 kali dengan keluhan yang sama. Berdasarkan rekam medik klien rutin kontrol ke poli jiwa namun tidak rutin mengkonsumsi obat.
- d) Klien mengatakan bingung ,sulit menahan emosi dan sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu merasa selalu ingin marah tanpa alasan dan sering mondar-mandir

3) Stressor Presipitasi (masalah/kejadian yang dialami klien saat ini sehingga klien dirawat)

Tabel 4.2 Stressor Presipitasi

Masalah Biologis					
1. Penyakit fisik sekarang (alergi, trauma, infeksi,keganasan,degenerative,genetik,bawaan, pertumbuhan dll) : Tidak ada			Jelaskan : Klien tidak memiliki gangguan secara fisiologis saat ini		
2. Penyalahgunaan / ketergantungan zat : Ya			Jelaskan : Klien mengatakan sering merokok		
3. Terpapar racun/polutan : Tidak ada			Jelaskan : Klien tidak pernah terpapar racun/polutan		
4. Masalah seksual (aktivitas,fungsi, gangguan, perilaku) : Tidak ada			Jelaskan : Klien tidak ada masalah seksual, selama pengkajian klien juga tidak menunjukkan perilaku kearah kelainan seksual		
5. Gangguan tidur : Ada			Jelaskan : Klien mengatakan tidur kurang nyenyak karena gelisah		
6. Gangguan makan / nutrisi : Tidak ada			Jelaskan : Klien tidak ada gangguan makan, klien mengatakan makan 3x sehari, klien mampu makan secara mandiri tanpa bantuan orang lain		
Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan					
a) Masalah Psikologis					
1. Abuse /penganiayaan : Ada			Jelaskan : klien pernah ingin memukul anggota keluarganya		
	Pelaku	Korban			Saksi
Aniaya fisik	√				
Aniaya seksual					
Aniaya emosional					
Tindakan Kriminal					
2. Neglect/ penelantaran : Tidak ada			Jelaskan : keluarga klien mengatakan setelah klien KRS klien tetap tinggal dengan orangtuanya		
3. Bullying /perundungan : Tidak ada			Jelaskan : Klien tidak pernah		

	mengalami perundungan baik di sekolah, lingkungan maupun kelurga.
4. Kejadian traumatis : Tidak ada Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku kekerasan	Jelaskan : klien merasa sedih kehilangan sosok ayah setelah ayahnya meninggal
b) Masalah Sosiobudaya	
1. Masalah pendidikan : Ada	Jelaskan : Klien mengatakan lulusan SMP dan tidak ingin melanjutkan ke SMA karena malas, klien beranggapan bahwa sekolah hanya mnrnghabiskan uang.
2. Masalah penghasilan/ekonomi : Tidak ada	Jelaskan : Klien pernah bekerja sebagai nelayan di prigi.
3. Masalah pekerjaan : Tidak	Jelaskan : Klien mengatakan pernah seorang juru mudi kapal nelayan, sekarang klien tidak bekerja
4. Konflik budaya : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada masalah konflik budaya
5. Konflik keyakinan / agama : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada konflik keyakinan
6. Kegagalan dalam kegiatan politik : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada kegagalan dalam kegiatan politik karena klien belum pernah mengikuti kegiatan politik
7. Masalah dengan keluarga : Tidak ada	Jelaskan : Klien tidak ada masalah dengan keluarga
8. Masalah dengan masyarakat : Tidak ada Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan	Jelaskan : Klien mengatakan tidak pernah ada masalah dengan masyarakat sekitar,klien tidak mau bertegur sapa keluar rumah hanya beli rokok

4) Faktor Predisposisi (riwayat masalah/kondisi masa lalu yang pernah dialami klien)

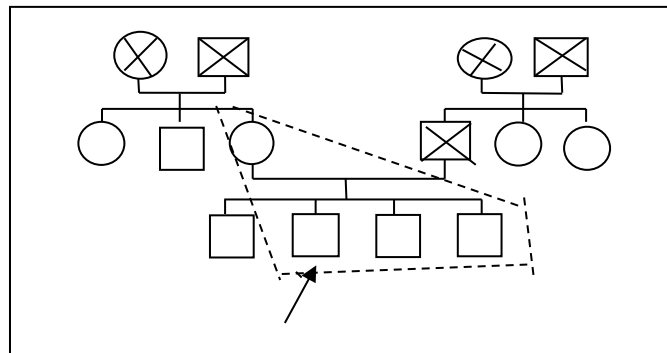
Tabel 4.3 Faktor Predisposisi

a) Riwayat Biologis	
1. Riwayat penyakit fisik yang lalu	Jelaskan : Klien tidak ada riwayat penyakit
2. Riwayat selama dikandung dan kelahiran (khusus untuk klien anak atau terkait)	Jelaskan : Klien mengatakan dulu lahir normal
3. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan (khusus klien anak atau terkait)	Jelaskan : Pertumbuhan dan perkembangan klien normal, klien berusia 52 tahun masuk dalam kategori usia produktif
4. Riwayat imunisasi	Jelaskan : Tidak terkaji
5. Riwayat paparan racun/ polutan : Tidak ada	Jelaskan : Klien tidak pernah terpapar racun atau polutan
6. Riwayat status gizi masa lalu : Baik	Jelaskan : Klien tidak ada riwayat kekurangan gizi di masa lalu
7. Riwayat gangguan hormonal : Tidak ada	Jelaskan : Klien tidak ada riwayat gangguan hormonal
8. Riwayat gangguan seksual : Tidak ada	Jelaskan : Klien tidak ada riwayat seksual, pada saat pengkajian peneliti tidak menemukan adanya perilaku yang mengarah ke gangguan seksual
9. Riwayat penggunaan / penyalahgunaan zat : Ada	Jelaskan : Klien mengatakan sering merokok
10. Riwayat reproduksi (kehamilan, persalinan, jumlah anak) (untuk klien ibu)	Jelaskan : Klien berjenis kelamin laki-laki
11. Kebiasaan/ gaya hidup	Jelaskan : Klien mengatakan saya suka merokok, kalau tidak merokok kepala saya pusing
Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah	
b) Faktor Psikologis	
1. Riwayat gangguan jiwa yang lalu:	Jelaskan (waktu,gejala,dan penanganannya) : Klien sebelumnya pernah merasakan keluhan seperti yang dialami saat ini pada 2 tahun yang lalu dan pada tahun 2023
2. Kesan kepribadian : extrovert	Jelaskan : saat dilakukan bina hubungan saling percaya klien mampu diajak untuk

	berkenalan, klien banyak berbicara dengan lawan bicara
3. Pertahanan psikologi Adaptif : bicara dengan orang lain, negosiasi, olahraga Maladaptif : mencederai diri	Jelaskan : Adaptif : klien mampu berbicara dengan perawat dan pasien lain, klien mengikuti kegiatan harian Maladaptif : klien saat dirumah memiliki riwayat amuk kepada anggota keluarga
4. Riwayat kejadian / masalah masa lalu yang tidak menyenangkan (bencana, kekerasan, pelecehan, dll) Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan	Jelaskan : Tidak ada riwayat kejadian di masa lalu
c) Faktor Sosiobudaya-spiritual	
1. Riwayat masalah pendidikan : Ada	Jelaskan : klien mengalami masalah dengan pendidikannya. (klien merasa malas dan tidak ada untungnya untuk meneruskan pendidikan ke SMA) karena hanya menghabiskan uang
2. Riwayat masalah penghasilan ekonomi : Tidak ada	Jelaskan : Klien pernah bekerja sebagai nelayan sejak keluar SMP kemudian klien tidak bekerja sejak mengalami gangguan jiwa, penghasilan klien dari kakak dan adik adiknya yang sudah bekerja
3. Riwayat masalah pekerjaan : Tidak ada	Jelaskan : Klien tidak bekerja
4. Riwayat konflik dengan nilai budaya : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada konflik dengan nilai budaya
5. Riwayat konflik nilai dengan keyakinan/agama yang dianut : Tidak ada	Jelaskan : Tidak ada konflik dengan keyakinan , klien meyakini bahwa agamanya adalah agama Islam
6. Riwayat keikutsertaan dan masalah dalam kegiatan politik : Tidak ada	Jelaskan : klien tidak pernah mengikuti kegiatan politik
7. Karakteristik hubungan sosial	Jelaskan : klien mengatakan orang terdekat dengan kehidupan klien adalah ibunya dan anggota keluarga lainnya
8. Peran sosial	Jelaskan : Di Keluarga : klien merupakan anak kedua dari 4 bersaudara, kakak nya

	sudah menikah, adiknya sudah bekerja dan membiayai kehidupan klien dan ibunya Di Masyarakat : klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan apapun dengan tetangganya klien jarang keluar rumah klien keluar rumah hanya beli rokok
9. Adakah anggota keluarga yang lain yang mengalami masalah / gangguan jiwa	Jelaskan : Tidak ada anggota keluarga yang lain yang mengalami masalah / gangguan jiwa

Genogram (minimal tiga generasi)



Keterangan:

- : garis perkawinan
- | : garis keturunan
- : tinggal satu rumah
- : pasien
- : perempuan
- : laki-laki
- ✕ : meninggal

Klien tinggal serumah dengan ibunya , klien anak kedua dari empat bersaudara

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5) Status Psikososial

Tabel 4.4 Status Psikososial

a) Konsep diri (pandangan klien terhadap dirinya)	
1. Citra tubuh	mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, karena anugrah dari Allah
2. Identitas	mengatakan bahwa klien adalah seorang laki-laki berumur 52 tahun yang bernama Tn. N
3. Peran	mengatakan dia seorang anak kedua di keluarganya
4. Ideal diri	mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul lagi dengan keluarga
5. Harga diri	mengatakan sejak sakit selalu didukung keluarga kesembuhanya
Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan	
b) Kecemasan (tanda dan gejala)	
1. Fisiologis	tampak cemas
2. Perilaku	mudah marah, tampak gelisah dan sering mondar-mandir
3. Afektif	menunjukkan sikap terbuka saat diajak bicara
4. Kognitif	mampu membaca tulisan dengan baik
Masalah Keperawatan : cemas ringan	
c) Respon Kehilangan (tahap respon kehilangan) : Acceptance Jelaskan : Klien menerima keadaannya sekarang Masalah Keperawatan : tidak ada masalah	
d) Harapan / semangat klien terhadap kesembuhan/masalah : Penuh harapan Jelaskan : Klien ingin cepat sembuh dan bisa pulang berkumpul dengan keluarga Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah	
e) Distress spiritual : Klien mengatakan beribadah sesuai agama dan keyakinannya Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah	
f) Respon pasca trauma Jelaskan : klien merasa sedih kehilangan sosok ayah setelah ayahnya meninggal Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah	

6) Status Mental

Tabel 4.5 Status Mental

a) Penampilan : kurang rapi	Jelaskan : Klien berpakaian tidak sesuai, baju 1x sehari ganti, mandi 2x sehari, rambut klien ikal, hitam keputihan dan berbau
b) Kesadaran kualitatif	Jelaskan : Klien sadar penuh

: Tidak berubah	
c) Disorientasi	Jelaskan : klien mampu mengenal waktu, tempat, dan orang
d) Arus pikir : bicara lambat	Jelaskan : Saat ditanya klien lambat
e) Isi pikir : wajar	Jelaskan : klien dapat mengontrol isi pikiran, tidak memiliki gangguan isi pikir. Klien tidak ada waham, fobia, obsesi.
f) Proses pikir : realistis	Jelaskan : klien menjawab pertanyaan dengan baik dan klien ingin segera sembuh dan ingin segera pulang
g) Persepsi : tidak ada	Jelaskan : klien tidak memiliki gangguan persepsi
h) Afek dan emosi : tumpul	Jelaskan : hanya bereaksi sesuai dengan stimulus yang ada
i) Aktivitas motorik/psikomotor : hiperaktifitas	Jelaskan : Klien tampak menunjukkan adanya peningkatan aktivitas (klien sering mondar mandir)
j) Memori : Cukup	Jelaskan : klien tidak mampu mengingat dengan jelas mengapa dibawa ke RS
k) Tingkat konsentrasi dan berhitung : Mampu berkonsentrasi	Jelaskan : pada saat diajari berhitung klien mampu berkonsentrasi
l) Kemampuan penilaian	Jelaskan : Tidak ada masalah. Klien mampu mengambil keputusan
m) Daya tilik diri /insight menyalahkan hal-hal diluar dirinya	Jelaskan : Klien mengatakan jika apa yang terjadi pada dirinya saat ini adalah cobaan dari Allah
n) Interaksi selama wawancara : Kontak mata baik	Jelaskan : Saat diajak berbicara mata klien terkadang melotot

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

7) Pengkajian Fisik

Tabel 4.6 pengkajian fisik

Pemeriksaan fisik	Pasien
a) Keadaan umum	Saat datang klien tampak pandangan tajam, nada bicara keras, teriak teriak serta sering mondar mandir
b) Kesadaran	Composmentis GCS 4-5-6
c) TTV TD : N : S : RR :	140/100 mmHg 110x/mnt 36,2 C 20x/mnt
d) TB : BB :	167 cm 65 kg
e) Keluhan fisik	Tidak ada keluhan fisik
f) Pemeriksaan fisik	

(1) Kepala	Bentuk kepala bulat, tidak ada lesi di area kepala
Rambut	Rambut pendek, berwarna putih, persebaran rambut merata. Tidak ada luka terbuka pada area kepala
Wajah	Lengkap, simetris
Mata	Simetris, pupil miosis, konjungtiva merah muda
(2) Tangan dan kaki	Terkadang kaku dan tampak menggepal
(3) Hidung	ada secret pada hidung, tulang septum nasi berada ditengah, kebersihan cukup
(4) Telinga	Kotor
(5) Mulut dan gigi	Tidak ada karies gigi, sedikit berbau
(6) Genetalia	Tidak dilakukan pengkajian
(7) Integumen	Akral hangat, CRT <2detik
(8) Ekstremitas	Tidak terdapat luka, tidak ada kelainan, tidak ada odem, kekuatan otot 5 pada semua ekstremitas
Fungsi neurologis	Tidak ada tanda-tanda penurunan fungsi neurologis

Masalah keperawatan : Tidak Ada masalah

8) Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.7 Aktivitas sehari-hari

a) Makan Frekwensi : 3x sehari Jenis : Nasi ,lauk ,sayur, buah	Mandiri
b) BAB/BAK Frekwensi : BAB 1x/hari, BAK 2-4x/hari	Mandiri
c) Personal hygiene Frekwensi : Klien mengatakan mandi 2x sehari, menggosok gigi 2x sehari dan keramas 3 hari sekali Kualitas : Baik	Mandiri
d) Berpakaian / berhias Frekwensi ganti : Klien bisa memakai pakaian sendiri dengan benar dan klien mengatakan ganti baju 1x dalam sehari, setelah mandi bersisir atau berhias Kualitas : Baik	Mandiri
e) Istirahat tidur Lama tidur : Kurang lebih 5-6 jam /hari Aktivitas sebelum/sesudah tidur : Gelisah seringmondar-mandir	Kualitas tidur kurang baik
f) Pemberian obat	Bantuan Minimal
g) Pemeliharaan kesehatan Perawatan lanjutan Sistem pendukung	Ada Ada
h) Aktivitas di dalam rumah Mempersiapkan makanan	Ada

Menjaga kerapihan rumah Mencuci pakaian Pengaturan keuangan	Tidak Ada Ada
i) Aktivitas di luar rumah Belanja Transportasi	Tidak Ada

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9) Penilaian Terhadap Stressor/Masalah

Penilaian klien terhadap masalah yang sedang dihadapi : Tantangan

Jelaskan : Klien bingung menghadapi jika ada masalah dalam hidupnya.

10) Sumber Koping

Tabel 4.8 Sumber koping

a) Kemampuan personal	
(1) Problem solving skil	Kurang
(2) Status kesehatan	Baik
(3) Sosial skill	Cukup
(4) Intelegensia	Rata-rata
(5) Pengetahuan tentang Gangguan jiwa Faktor presipitasi Faktor predisposisi Sistem pendukung Koping Obat-obatan	Kurang Kurang Cukup Baik Kurang Cukup
(6) Pandangan hidup yang dimiliki : Realistis	Klien ingin melakukan aktivitas seperti biasanya
b) Dukungan Sosial	
(1) Dukungan dari keluarga/kelompok masyarakat	Klien mengatakan selama dirawat sudah dikunjungi kakak nya sebanyak 2 kali
(2) Jaringan sosial (perkumpulan, organisasi, asuransi)	mengatakan tidak pernah mengikuti perkumpulan
c) Aset material	
(1) Kecukupan penghasilan untuk kebutuhan	Klien tidak berpenghasilan
(2) Kekayaan yang dimiliki	Klien tinggal bersama ibu
(3) Pelayanan kesehatan	Terjangkau
d) Keyakinan	
(1) Keyakinan dan nilai	Klien meyakini bahwa dia beragama Islam
(2) Motivasi	Klien ingin cepat sembuh agar bisa pulang dan berkumpul dengan keluarga

(3) Orientasi kesehatan	Klien mengatakan sakit adalah ujian dari Tuhan
Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan	
e) Mekanisme koping / cara penyelesaian masalah : membandingkan kemampuan klien dengan orang lain	

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

11) Aspek Medik

Diagnosa medis : Skizofrenia

Terapi medis :

- a) Inj. Lodomer 2x1 amp (IM)
- b) Clozapine 1x100 mg (malam & pagi)

Pemeriksaan Lab :

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12.5	13.5 - 18.0
Hematokrit	37.1	42.0 - 51.0
Lekosit	8.9	4.0 - 10.5
Trombosit	376	154 - 450
Eritrosit	4.31	3.50 – 4.76
MCV	86.2	78.0 - 100.0
MCH	28.9	31.0 - 37.0
MCHC	33.5	37.0 - 54.0
RDW	13.6	11.0 - 16.0
PDW	15.7	9.0 - 17.0
MPV	9.1	8.0 - 11.0

Urine : tidak dilakukan pengkajian

Feses : tidak dilakukan pengkajian

12) Daftar Masalah Keperawatan

- a) Resiko Perilaku Kekerasan.

4.1.3 Perumusan Diagnosa Keperawatan

1) Analisa data

Tabel 4.9 Analisa Data

No.	DATA	MASALAH
1.	Data Subyektif: - Klien mengatakan “Aku edan ndleming?” - Klien mengatakan bingung, sulit menahan emosi dan sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu, klien merasa selalu ingin marah tanpa alasan, klien sering mondar mandir Data Obyektif: - Riwayat amuk pada anggota keluarga - Gangguan tidur - Pandangan klien tampak tajam - Klien sering mondar mandir - Badan klien tampak kaku - Nada bicara tinggi - TTV TD : 140/100 mmHg N : 110x/menit S : 36,2°C RR : 20x/menit	Resiko Perilaku Kekerasan

2) Diagnosa Keperawatan

a) Resiko Perilaku Kekerasan

Tabel 4.10 tabel diagnosa

No.	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF
1.	16 Maret 2025	Resiko Perilaku Kekerasan, ditandai dengan : Data Subyektif : - Klien mengatakan “Aku edan ndleming?” - Klien mengatakan bingung, sulit menahan emosi dan sulit tidur sejak 1 minggu yang lalu, klien merasa selalu ingin marah tanpa alasan, klien sering mondar mandir Data Obyektif : - Riwayat amuk pada anggota keluarga - Gangguan tidur - Pandangan klien tampak tajam - Klien sering mondar mandir - Badan klien tampak kaku Nada bicara Tinggi	Salsabila HF

		- TTV TD : 140/100 mmHg N : 110x/menit S : 36,2°C RR : 20x/menit	
--	--	--	--

4.1.4 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.11 Perencanaan Tindakan Keperawatan

TGL	No. DX	DX Kep.	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT
16 Maret 2025	01	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan 1x pertemuan : TUM : Klien tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan TUK 1 : Klien tidak dapat membina hubungan saling percaya, tidak dapat mengidentifikasi penyebab marah, tanda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan tidak dapat cara mengendalikan perilaku kekerasan (latihan nafas dalam) Dengan kriteria hasil : ekspresi wajah tidak bersahabat, menunjukan kontak mata, tidak mau berjabat tangan, tidak mau mengatakan masalahnya, dan berteriak	SP 1 Klien tidak dapat membina hubungan saling percaya 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik (salam terapeutik, empati, sebut nama dan jelaskan tujuan interaksi 2. Observasi tanda perilaku kekerasan 3. Observasi TTV 4. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya 5. Bantu klien mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal 6. Diskusikan dengan klien tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan 7. Latih klien cara mengontrol kemarahan (ajarkan tehnik nafas dalam	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar hubungan interaksi selanjutnya	

TGL	No. DX	DX Kep.	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT
17 Maret 2025	01	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan 2x pertemuan : TUM : Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tnda gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan (latihan nafas dalam) Dengan kriteria hasil : ekspresi wajah bersahabat, menunjukan kontak mata, mau berjabat tangan, mau mengatakan masalahnya	SP 1 Klien dapat membina hubungan saling percaya 8. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik (salam terapeutik, empati, sebut nama dan jelaskan tujuan interaksi 9. Observasi tanda perilaku kekerasan 10. Observasi TTV 11. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya 12. Bantu klien mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal 13. Diskusikan dengan klien tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan 14. Latih klien cara mengontrol kemarahan (ajarkan tehnik nafas dalam	Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk memperlancar hubungan interaksi selanjutnya	

TGL	No. DX	DX Kep.	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT
18 Maret 2025	01	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan 1x pertemuan klien mampu menyebutkan : 1. Contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik (tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal) 2. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan TUK 2 : Klien dapat mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan fisik latihan nafas dalam, pukul bantal dan kasur	SP 2 Melatih klien teknik nafas dalam dan memukul bntal kasur : 1. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien. Berikan pujian atas kegiatan fisik yang dilakukan 2. Diskusikan cara fisik yang paling mudah untuk mencegah perilaku kekerasan yaitu tarik nafas dalam sertapukul kasur dan bantal 3. Diskusikan cara melakukan pukul bantal 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 mendemonstrasikan cara pukul bantal dan kasur 7. Anjurkan klien menggunakan cara yang dipelajari saat marah	Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan klien	

TGL	No. DX	DX Kep.	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT
19 Maret 2025	01	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan 1x pertemuan klien mampu menyebutkan : 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) TUK 3 : Klien dapat mendemostrasikan cara sosial/verbal untuk mencegah perilaku kekerasan	SP 3 Melatih klien mengungkapkan rasa marah secara verbal: - Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien, beri contoh cara bicara yang baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik. - Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik, meminta dengan baik : “saya minta uang untuk beli makan dan jajan” - Menolak dengan baik : “maaf saya tidak bisa melakukan, karena ada kegiatan lain” - Mengungkapkan perasaan dengan baik “saya kesal karena permintaan saya tidak dipenuhi”, disertai dengan nada rendah. - Minta klien untuk mengulangi sendiri	Membantu klien untuk mengontrol perilaku kekerasan	

TGL	No. DX	DX Kep.	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT
20 Maret 2025	01	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan 1x pertemuan klien mampu mengikuti kegiatan secara terjadwal. TUK 4 : Klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan	SP 4 Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sholat dan berdoa : 1. Jelaskan pada klien cara mengontrol perilaku kekerasan spiritual (sholat/berdoa) 2. Latih klien cara spiritual (sholat/berdoa) 3. Anjurkan untuk memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian	Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan	

TGL	No. DX	DX Kep.	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT
21 Maret 2025	01	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan 1x pertemuan klien mampu mengikuti kegiatan secara terjadwal. TUK 5 : Klien dapat memahami obat yang akan di minum dan cara benar minum obat	SP 5 Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat : 1. Jelaskan jenis obat yang di minum klien 2. Jelaskan prinsip 5 benar minum obat 3. Menyusun jadwal minum obat	Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan	

4.1.5 Catatan Perkembangan Pasien Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.12 Implementasi dan Evaluasi

No.	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
01	16 Maret 2025/ Jam 14.00	SP 1 1. Memberikan salam, menyebutkan nama dan tujuan 2. Menunjukkan sikap empati dan menanyakan perasaan klien 3. Mendiskusikan pada klien perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah, klien berteriak dan marah-marah dan mengepalkan tangannya ingin memukul siapapun yang ada disekitarnya 4. Mendiskusikan dengan klien apakah klien mau mempelajari cara baru untuk mengungkapkan marah yang sehat 5. Mengajari klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam 6. Membuat kontral yang jelas dengan klien untuk berlatih cara-cara baru untuk mengungkapkan marah yang sehat 7. Mendiskusikan tempat, lokasi, waktu dan durasi pertemuan selanjutnya 8. Mengukur TTV TD : 140/100 mmHg N : 110 x/menit S : 36,2 C RR : 20 x/menit	S : - Klien berteriak - Klien tidak mau menyebutkan namanya O : - Klien tidak kooperatif - Klien tidak bisa menerima kedatangan perawat - Klien di vikasi - Kontak mata tajam - Klien tidak dapat latihan nafas dalam dengan baik - TTV TD : 140/100 mmHg N : 93 x/menit S : 36,2 C RR : 20 x/menit A : SP 1 belum teratasi P : Ulangi SP 1

4.1.6 Catatan Perkembangan Pasien Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.13 Implementasi dan Evaluasi

No.	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
01	17 Maret 2023/ Jam 08.00	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, perilaku kekerasan pada klien disebabkan karena kesal selalu di tanya tanya oleh anggota keluarganya 4 Mendiskusikan pada klien perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah, klien berteriak dan marah-marah dan mengepalkan tangannya ingin memukul siapapun yang ada disekitarnya 5 Mendiskusikan dengan klien akibat perilakunya yaitu ibunya menangis dan menyuruh klien sabar dan sadar 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 kontral 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 : 130/80 mmHg N : 90 x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit	S : - Pagi mas - Klien menyebutkan namanya - Saya disini karena kesal karena selalu di tanya tanya anggota keluarganya O : - Klien kooperatif - Klien bisa menerima kedatangan perawat - Klien mau berjabat tangan - Kontak mata masih tajam - Klien dapat latihan nafas dalam dengan baik - TTV TD : 130/80 mmHg N : 90 x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit A : SP 1 teratasi P : Lanjut SP 2

No.	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
01	18 Maret 2025/ Jam 08.00	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 : 140/70 mmHg N : 96 x/menit S : 36,1 C RR : 20 x/menit	S : - Mas kemarin ya, mas nio - Saya sudah sarapan mas, makane ndak enak - Saya 4 bersaudara mas , saya anak kedua - Saya merasakan marah hari ini - Kalo saya merasa marah saya harus tarik nafas dalam mas lalu tambah dengan memukul bantal dan kasur - K/u Cukup - Klien kooperatif - Ada kontak mata saat bicara - TTV : TD : 140/70 mmHg N : 96 x/menit S : 36,1 C RR : 20 x/menit A : SP 2 Tercapai P : Lanjut SP 3

No.	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
01	19 Maret 2023/ 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. Mengajari klien menyusun jadwal kegiatan harian 4. Mengukur TTV TD : 140/90 mmHg N : 95 x/menit S : 36,2 C RR : 20 x/menit	S : - Hari ini makanannya rodok enak mas - Saya hari ini tidak merasa marah - Tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur mas - Saya harus sabar mas, jika meminta harus dengan baik, dan jika ingin ngomong sesuatu juga harus dengan baik O : - K/u Cukup - Klien kooperatif - Klien tersenyum - Ada kontak mata saat bicara - TTV : TD : 140/90 mmHg N : 90 x/menit S : 36,2 C RR : 20 x/menit
			A : Masalah teratasi P : Lanjut SP 4

No.	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
01	20 Maret 2025/ Jam 14.00	SP 4 1. Mengevaluasi latihan meminta dan menolak sesuatu dengan rang baik 2. Menjelaskan kepada klien cara menontrol perilaku kekerasan dengan siritual (sholat/berdoa) 3. Melatih klien cara spiritual (shlat/berdoa) 4. Menganjurkan untuk memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian 5. Mengukur TTV TD : 130/80 mmHg N : 92 x/menit S : 36,2 C RR : 20 x/menit	S : - Mas ayo main gaple - Saya hari ini tidak merasa marah mas - Ini sudah masuk ashar tapi saya belum ashara mas - Biar hati tenang mas dan tidak ingin marah O : - K/u Cukup - Klien kooperatif - Klien tersenyum - Ada kontak mata saat bicara - TTV : TD : 130/80 mmHg N : 92 x/menit S : 36,2 C RR : 20 x/menit A : Masalah teratasi P : Lanjut SP 4

No.	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
01	21 Maret 2025/ Jam 14.00	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 prinsip benar 5 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 : 140/80mmHg N : 95x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit	S : - Saya hari ini tidak merasa marah mas - Saya mengantuk mas - Saya tadi solat subuh sendirian mas - Obat saya warna putih dan oren mas - Kalau minum obat harus dilihat namanya, waktu nya kadang malam atau pagi, - Yang pertama saya kalau merasa marah harus sabar tarik nafas dalam dan pukul bantal dan kasur - Anu mas ngomong dengan orang lain harus derngan baik, rajin solat dan rutin minum obat O : - K/u Cukup - Klien kooperatif - Klien tersenyum - Ada kontak mata saat bicara - TTV : TD : 140/80mmHg N : 95x/menit S : 36,3 C RR : 20 x/menit A : Masalah teratasi P : Evaluasi SP 1-5

4.1.7 Hasil Analisa Asuhan Keperawatan

Tabel 4.14 Analisa Teori dan Fakta

NO	ANALISA		
	TEORI	FAKTA	KESENJANGAN
1.	PENGKAJIAN		
	a) Identitas pasien Identitas pada klien meliputi inisial nama, usia, pekerjaan, alamat, suku bangsa, pendidikan terakhir, nomor register, agama, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, agama, status perkawinan, tanggal dan jam pengkajian (Nursalam, 2009)	Berdasarkan penelitian klien Bernama Tn N, umur 52 tahun, jenis kelamin laki-laki, alamat Parakan, beragama islam, pendidikan terakhir SMP, tanggal pengkajian 16 Maret 2025 pukul 14.00, suku bangsa Jawa Indonesia.	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	b). Alasan Masuk adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain atau lingkungan, mengancam. Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan biasanya tidak dapat memenuhi ADLnya sendiri (Yoshep, 2016)	- Klien mengatakan saat dirumah kesal dengan anggota keluarganya , selalu ditanya tanya, klien marah marah dan ingin memukul keluarganya - Berdasarkan rekam medis, keluarga mengatakan klien pernah MRS di Ruang Nusa indah kurang lebih 2 tahun yang lalu. Dirumah ingin memukul anggota keluarganya, tidak rutin minum obat, klien 2 tahun terakhir masuk RS sebanyak 3 kali	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	c) Faktor Predisposisi (Yoshep, 2016) 1) Adanya riwayat gangguan jiwa sebelumnya	mengatakan pernah mengalami keluhan seperti yang dialami saat ini dan pernah MRS di Ruang Nusa indah kurang lebih 2 tahun terakhir masuk RS sebanyak 3 kali	Tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

	2) Adanya trauma, riwayat aniaya fisik, aniaya seksual, kekerasan dalam rumah tangga, tindakan kriminal atau lainnya 3) Adanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	Terdapat Riwayat aniaya fisik sebagai pelaku yaitu ingin memukul anggota keluarganya mengatakan klien sedih kehilangan sosok ayah setelah ayahnya meninggal	Tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori Tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori
	d) Riwayat gangguan fisik Seseorang yang pernah mengalami gangguan fisik, riwayat nafza, dan riwayat trauma kemungkinan besar mengalami gangguan pada otak yang berhubungan dengan gangguan cerebral dibuktikan dengan adanya perilaku agresif dan tindak kekerasan (Nurarif & Kusuma, 2015).	Dari hasil pengkajian klien sedih kehilangan sosok ayah setelah ayahnya meninggal	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	e) Riwayat penyakit keluarga faktor genetik penyebab skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia (Keliat, 2010)	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa	Ada kesenjangan antara teori dan fakta
	f) gangguan kemauan Banyak penderita dengan skizofrenia mempunyai kelemahan kemauan. Mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. (Maramis, 2005)	Klien belum bisa mengambil kemauanya sendiri yaitu masih bergantung dengan keluarga	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	g) Psikomotor	Klien mengatakan badan dan rahangnya kaku	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

	Gangguan katatonik hanya ringan saja, maka dapat dilihat gerakan-gerakan yang kurang luwes atau agak kaku		
	h) Pengkajian Psikososial (fitriana, 2006) 1) konsep diri Citra tubuh, identitas diri, peran, harga diri.	Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, karena anugrah dari Allah. Klien mengatakan seorang laki laki berumur 52 tahun yang bernama Tn. N	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	2) hubungan sosial Orang yang dekat dengan klien tempat untuk mengadu, meminta bantuan klien, apakah klien mengikuti kegiatan dimasyarakat, sejauh mana klien terlibat dalam kelompok.	Saat dikaji klien mengatakan dekat dengan ibunya	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	3) spiritual Nilai, keyakinan, kegiatan ibadah	Klien mengatakan beribadah dan saat dirumah sakit klien kadang shalat juga	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	i) Pemeriksaan fisik (fitriana,2006) 1) keadaan umum mata merah dan tegang, pandangan tajam, bicara kasar, nada bicara tinggi, emosi tidak adekuat.	Keadaan umum klien cukup, saat ditanya dapat menjawab dengan jelas. Kesadaran klien compos mentis. Kadang pandangan klien tajam dan melamun, nada bicara tinggi	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	2) keluhan fisik Individu dengan Resiko Perilaku Kekerasan biasanya mengalami luka-luka pada tubuhnya, karena digunakan untuk memukul-mukul benda maupun orang lain disekitarnya.	Klien mengatakan ada keluhan pada tangannya yang kaku.	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta

	3) Pemeriksaan rambut Keadaan kesuburan rambut, keadaan yang mudah rontok, keadaan rambut yang mudah kusam, keadaan tekstur	Rambut px berwarna putih, lepek dan sedikit berbau	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	4) Pemeriksaan kepala Adanya botak, ketombe, berketu, kebersihan	Klien mulai tidak mengalami kebotakan, klien tidak mengalami kutuan dan berketombe	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	5) Pemeriksaan mata Pandangan klien tajam dan melotot	Pandangan klien sesekali tajam namun saat ditegor klien merespons dengan baik	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	6) Pemeriksaan hidung Kebersihan hidung, membran mukosa	Tidak ada secret pada hidung, tulang septum nasi berada ditengah, kebersihan cukup	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	7) Pemeriksaan telinga Adanya kotoran, lesi dan infeksi	Telinga klien kotor	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	8) Pemeriksaan mulut Keadaan mukosa mulut, kelembabanya, kebersihan	Mukosa bibir kering, mulut px sedikit berbau	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	9) Pemeriksaan gigi Adanya karang gigi, adakah karies, kelengkapan gigi	Gigi klien berwarna putih kekuningan, gigi lengkap, sedikit kotor	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	10) Pemeriksaan kulit Lihat kebersihan kulit, adanya lesi, warna kulit, tekstur, dan pertumbuhan bulu	Kulit kering, tidak ada lesi, berwarna sawo matang	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	11) Kuku Kuku klien kotor dan tidak dirawat	Kuku klien kotor dan Panjang	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	12) Genitalia	Tidak terkaji	-
	j). Status mental (keliat, 2013) 1) Penampilan		

	Tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak sesuai dengan situasi kondisi	Penampilan klien tidak rapi, klien berpakaian tidak sesuai situasi kondisi	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	2) Pembicaraan Biasanya pembicaraan klien lambat , sedikit dengan volume rendah	Saat ditanya klien berbicara lambat	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	3) Aktivitas motoric Pada klien dengan Resiko Perilaku kekerasan biasanya lesu, tegang dan gelisah	Klien tampak mondar mandir dan gelisah	Tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori
	4) Afek dan emosi Klien dengan resiko perilaku kekerasan Datar, tidak ada perubahan raut muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.	Klien sering menunjukkan ekspresi datar	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	5) Interaksi selama wawancara Tidak kooperatif, mudah tersinggung, menunjukan ansietas selama interaksi.	Kontak mata kurang dan klien kooperatif saat diajak ngobrol, mata klien kadang tajam saat mengobrol	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	6) Persepsi sensori Pasien dengan gangguan jiwa sering mendapatkan sebuah persepsi halusinasi. Persepsi halusinasi ada berbagai macam jenis seperti halusinasi dengar, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman	Saat di kaji tidak ditemukan gangguan persepsi sensorik	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	7) Proses pikir Klien mengalami blocking (pembicaraan terhenti tiba tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilaksanakan	Pembicaraan klien terhenti tiba tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilaksanakan kembali	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

	kembali), preverasi (pembicaraan yang diulang-ulang) flight off ideas (pembicaraan yang meloncat-loncat dan tidak sampai tujuan).		
	8) Tingkat Kesadaran 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 dilingkungan.	Saat dikaji klien terkadang tampak kaku pada tubuh dan rahangnya	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	9) Memori Pada klien dengan gangguan jiwa sangat kesulitan dalam proses mengingat	Klien tidak mampu mengingat dengan pasti mengapa dibawa RS	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	10) Tingkat konsentrasi dan berhitung Mudah teralihkan, tidak mampu berkonsentrasi, kurang mampu berhitung	Saat diajari berhitung klien mampu berkonsentrasi terhadap perhitungan yang diberikan	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	11) Kemampuan penilaian Tidak mampu mengambil keputusan yang sederhana	Saat px diberikan 2 pilihan yaitu makan atau mandi px memilih untuk mandi dulu baru makan	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	12) Daya tilik diri Mengingkari penyakit yang dideritanya dan merasa tidak perlu pengobatan. Klien menyalahkan hal hal diluar dirinya	Klien mengatakan dirinya gila dan sering gelisah lalu disini mencari obat	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	k). Kebutuhan perawatan diri (Nita Fitria,2009) 1. Mandi Klien yang mengalami gangguan jiwa jarang mandi dan kotor	Klien mengatakan mandi 2x sehari dengan paksaan perawat	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

	Berpakaian dan berhias Klien gangguan jiwa kebanyakan kurang rapi	Klien bisa memakai baju sendiri, setelah mandi klien berhias dengan menyisir rambut	Ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	Istirahat tidur Klien gangguan jiwa sulit memulai tidur	Klien tidur tidak teratur dan sering tidak nyenyak karena gelisah	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	Penggunaan obat Klien gangguan jiwa tidak tau penggunaan obat yang baik	Klien mampu meminum obat dengan baik, tetapi tidak tau nama obatnya	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
	5. Pemeliharaan kesehatan Klien gangguan jiwa memerlukan bantuan perawat	Klien mengatakan jika sudah pulang yang merawat orang tuanya dan anggota keluarganya	Tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta
	6. Aktivitas dirumah Klien gangguan jiwa mengalami kesulitan dalam mengolah, merencanakan dan menyajikan makanan, merapikan tempat tidur, menyapu membersihkan rumah dan mengatur biaya kehidupan sehari-hari	mengatakan makan tidak tepat waktu, jarang membersihkan tempat tidur sendiri dan mencuci baju sendiri	Tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori
	7. Aktivitas diluar rumah Klien gangguan jiwa mengalami kesulitan untuk beraktivitas diluar rumah	Klien sulit beraktivitas di luar rumah karena tidak memiliki teman	Tidak Ada kesenjangan antara fakta dan teori

NO	ANALISA		
	TEORI	FAKTA	KESENJANGAN
2.	DIAGNOSA KEPERAWATAN		
	Dari pohon masalah diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan dari pengkajian yaitu ; Resiko Perilaku Kekerasan (keliat, 2012)	Resiko Perilaku Kekerasan ditandai dengan : - Klien mengatakan gelisah - Sulit menahan emosi - Sulit tidur - Selalu ingin marah tanpa alasan - Rahang dan badannya kaku Data Obyektif: - Riwayat amuk pada anggota keluarga - Gangguan tidur - Pandangan klien tampak tajam - Klien sering mondar mandir - Badan klien tampak kaku - Afek labil - Psikomotor : gaduh gelisah - Tingkat kecemasan sedang - TTV TD : 140/100 mmHg N : 110x/menit S : 36,2°C RR : 20x/menit	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta
INTERVENSI KEPERAWATAN			
	SP untuk pasien a) Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan , dan menyebabkan beresiko untuk melakukan perilaku kekerasan dengan (latihan nafas dalam) b) Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (pukul bantal dan kasur)	SP untuk pasien a) Klien dapat membina hubungan saling percaya mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan dengan (latihan nafas dalam) (SP 1) b) Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu dengan (pukul bantal dan kasur) (SP 2)	Tidak ada kesenjangan antara fakta dengan teori

	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) Bantu klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan sholat/berdoa e) Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu klien minum obat dengan prinsip lima benar)	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)	
PELAKSANAAN EVALUASI			
	Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. (Prabowo, 2014)	Dalam penelitian, saat dilakukan evaluasi oleh peneliti selama 6 hari pada tiap strategi pelaksanaan (SP) klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan serta cara mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasannya dan menjadikan klien hanyamemiliki Resiko Perilaku Kekerasan	Tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan dibahas mengenai kesenjangan yang terjadi antara teori dan fakta yang disertai opini atau pendapat dari penulis. Pembahasan disusun sesuai dengan tujuan khusus karya tulis ini meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perumusan rencana, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Berdasarkan dari penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 16 Maret sampai 21 Maret 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan pada Klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr.Soedomo Trenggalek, dengan partisipan Tn. N didapatkan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

1) Riwayat Penyakit Keluarga

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa tidak ada anggota keluarga klien yang menderita gangguan jiwa.

Faktor genetik penyebab skizofrenia ditemukan cukup tinggi pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia (Keliat, 2010).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Peneliti berpendapat bahwa, klien mengalami gangguan jiwa bukan dari riwayat penyakit keluarga dimungkinkan dari faktor predisposisi yaitu pada faktor psikologis yaitu kejadian masa lalu yang tidak menyenangkan. Hal ini dibuktikan dari data subjektif klien mengalami sedih kehilangan sosok ayah setelah ayahnya meninggal.

2) Status Mental

a) Presepsi sensori

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

Klien dengan gangguan jiwa sering mendapatkan sebuah persepsi halusinasi. Persepsi halusinasi ada berbagai macam jenis seperti halusinasi dengar, penglihatan, perabaan, pengecapan, penciuman (Keliat, 2010).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Peneliti berpendapat bahwa, klien tidak mengalami halusinasi dan memiliki orientasi serta persepsi yang baik. Hal ini Peneliti berpendapat bahwa, klien tidak mengalami halusinasi dan memiliki orientasi serta persepsi yang baik. Pasien pernah mendapatkan perawatan karena gejala sebelumnya dan pasien masih mempunyai aktivitas yang dikerjakan sehingga tidak masuk dalam halusinasi.

b) Tingkat Konsentrasi Dan Berhitung

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa, pada saat pengkajian hal itu terjadi karena adanya pelaksanaan terapi aktivitas yaitu bermain kartu., dan penghitungan sederhana.

Klien dengan gangguan jiwa tingkat konsentrasi dan berhitung mudah teralih, tidak mampu berkonsentrasi, kurang mampu berhitung. Menurut (Keliat, 2013).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Peneliti berpendapat bahwa, klien dapat berkonsentrasi dengan baik dan tidak mudah teralih. Karena klien telah mendapatkan perawatan dan terapi modalitas yang diberikan secara bertahap berupa stimulus klien saat bermain kartu dan melibatkan perhitungan sederhana bertujuan untuk meningkatkan konsentrasi pada klien.

c) 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 mandi terlebih dahulu.

Klien tidak mampu mengambil keputusan yang sederhana (Keliat, 2013).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Peneliti berpendapat bahwa, klien dalam mengambil keputusan dipengaruhi dengan keinginan kuat dan kebiasaan dalam memutuskan suatu pilihan secara mandiri. Hal tersebut dibuktikan dengan klien mendapatkan terapi nonfarmakologi berupa TAK yang bertujuan dapat mengambil keputusan sendiri. klien masih memiliki kemampuan kognitif seperti memproses informasi, mengingat dan membuat keputusan yang rasional dan logis dalam beberapa situasi sederhana seperti dapat menentukan

pilihan antara mandi dan makan terlebih dahulu dalam aktifitas keseharian

3) Kebutuhan Perawatan Diri

a) Berpakaian Atau Berhias

Dari hasil pengkajian didapatkan data bahwa klien mampu memakai baju sendiri dan berhias setelah mandi dengan menyisir rambutnya.

Klien gangguan jiwa mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan tindakan memakai baju atau tindakan aktivitas berpakaian untuk dirinya dengan karakteristik: tidak mampu meletakkan atau mengambil baju. (Nita Fitria, 2009)

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Peneliti berpendapat bahwa, klien mampu berpakaian dan berhias dengan baik karena kebiasaan sehari-hari saat di rumah dan di ruangan yang dapat melakukan perawatan diri secara mandiri.

4.2.1 Diagnosa Keperawatan

Dalam pengkajian keperawatan didapatkan bahwa diagnosa yang muncul yaitu resiko perilaku kekerasan. Dikarenakan klien saat dikaji tidak memunculkan perilaku kekerasan melainkan hanya dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan tersebut.

Menurut (Keliat, 2013) diagnose keperawatan yang ada pada klien yaitu resiko perilaku kekerasan, sedangkan saat penelitian didapatkan kesesuaian diagnose keperawatan yang sama pula sementara untuk data

subyektif maupun obyektif terdapat perbedaan seperti yang tertera pada table hasil analisis asuhan keperawatan.

Peneliti berpendapat bahwa diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan teori dan fakta. Tidak semua diganosa muncul pada pasien dikarenakan menyesuaikan dengan data-data saat pengkajian.

4.2.2 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 Kelliat (2009), dan dari sumber buku yang lain.

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

4.2.3 Implementasi

Intervensi keperawatan disusun dari teori-teori kepustakaan yang ada dan tidak terjadi kesenjangan antara fakta dan teori yang sudah ada. Dalam intervensi keperawat kepada klien menggunakan 5 SP (Strategi Pelaksanaan) yaitu :

- 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).

- 2) Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (pukul bantal/kasur).
- 3) Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal menolak dengan baik, meminta dinnk, mengungkapkan dengan baik, susun jadwal mengungkapkan marah secara verbal.
- 4) Membantu klien mngendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (sholat berdoa).
- 5) Membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu klien meminum obat lima prinsip lima benar) selama penelitian ke klien dilakukan 5 SP tersebut dalam 6 hari.

4.2.4 Evaluasi

Dalam penelitian, saat dilakukan evaluasi oleh peneliti selama 6 hari pada tiap strategi pelaksanaan (SP) klien dapat mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, tanda-tanda dan jenis perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan serta cara mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisa secara umum Asuhan Keperawatan pada Tn. N dengan diagnosa Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr.Soedomo Trenggalek. Telah diberikan asuhan keperawatan selama 6 hari dari tanggal 16 Maret - 21 Maret 2025.

5.1.1 Pengkajian

Pada penelitian ini ditemukan beberapa kesenjangan pada riwayat penyakit keluarga, status mental, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian dan kebutuhan perawatan diri. Hasil pengkajian menunjukkan klien dengan resiko perilaku kekerasan yang meliputi pandangan klien tajam, sulit tidur, riwayat aniaya fisik 1 kali, rahang dan badan klien kaku.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul berdasarkan analisa data yang diperoleh peneliti adalah resiko perilaku kekerasan.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori, literatur dari kepustakaan dan referensi yang ada.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

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 tahap evaluasi secara umum sudah tercapai tanda-tanda perbaikan kondisi klien. Dalam penelitian, peneliti menggunakan evaluasi Subyektif, Obyektif, Assesment, Planing selama 6 hari. Klien mampu menganalisis antara fakta dan teori pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan peneliti dapat mengembangkan hasil penelitian dengan variabel yang lebih luas. Diharapkan dapat menjadi panduan bagi peneliti selanjutnya dan dapat mengaplikasikan teori asuhan keperawatan pada pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek

5.2.2 Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi institusi, dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa yang berhubungan dengan perawatan pasien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek

5.2.3 Bagi Institusi RS

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.

5.2.4 Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan klien dapat mengimplementasikan terapi modalitas yang telah diberikan oleh perawat

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, M. D. (2013). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arikunto, S. (2008). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Egyi Dian Setyaji, A. S. (2020). HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN DUKUNGAN TENAGA KESEHATAN. *Jurnal Health Sains : p-ISSN: 2723-4339*, 2.
- Fitria, Nita. (2009), Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Ira Agustyne Damanik, K. A. (t.thn.). Penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. E Dengan Risiko. *askep RPK*, 1.
- JawaPos. (2021, oktober 10). *Retrieved from surabaya*. Diambil kembali dari JawaPos: <https://www.jawapos.com/surabaya/10/10/2021/masa-pandemi->
- Jayani, D. H. (2019, oktober 08). *Prevalensi Skizofrenia/Psikosis di Indonesia*. Diambil kembali dari databoks: <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia>
- Keliat, B. A. (2010). *Mdel Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Lestari, P. (2014). Kecenderungan atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa terhadap Tindakan Pasung (Studi Kasus Di Rsj Amino Gondho Hutomo Semarang). *Jurnal Keperawatan Jiwa*, <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/3917>.
- Maramis. (2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- mhGAP, F. (2019, oktober 14). *WHO Mental Health Forum*. Diambil kembali dari who.int: [https://www.who.int/newsroom/events/detail/2019/10/14/default-calendar/who-mental-health-gapaction-programme-\(mhgap\)](https://www.who.int/newsroom/events/detail/2019/10/14/default-calendar/who-mental-health-gapaction-programme-(mhgap))
- Nafira, Y. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Nusa Indah.
- Notoatmojo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nurarif, A. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa dan Nanda Nic-Noc Edisi Jilid 2*. Yogyakarta: Media Action
- Nursalam, (2009). *In Manajemen Keperawatan : Aplikasi dan Praktik Keperawatan, Jakarta : Salemba Medika*
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis ,dan Instrumen Penelitian Keperawatan* . Jakarta: Salemba Medika.
- Prabowo, E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Retno, C. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Nusa Indah*.
- Riskesdas. (2018). Diambil kembali dari <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia>
- simanjuntak. (2008). *konseling gangguan jiwa & okultisme*. jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sovitriana, d. R. (2019). *Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia* . Ponorogo: Uwais inspirasi Indonesia.
- Sri Patmasari, d. (. (t.thn.). *Keperawatan Spiritualitas Pada pasien Skizofrenia 126-127*.
- Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Kuantitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Administratif*. Bandung: Alfabeta.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan jiwa dan psikososal*. yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- who. (2022, januari 10). *Skizofrenia*. Diambil kembali dari world health organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Wikipedia bahasa Indonesia, e. b. (2023, september 29). *kesehatan jiwa*. Diambil kembali dari wikipedia: https://id.wikipedia.org/wiki/Kesehatan_jiwa
- Yosep, I. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Fefika Aditama.
- Yudhantara, D. S. (2018). *Sinopsis Skizofrenia Untuk Mahasiswa Kedokteran*.
- Yusuf. (2015). *Buku AJar Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Ziaulkhaq, N. C., (2020). ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN FOKUS STUDI. *FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah*, 2.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan (Inform Consent)

LEMBAR INFORMED CONSENT

Nama saya Salsabila Hildanio Fernando 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 Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang nusa indah RSUD dr. Soedomo Kabupaten 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.

Tanda Tangan



Tn N

*Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Salsabila Hildanio Fernando yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Skizofrenia Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang nusa indah RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 15 Maret 2025



(.....T.N.N.....)

Lampiran 3



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, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/107/2025

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 : SALSABILA HILDANIO FERNANDO

NIM : P17240223032

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien *Skizofrenia* 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, 03 Maret s/d 31 Maret 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 4



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, 12 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 111 /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.15.5/107/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **SALSABILA HILDANIO FERNANDO**
NIM : P17240223032
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien Skizofrenia 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



SUJIONO, S.T., M.Kes

Pembina

NIP. 19741020 199603 1 003

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 5



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 : SALSABILA HILDANIO FERNANDO

Nim : P17240223032

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

Pembimbing : Ns. Dewi Wulandari, S.kep.,M.kep.

NO	TANGGAL	CATATAN	PARAF
1.	21-01-2024	- Konsul judul KTI - ACC judul - Dilanjutkan membuat latar belakang	<i>rw</i>
2.	22-01-2024	- Konsultasi latar belakang - Perbarui dengan data data terbaru - Daftar pustaka rata kanan kiri	<i>rw</i>
3.	24-01-2024	- Benahi penulisan - Benahi BAB 1	<i>rw</i>
4.	26-01-2024	- ACC Bab 1 - Lanjutkan BAB 2 dan BAB 3	<i>rw</i>
5.	27-01 -2024	- Revisi Penulisan BAB 2 dan BAB 3 - Daftar pustaka di lengkapi	<i>rw</i>

6.	28-01-2024	- Tambahkan Literatur Terbaru - Lengkapi Lembar Pengesahan	rw
7.	29-02-2025	- Lengkapi persyaratan ujian proposal - ACC Seminar Proposal	rw
8.	13-02-2025	Revisi Seminar Proposal - Revisi konsep Askep - Revisi Penulisan Daftar Pustaka	rw
9.	14-02-2025	- Sertakan lampiran setelah daftar pustaka - Lampiran inform consent - Lampiran surat persetujuan menjadi responden - Lampiran format askep jiwa - ACC penelitian	rw
10.	25-03-2025	Revisi penelitian - Mengubah kata proposal menjadi karya tulis ilmiah - Merevisi kembali tentang abstrak - Revisi Pembahasan	rw
11.	27-03-2025	- Menyesuaikan data pengkajian - Revisi Pembahasan tentang kesenjangan teori dan fakta - Revisi Saran BAB 5	rw
12.	10-04-2025	- ACC Seminar Hasil	rw
13.	09-05-2025	Revisi Seminar Hasil - Revisi daftar isi - Revisi bab 3 penulisan Proposal - Sesuaikan saran Bab 5 seperti di bab 1 - ACC Karya Tulis Ilmiah	rw



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Salsabila Hildanio Fernando
Nim : P17240223032
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien *Skizofrenia* dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nusa Indah RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dosen Penguji : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	CATATAN	PARAF
1.	13-02-2025	Revisi Seminar Proposal - BAB 2 : Sumber masih belum ada pada konsep askep - BAB 3 : Tambahkan definisi kualitatif, studi kasus dan batasan istilah - Daftar Pustaka penulisannya belum tepat dan belum konsisten	
2.	14-02-2025	- BAB 1 alinea 1 : Bagaimana kondisi pasien RPK, apakah mereka dilakukan pemasangan atau diasingkan oleh keluarga? - BAB 2 : Penulisan sumber Pustaka masih belum tepat - Daftar Pustaka masih belum konsisten	
3.	16-02-2025	- Tambahkan lampiran informed consent dan format askep - BAB 1 alinea 2 : perhatikan penulisan sumber Pustaka yang benar - ACC Penelitian	

4.	09-05-2025	Revisi Seminar Hasil - Intervensi keperawatan di tambah dari buku SIKI - Diagnosa keperawatan di tambahkan	
5.	09-05-2025	- Opini pada pembahasan diperkuat - Perhatikan penulisan daftar pustaka yang benar - ACC Karya Tulis Ilmiah	

Lampiran 6

PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

TEMPAT DIRAWAT: _____ TANGGAL
DIRAWAT: _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : _____ (L / P) Tanggal Pengkajian : _____

Umur: _____ RM No. : _____

Alamat: _____ Pekerjaan : _____

Suku bangsa : _____ Agama : _____

Pendidikan: _____ Informan : _____

II. ALASAN MASUK

Keluhan utama (gejala / perubahan perilaku yang menyebabkan klien dirawat)

III. STRESSOR PRESIPITASI (Masalah / kejadian yang dialami klien saat ini sehingga klien dirawat)

1. Masalah Biologis

- Penyakit fisik sekarang (alergi, trauma, infeksi, keganasan, degenerative, genetik, bawaan, pertumbuhan, dll)

☐

Tidak ada

☐

Ada

☐

akut

☐

kronis

☐

terminal

Jelaskan

: _____

- Penyalahgunaan/ketergantungan zat

☐

Tidak

☐

Ya

☐

kafein

☐

Rokok

☐

Alkohol

☐

obat-obatan

Jelaskan : _____

- Terpapar racun/polutan
☐ Tidak ☐ ya, jelaskan _____
- Masalah seksual (aktifitas, fungsi, gangguan, perilaku)
☐ Tidak ☐ ya jelaskan _____
- Gangguan tidur
☐ Tidak ☐ ya, Jelaskan : _____
- Gangguan makan/nutrisi
☐ Tidak ☐ ya, Jelaskan : _____

Masalah

Keperawatan _____

2. Masalah Psikologis

- Abuse/Penganiayaan
☐ Tidak ☐ ada Jelaskan

	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik Aniaya seksual Aniaya emosional Tindakan Kriminal			

- Neglect/penelantaran
☐ Tidak ☐ ada Jelaskan

- Bullying/perundungan
☐ Tidak ☐ ada Jelaskan

- Kejadian traumatis

☐ Tidak ☐	☐ ada ☐	Jelaskan _____ _____ _____
--	--	-------------------------------------

Masalah

Keperawatan _____

3. Masalah Sosiobudaya

- Masalah Pendidikan:

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah Penghasilan/ekonomi

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah Pekerjaan :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Konflik Budaya :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Konflik Keyakinan/agama :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Kegagalan dalam kegiatan politik :

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah dengan keluarga

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

- Masalah dengan masyarakat

☐ Tidak ada ☐ Ada, jelaskan _____

Masalah

Keperawatan _____

IV. FAKTOR PREDISPOSISI (Riwayat masalah/kondisi masa lalu yang pernah dialami klien)

1. Riwayat biologis

- Riwayat penyakit fisik yang lalu

- Riwayat selama di kandungan dan kelahiran (khusus untuk klien anak atau terkait)

- Riwayat pertumbuhan dan perkembangan (khusus untuk klien anak atau terkait)

- Riwayat imunisasi (khusus untuk klien anak)

☐ lengkap ☐ tidak lengkap, Jelaskan : _____

- Riwayat paparan racun,/polutan

☐ Tidak ☐ Ya, Jelaskan _____

- Riwayat status gizi masa lalu

☐ baik ☐ cukup ☐ kurang
 Jelaskan :

- Riwayat gangguan hormonal

☐ Tidak ☐ ada sebutkan

- Riwayat gangguan seksual (aktifitas, fungsi, gangguan, perilaku)

Jelaskan :

- Riwayat penggunaan/penyalahgunaan zat

☐ Tidak ada ☐ Ya
☐ kafein ☐ rokok ☐ Alkohol ☐ obat-obatan

Jelaskan :

- Riwayat reproduksi (kehamilan, persalinan, jumlah anak) (untuk klien ibu)

Jelaskan _____ :

- Kebiasaan/Gaya hidup

Jelaskan _____ :

Masalah

Keperawatan _____

2. Faktor Psikologis

- Riwayat gangguan jiwa yang lalu

☐ Tidak ada ☐ ada

Jelaskan (Waktu/lama, gejala, & penanganannya)

- Kesan kepribadian

☐ extrovert ☐ Introvert ☐ Gangguan kepribadian

Jelaskan

_____ :

- Pertahanan psikologi : Kebiasaan koping yang digunakan

Adaptif

☐ Bicara dengan orang lain
☐ Menyelesaikan masalah
☐ Negosiasi
☐ Aktivitas konstruktif
☐ Olah raga
☐ Lainnya

Maladaptif

☐ Penyalahgunaan zat
☐ Reaksi lambat / berlebih
☐ Bekerja berlebihan
☐ Menghindar
☐ Mencederai diri
☐ Lainnya

Jelaskan _____ :

- Riwayat kejadian/masalah masa lalu yang tidak menyenangkan (bencana, kekerasan, pelecehan, dll)

Jelaskan _____ :

Masalah Keperawatan :

3. Faktor Sosiobudaya-spiritual

- Riwayat masalah Pendidikan

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat masalah penghasilan/ekonomi

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat masalah pekerjaan

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat konflik dengan nilai budaya

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat konflik nilai dengan keyakinan/agama yang dianut

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Riwayat keikutsertaan dan masalah dalam kegiatan politik

☐ tidak ☐ Ada, jelaskan _____

- Karakteristik hubungan sosial

Dengan

Keluarga _____

Dengan

Masyarakat _____

- Peran sosial :

Di

Keluarga _____

Di

Masyarakat _____

- Adakah anggota keluarga yang lain mengalami masalah/gangguan jiwa

Jelaskan

: _____

Genogram (minimal tiga generasi)

Jelaskan: _____

Masalah Keperawatan :

V. STATUS PSIKOSOSIAL (untuk klien dengan masalah psikososial)

1. Konsep diri (pandangan klien terhadap dirinya)

- a. Citra tubuh _____
- b. Identitas _____
- c. Peran _____
- d. Ideal diri _____
- e. Harga diri _____

Masalah Keperawatan :

2. Kecemasan (tanda dan gejala)

- a. Fisiologis _____
- b. Perilaku _____
- c. Afektif _____
- d. Kognitif _____

Masalah Keperawatan : (cemas ringan, sedang, berat, panik)

3. Respon Kehilangan (tahap dan respon kehilangan)

☐ Denial

- | | |
|--------------------------|------------|
| ☐ | Anger |
| ☐ | Bergaining |
| ☐ | Depresi |
| ☐ | Acceptance |

Jelaskan _____ :

Masalah **Keperawatan** _____ :

4. Harapan/semangat klien terhadap kesembuhan/masalah

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| ☐ | Penuh harapan |
| ☐ | Perasaan putusasa |
| ☐ | Perasan tidakberdaya |

Jelaskan _____ :

Masalah **Keperawatan** _____ :

5. Distress spiritual _____ :

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | Kebingungan terhadap suatu keyakinan yang dianut |
| ☐ | Sering mempertanyakan makna kehidupan, kematian, dan penderitaan |
| ☐ | Mempertanyakan kebenaran suatu keyakinan |
| ☐ | Tampak keputusasaan menjalankan keyakinan |
| ☐ | Tidak melakukan ritual keagamaan yang biasa dilakukan |
| ☐ | Perasaan ambivalen (ragu) terhadap keyakinannya |
| ☐ | Merasakan perasaan kekosongan nilai spiritual |
| ☐ | Mengekspresikan perhatian, marah, dendam, ketakutan, penderitaan terhadap kematian |
| ☐ | Meminta bantuan spiritual adanya gangguan dalam keyakinan |

Masalah **Keperawatan** _____ :

6. Respon pasca trauma _____ :

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Sering teringat pada peristiwa traumatis |
| ☐ | Kecenderungan untuk mengelak bercerita terhadap peristiwa traumatis |
| ☐ | Pemikiran dan perasaan negative pada diri atau orang lain |
| ☐ | Perubahan perilaku dan emosi |

Masalah **Keperawatan** _____ :

VI. STATUS MENTAL (untuk klien dengan gangguan jiwa)

1. Penampilan

- | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | Tidak rapi | ☐ | Penggunaan pakaian tidak sesuai | ☐ | Cara berpakaian tidak seperti biasanya |
|--------------------------|------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|

Jelaskan _____ :

2. Kesadaran kualitatif

	Tidak berubah		berubah
	Meninggi		berkabut
	Menurun		Disosiasi

Jelaskan _____ :

3. Disorientasi :

	Waktu		Tempat		Orang
----------------------	-------	----------------------	--------	----------------------	-------

Jelaskan _____ :

4. Proses Pikir

• Arus Pikir

	Koheren		Relevan		asosiasi longgar
	Inkoheren		irelevansi		perseverasi
	Flight of ideas		Blocking		logorea
	Tangensial		Sirkumstantiality		Bicara cepat
	Neologisme		Bicara lambat		Assosiasi bunyi
	Main kata-kata		Afasi		

Jelaskan _____ :

• Isi Pikir

	Wajar		ekstasi		fantasi
	Ide aneh		pesimisme		Pikiran magis
	Bunuh diri		Ideas of reference		Rendah diri
	Alienasi		Isolasi		Fobia sebutkan :
	Preokupasi		Obsesif		
	Waham : jenisnya		sebutkan		
	Agama		Somatik/hipokondrik		Kebesaran
					Curiga

☐ Nihilistik ☐ Sisip pikir ☐ Siar pikir ☐ Kontrol pikir
☐ kejaran ☐ Dosa

Jelaskan :

• Bentuk Pikir

☐ realistik ☐ nonrealistik ☐ autistik
☐ logik ☐ nonlogik

Jelaskan :

7. Persepsi

☐ Halusinasi ☐ Ilusi

Macam Halusinasi

☐ Pendengaran ☐ Penglihatan ☐ Perabaan
☐ Pengecapan ☐ Pembauan

Jelaskan :

8. Afek dan Emosi

Afek

☐ adekuat ☐ datar ☐ labil
☐ inadekuat ☐ tumpul ☐ Ambivalensi

Emosi

☐ Euforia ☐ Cemas ☐ Anhedonia
☐ Sedih ☐ Marah ☐ Apatis
☐ Alienasi

Jelaskan :

9. Aktivitas Motorik/Psikomotor

Kelambatan :

☐ Hipokinesa ☐ Sub stupor katatonik
☐ Hipoaktivitas ☐ Flexibilitas serea
☐ Katalepsi ☐ Katapleksi

Jelaskan :

Peningkatan

☐ Hiperkinesa ☐ Hiperaktivitas ☐ Gaduh gelisah ☐ Kompulsif
☐ Tik ☐ Grimase ☐ Tremor ☐ gagap
☐ stereotipi ☐ mannarism ☐ Echolalia ☐ echopraxia
☐ Rigid ☐ automatism ☐ Negativism ☐ Reaksi konversi

Jelaskan :

10. Memori

☐	Baik	☐	Gangguan daya ingat saat ini
☐	Gangguan daya ingat jangka pendek	☐	Gangguan daya ingat jangka panjang
☐	Amnesia: 1. retrograde 2. anterograde 3. total		
☐	Paramnesia: 1. dejavu, 2. jamaisvu. 3. Konfabulasi 4. Fausse reconnaissance		
☐	Hipermnesia		

Jelaskan _____ :

11. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

☐	Mudah beralih	☐	Tidak mampu berkonsentrasi	☐	Tidak mampu berhitung sederhana
--------------------------	---------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------------

Jelaskan _____ :

12. Kemampuan Penilaian

☐	Gangguan ringan	☐	Gangguan bermakna
--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------

Jelaskan _____ :

13. Daya tilik diri /insight

☐	Mengingkari penyakit yang diderita	☐	Menyalahkan hal-hal diluar dirinya
--------------------------	------------------------------------	--------------------------	------------------------------------

Jelaskan _____ :

14. Interaksi selama wawancara

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

Jelaskan _____ :

Masalah Keperawatan _____ :

VII. PENGKAJIAN FISIK

1. _____ Keadaan umum _____ :

2. Kesadaran neurologis

☐	Compos mentis	☐	Apati/sedasi	☐	somnolensia
☐	Stupor	☐	subkoma	☐	koma

3. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____

4. Tinggi TB : _____ BB : _____ ☐ Turun ☐ Naik

Badan/Berat

Bedan

5. Keluhan fisik : ☐ Tidak ada ☐ ada

Jelaskan _____ :

6. Pemeriksaan fisik :

- Kepala _____
- Leher _____
- Thorax _____
- Abdomen _____
- Genetalia _____
- Integumen _____
- Ektremitas _____
- Fungsi _____ neurologis

Masalah Keperawatan _____ :

VIII. AKTIFITAS SEHARI-HARI

1. Makan

Frekwensi _____

_____ jenis _____ Kesukaan _____

☐ mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

2. BAB / BAK

Frekwensi _____ keluhan _____

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

3. Personal Hygiene

Frekwensi _____ kualitas _____

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

4. Berpakaian / berhias

Frekwensi _____ ganti _____ kualitas _____

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Lama Tidur _____

Aktivitas sebelum / sesudah tidur _____

Kualitas tidur

☐ Baik ☐ Tidak baik

6. Pemberian obat

☐ Mandiri ☐ Bantuan minimal ☐ Bantuan Sebagian ☐ Bantuan total

7. Pemeliharaan Kesehatan

	ada	Tidak
Perawatan lanjutan	☐	☐
Sistem pendukung	☐	☐

8. Aktivitas di dalam rumah

	Bisa	Tidak
Mempersiapkan makanan	☐	☐
Menjaga kerapian rumah	☐	☐
Mencuci pakaian	☐	☐
Pengaturan keuangan	☐	☐

9. Aktivitas di luar rumah

	Bisa	Tidak
Belanja	☐	☐
Transportasi	☐	☐
Lain-lain _____	☐	☐

Jelaskan _____ :

Masalah **Keperawatan** _____ :

IX. PENILAIAN TERHADAP STRESSOR/MASALAH

Penilaian klien terhadap masalah yang sedang dihadapi

☐ Tantangan ☐ Ancaman ☐ Bahaya

Jelaskan _____ :

Masalah **Keperawatan** _____ :

X. SUMBER KOPING

1. Kemampuan personal

- Problem solving skill
☐ baik ☐ kurang
- Status Kesehatan

☐ baik ☐ cukup ☐ Kurang

☐ baik ☐ cukup ☐ Kurang

- Sosial skill
- Intelegensia

☐ Geni/superior	☐ Rata-rata	☐ perbatasan	☐ Reterdasi Mental
--	------------------------------------	-------------------------------------	---
- Pengetahuan tentang

☐ Gangguan jiwa	☐ baik	☐ cukup	☐ Kurang
☐ Faktor presipitasi	☐ baik	☐ cukup	☐ Kurang
☐ Faktor predisposisi	☐ baik	☐ cukup	☐ Kurang
☐ Sistem pendukung	☐ baik	☐ cukup	☐ Kurang
☐ Koping	☐ baik	☐ cukup	☐ Kurang
☐ Obat-obatan	☐ baik	☐ cukup	☐ Kurang
☐ Lainnya :	☐ baik	☐ cukup	☐ Kurang
- Pandangan hidup yang dimiliki

☐ Realistis	☐ Tidak realistis
------------------------------------	--

Jelaskan :

2. Dukungan sosial

- Dukungan dari keluarga/kelompok/masyarakat
- Jaringan sosial (perkumpulan, organisasi, asuransi)

3. Aset material

- Kecukupan penghasilan untuk kebutuhan

☐ Kurang	☐ cukup	☐ lebih
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------
- kekayaan yang dimiliki

☐ Tidak cukup	☐ cukup
--------------------------------------	--------------------------------
- Pelayanan kesehatan :

☐ Terjangkau	☐ Tidak terjangkau	☐ Tidak ada
-------------------------------------	---	------------------------------------

4. Keyakinan

- Keyakinan dan nilai
- Motivasi
- Orientasi kesehatan

Masalah Keperawatan :

XI. MEKANISME KOPING/CARA PENYELESAIAN MASALAH

☐ Menggunakan defense mekanisme, sebutkan

☐	Lari dari stressor
☐	Mengabaikan masalah
☐	Mencari Informasi
☐	Mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap permasalahan
☐	Membandingkan kemampuan diri dengan orang lain
☐	Problem sloving

Masalah Keperawatan :

XII. ASPEK MEDIK

Diagnosa medis

Terapi

Pemeriksaan Lab:

Darah

urine

faces

Pemeriksaan diagnostik / penunjang lainnya

XIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

XIV. ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH

XV. POHON MASALAH

XVI. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Mahasiswa,

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN
(berdasarkan prioritas)

Ruang :

Nama Pasien :

No. Register :

No.	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NAMA KLIEN :
NO. REG :

TGL	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KRITERIA STANDART	INTERVENSI	RASIONAL	TT

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : _____ Ruangan : _____ RM No. : _____

NO Dx	Tanggal & jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI