

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG HUDOWO RSJD Dr.
AMINO GONDHOUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

RIKA APRILLIA

40901900050

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG HUDOWO RSJD Dr.
AMINO GONDHOUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

RIKA APRILLIA

40901900050

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III
KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2022**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melahkukan tindakan plagiarime, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 25 Mei 2022



(Rika Aprillia)

NIM. 40901900050



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG HUDOWO RSJD Dr.
AMINO GONDHOUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

RIKA APRILLIA

40901900050

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 18 Mei 2022

UNISSULA

جامعته الإسلامية
Pembimbing



Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep

NIDN : 06-1207-7404

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 6 Juni 2022

Penguji I

Ns. Betie Febriana, M. Kep

NIDN. 06-2302-8802



Penguji II

Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M. Kep, Sp. Kep. J

NIDN. 06-1408-7702



Penguji III

Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep

NIDN. 06-1207-7404



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

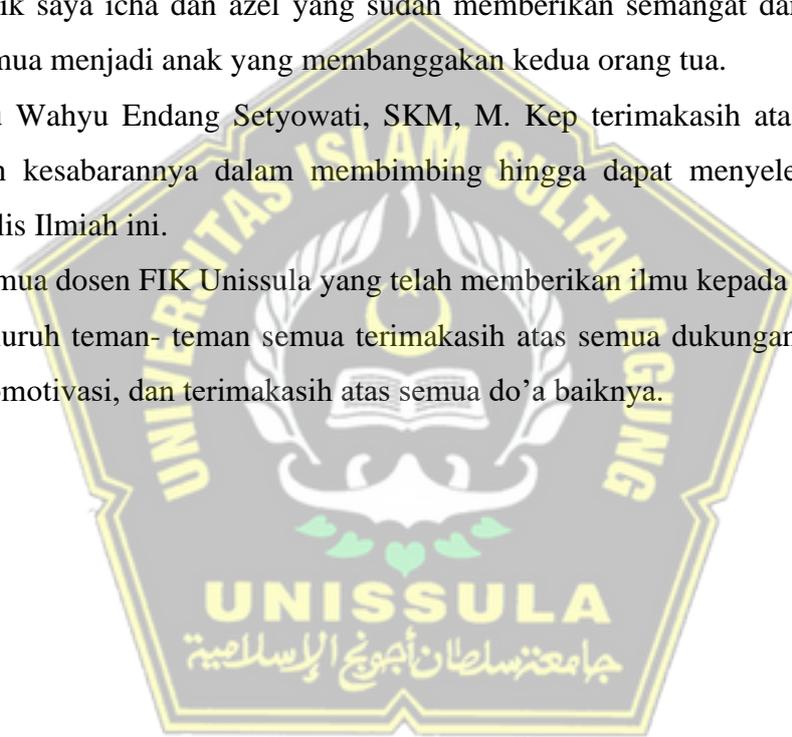
NIDN. 06-2208-7403

PERSEMBAHAN

Allah SWT, terimakasih atas segala rahmat dan hidayah-Mu laporan ini dapat terselesaikan dengan baik

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orangtua saya, untuk bapak kolis dan ibu puji yang telah memberikan dukungan dan senantiasa memberikan semangat serta do'a kepada putrinya.
2. Adik saya icha dan azel yang sudah memberikan semangat dan semoga kita semua menjadi anak yang membanggakan kedua orang tua.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep terimakasih atas waktu, ilmu dan kesabarannya dalam membimbing hingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Semua dosen FIK Unissula yang telah memberikan ilmu kepada saya.
5. Seluruh teman-teman semua terimakasih atas semua dukungan, pertemanan, momotivasi, dan terimakasih atas semua do'a baiknya.



MOTTO

Ada cita- cita yang harus dikejar
Ada sukses yang harus dicari
Ada kebahagiaan yang harus diciptakan
Ada orang tua yang harus dibahagiakan.

“Barang siapa keluar untuk mencari sebuah ilmu, maka ia akan berada di jalan Allah hingga ia kembali.” (HR Tirmidzi)



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep selaku pembimbing serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulis pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Prof Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum sebagai Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, M.Kep sebagai dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep selaku Kaprodi D-III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Para Dosen dan Stuff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep selaku pembimbing karya tulis ilmiah saya yang sabardan selalu meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan dan memberikan ilmu serta nasehat yang bermanfaat dalam penyusunan karya tulis ilmmiah ini.
6. Ns. Betie Febriana, M. Kep sebagai penguji pertama dalam karya tulis ilmiah.
7. Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep. J sebagai penguji kedua dalam karya tulis ilmiah.
8. Orang tua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan material dan moral.
9. Sahabat yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

10. Teman-teman seperjuangan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Semarang, 13 Mei 2022

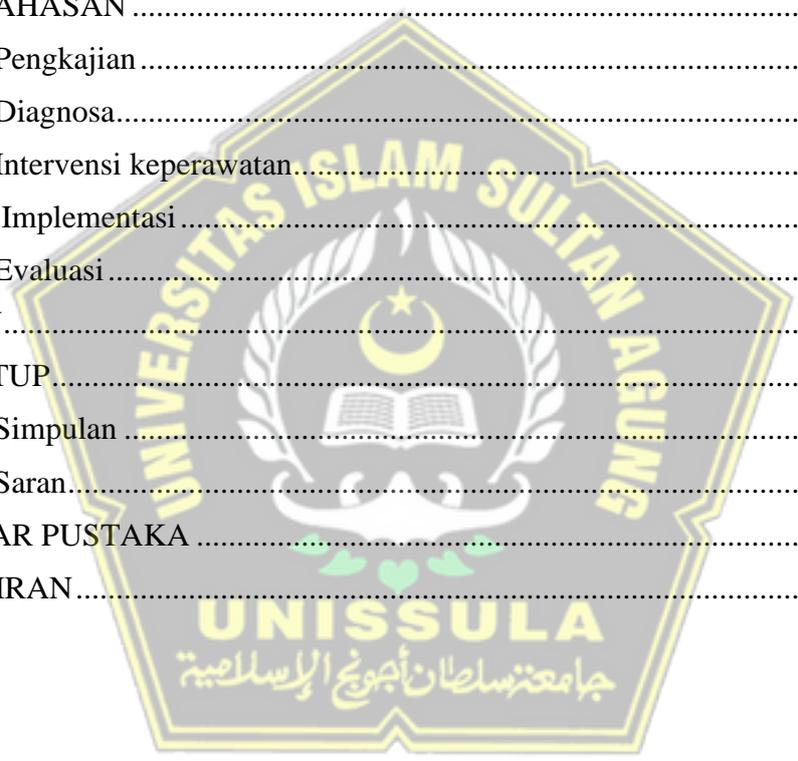
Penulis



DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
PERSEMBAHAN.....	vi
MOTTO	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang	1
2. Tujuan Penulisan.....	4
3. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II.....	6
TINJAUAN TEORI	6
A. Konsep Dasar Penyakit	6
B. Konsep Dasar Keperawatan	12
BAB III	17
RESUME KASUS	17
A. IDENTITAS PASIEN.....	17
B. ALASAN MASUK.....	17
C. FAKTOR PREDISPOSISI.....	17
D. FISIK.....	18
E. PSIKOSOSIAL	18
F. STATUS MENTAL.....	19
G. MEKANISME KOPING	23
H. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN.....	23
H. ASPEK MEDIK.....	23

I. ANALISA DATA	24
J. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN	24
K. POHON MASALAH	24
L. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN	25
M. RENCANA KEPERAWATAN	25
N. IMPLEMENTASI.....	26
O. EVALUASI.....	27
BAB IV	29
PEMBAHASAN	29
A. Pengkajian.....	29
B. Diagnosa.....	31
C. Intervensi keperawatan.....	33
D. Implementasi.....	34
E. Evaluasi.....	36
BAB V.....	39
PENUTUP.....	39
A. Simpulan.....	39
B. Saran.....	39
DAFTAR PUSTAKA	41
LAMPIRAN.....	44



DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

Gambar 2. 2 Rentang Respon Marah	6
Gambar 2. 3 Pohon Masalah.....	16
Tabel 2. 2 Rentang Respon Marah.....	8
Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan.....	13



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. 1 SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING..Error! Bookmark not defined.	
Lampiran 1. 2SURAT KESEDIAAN KONSULTASI.....Error! Bookmark not defined.	
Lampiran 1. 3 Lembar Konsultasi Bimbingan	44
Lampiran 1. 4 Asuhan Keperawatan	47



BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Bab I pasal I ayat I, Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Undang-undang No 18, 2014). Sehat Jiwa adalah suatu kondisi yang dimiliki oleh setiap individu untuk menyesuaikan diri pada lingkungan sekitar, serta dapat berinteraksi dan bersosialisasi secara baik, tepat, dan bahagia. Sehat jiwa menurut Clausen adalah suatu kondisi yang terjadi pada seseorang untuk mencegah stressor. Kesehatan Jiwa adalah terciptanya keselarasan terhadap fungsi jiwa untuk menghadapi suatu masalah secara mandiri dan menciptakan rasa bahagia pada setiap manusia (Agus Supinganto, 2021).

Gangguan Jiwa merupakan suatu perubahan kesehatan yang ditandai oleh berbagai faktor seperti suasana hati, perilaku, pemikiran, dan kognisi (Yusuf et al., 2015). Gangguan Jiwa adalah sindrom yang diakibatkan dari berbagai pola perilaku yang khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan didalam satu atau lebih fungsi penting dari manusia. Fungsi psikologis, perilaku biologik yang juga bisa menimbulkan gangguan pada masyarakat (Zega et al., 2020). Gangguan jiwa merupakan suatu perubahan yang terjadi pada jiwa seseorang yang dapat menyebabkan ingin melakukan kekerasan pada seseorang saat berinteraksi sosial (Anisa et al., 2021)

Prevalensi gangguan jiwa menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 gangguan mental diseluruh dunia mempengaruhi sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia. Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018 jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 7% per 1000 penduduk. Prevelensi semakin meningkat dengan seiring peningkatan

usia, gangguan jiwa di Indonesia terendah masuk pada usia 25-34 tahun sebesar 5,4% dan yang tertinggi pada usia +75 tahun sebesar 8.9%. Prevalensi (permil) Anggota Rumah Tangga (ART) yang mengalami gangguan jiwa lebih banyak ada diperdesaan mencapai 7,0% dibanding dipertanian sebanyak 6,4% (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2008), pada penduduk Indonesia yang mengalami gangguan jiwa terbanyak terdapat di Bali dengan presentase 10,5% dengan kasus gangguan jiwa berat prevalensi (Anisa et al., 2021)

Gangguan jiwa seringkali dikaitkan dengan adanya disfungsi keluarga. Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mempunyai defisit emosi dan sosial yang kurang baik (Hasannah & Solikhah, 2019). Diperoleh hasil dari sebuah penelitian bahwa keluarga takut untuk menghadapi anggota keluarga ODGJ terutama karena risiko perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan studi yang menyatakan bahwa ada hubungan erat antara perilaku kekerasan yang dialami ODGJ dengan ketakutan anggota keluarga (Subu' et al., 2016). Pasien ODGJ yang minum obat secara rutin dengan pasien yang tidak rutin minum obat memberikan hasil yang berbeda, pada pasien yang sering minum obat emosinya lebih terkontrol dan saat diajak bicara lebih kooperatif dan tenang, sedangkan pasien yang tidak teratur minum obat pasien cenderung mengamuk jika diajak ngobrol (Lestari et al., 2020). Hasil penelitian dari (Cempaka et al., 2018) bahwa kepatuhan pasien untuk minum obat memberikan hasil yang sangat tinggi supaya tidak mengalami kekambuhan. Dan hasil penelitian juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dan ekspresi emosi.

Perilaku Kekerasan adalah perilaku yang timbul dari dalam diri yang tujuannya untuk melukai seseorang secara psikologis ataupun fisik. Perilaku Kekerasan jika tidak ditangani dengan segera dapat menimbulkan banyak kasus seperti mencederai diri sendiri, melukai orang lain, serta merusak lingkungan sekitar (Subu' et al., 2016). Menurut penelitian (Hasannah & Solikhah, 2019) tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi: mata melotot, wajah merah, rahang mengatup, gelisah, postur tubuh tegang dan kaku,

mengancam, dan intonasi berbicara dengan nada keras dan tinggi, tekanan darah meningkat, pernapasan meningkat lebih cepat, merusak lingkungan sekitar, merasa gagal mencapai tujuan yang diinginkan, suka mengkritik, dan berusaha menarik diri dari lingkungan.

Peran perawat jiwa saat ini sudah berkembang secara kompleks dibidang kesehatan jiwa. Untuk peran perawat jiwa sudah mencakup: 1. Kompetensi klinik, 2. Advokasi pasien, 3. Tanggung jawab fiskal (keuangan), 4. Kolaborasi profesional, 5. Akuntabilitas sosial, 6. Kewajiban etik dan legal. Dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien perawat harus melakukan aktivitas secara langsung pada pemberi asuhan maupun pada keluarga, komunikasi secara langsung dengan pasien, serta melakukan pengelolaan/penatalaksanaan manajemen keperawatan. Menjadi seorang perawat jiwa harus mampu menjalankan peran dan fungsinya dengan baik, supaya hasil asuhan yang diberikan memberikan hasil yang optimal untuk pasien maupun keluarga pasien (Widodo et al., 2022).

Berdasarkan Latar Belakang diatas, bahwa gangguan mental di Indonesia masih masuk rating tinggi sehingga kasus gangguan mental memerlukan banyak pengawasan dan penanganan khusus dari tenaga kesehatan terutama di Rumah Sakit khusus untuk gangguan jiwa. Dari data diatas penulisan tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien yang mengalami gangguan jiwa yang fokus pada Risiko Perilaku Kekerasan.

2. Tujuan Penulisan

2.1 Tujuan Umum

Penulisan mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa secara holistik dan komprehensif pada Tn. H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Provinsi Jawa Tengah.

2.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang
- b. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pasien pada Tn. H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang
- c. Mahasiswa mampu menyusun rencana tindakan pada Tn. H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang
- e. Mahasiswa mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn. H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang

3. Manfaat Penulisan

3.1 Institusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan untuk bahan kegiatan belajar mengajar untuk mahasiswa tentang asuhan keperawatan jiwa yang fokus pada Risiko Perilaku Kekerasan.

3.2 Profesi Keperawatan

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan peran perawat untuk pemberian asuhan keperawatan yang baik dan optimal.

3.3 Lahan praktik

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan peran mahasiswa praktik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang optimal.

3.4 Masyarakat

Memberikan wawasan untuk masyarakat umum mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan Risiko Perilaku Kekerasan.



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit

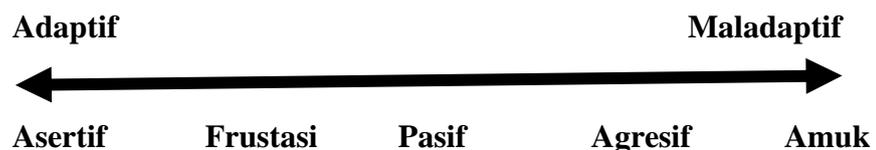
1. Pengertian

Banyak dari para ahli mengartikan mengenai perilaku kekerasan, salah satunya menurut Stuart dan Larisa, yang menyatakan bahwa perilaku kekerasan merupakan hasil dari marah yang ekstrim atau ketakutan sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman maupun serangan fisik. (Ito et al., 2016)

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang sering diepresikan dengan melakukan ancaman pada diri maupun orang lain dan merusak lingkungan sekitar. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan banyak kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun pada lingkungan sekitar. Perilaku kekerasan merupakan sebuah reaksi yang timbul dari sebuah kecemasan yang meningkat dan dirasakan menjadi ancaman untuk diri sendiri. Perilaku kekerasan dapat diartikan sebagai hilangnya kendali perilaku pada diri seseorang yang diarahkan pada banyak korban.

2. Rentang respon marah

Marah yang dialami setiap orang memiliki rentang yang dimulai dari respon adaptif sampai maladaptif (Yusuf et al., 2015)



Gambar 2. 1 Rentang Respon Marah

Keterangan :

- Asertif : kemarahan yang diungkap tanpa menyakiti orang lain
- Frustrasi : kegagalan mencapai tujuan, tidak realistis/ terhambat
- Pasif : respon lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan
- Agresif : perilaku destruktif tapi masih terkontrol
- Amuk : perilaku destruktif yang tidak terkontrol

Tanda dan gejala perilaku kekerasan:

(Yusuf et al., 2015)

karakteristik	Pasif	asertif	amuk
Nada bicara	<ul style="list-style-type: none"> • Negatif • Menghina diri • Dapatkah saya lakukan? • Dapatkan ia lakukan? 	<ul style="list-style-type: none"> • Positif • Menghargai diri sendiri • Saya dapat/akan lakukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Berlebihan • Menghina orang lain
Nada suara	<ul style="list-style-type: none"> • Diam • Lemah • Merengek 	<ul style="list-style-type: none"> • Diatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • menuntut
Sikap tubuh	<ul style="list-style-type: none"> • Melorot • Mennundukan kepala 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegak • Relaks 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegang • Bersandar kedepan
Personal space	<ul style="list-style-type: none"> • Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga jarak yang menyenangkan • Mempertahankan hak tempat/teritorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Memiliki teritorial orang lain
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal • Lemah 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan gerakan yang 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengancam, ekspansi

	• Resah	sesuai	gerakan
Kontak mata	• Sedikit/ tidak ada	• Sekali-kali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan interaksi	• Melotot

Tabel 2. 1 Rentang Respon Marah

3. Etiologi

Menurut (Halimah, 2016)

3.1 Faktor predisposisi

1. Faktor Biologis

Faktor biologi disebabkan karena faktor heredieter yaitu dimana keadaan anggota keluarga ada yang sering melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat trauma kepala, adanya riwayat penggunaan NAPZA.

2. Faktor psikologis

Suatu respon psikolog terhadap stimulus eksternal maupun internal dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi akibat dari sebuah ekspektasi individu untuk mewujudkan sesuatu mengalami kelambatan maupun kegagalan.

3. Faktor sosiokultural

Lingkungan sosial sangat mempengaruhi perilaku individu dalam menggambarkan kemarahannya.

3.2 Faktor presipitasi

Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang lain (putus cinta, perceraian, kematian), kehilangan kasih sayang, kekhawatiran terhadap penyakit fisik,

dll. Sedangkan faktor luar lingkungan meliputi serangan fisik, lingkungan yang tidak kondusif, kritian, tindakan kekerasan.

4. Patofisiologi

Perasaan marah muncul dari stress, cemas, harga diri rendah dan bermasalah. Respon terhadap masalah dapat diepresikan secara eksternal maupun internal. Marah secara eksternal dapat diekpresikan dengan bentuk perilaku konstruktif maupun dekstruktif. Rasa marah dengan perilaku konstruktif biasanya diekspresikan dengan kata-kata yang dapat dimengerti dan dapat diterima tanpa menyakii perasaan orang lain.

Sedangkan rasa marah yang diekspresikan dengan dekstruktif biasanya dapat menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang ditunjukkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Perilaku yang submitif seperti menekankan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari marahny, sehingga rasa marah terungkap. Kemarahan demekian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang diajukan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Pardede & Laia, 2020)

Menurut (Muhith, 2015) tindakan kekerasan pada agresi permusushan timbul sebagai kombinasi antara frekuensi yang intens dengan stimulus (*impulus*) dari luar sebagai pemicu. Ciri kepribadian seseorang sejak masih balita hingga remaja berkembang melalui tahapan perkembangan kognitif, respon perasaan dan pola perilaku yang terbentuk melalui interaksi herediter, gen, karakter tempramen (*nature*) dan factor pola asuh, pendidikan, kondisi sosial lingkungan membentuk ciri kepribadian dimasa dewasa. Pola kepribadian tersebut membentuk reflek respon pikiran dan perasaan seseorang saat

menerima stimulus dari luar, khususnya pada kondisi saat menerima ancaman dan respon yang muncul adalah tindakan kekerasan. Setiap stimulus dari luar yang diterima oleh reseptor panca indra manusia lalu di kirim dalam bentuk pesan ke thalamus lalu ke hypothalamus, selanjutnya ke amigdala mengolah sesuai memori yang bisa direkamnya. Kualitas dan intensitas interaksi antar anggota keluarga akan menentukan apakah seseorang akan mempunyai kecendrungan agresi atau tidak. Bila sejak kecil anak kecil mendapat perilaku kekerasan, baik melalui perkataan maupun tindakan, maka akan membentuk pola kekerasan pada dirinya.

5. Manifestasi klinis

Menurut (Direja, 2011) tanda dan gejala yang terjadi pada perilaku kekerasan terdiri dari:

1. Fisik

Meja terlihat melotot, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegangan, dan postur tubuh kaku.

2. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, dan ketus.

3. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, dan amuk.

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi.

5. Intelektual
Mendominasi, kasar, berdebat, meremehkan dan mengeluarkan kata-kata kasar.
6. Spiritual
Merasa diri berkuasa, merasa paling benar, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.
7. Sosial
Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindiran.
8. Perhatian
Bolor, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

6. Penatalaksanaan medis

a. Penatalaksanaan Medis (Muhith, 2015)

1. *Antianxiety* dan *sedative/hipnotics*. Obat ini untuk mengendalikan agitasi yang akut.
2. *Busporine*, efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.
3. *Antidepressants*, penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif Pasien yang berkaitan dengan perubahan mood.
4. *Antipsychotic*, obat ini biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresi.

b. Penatalaksanaan Non Medis (Keliat et al., 2005)

1. Latihan nafas dalam.
2. Memukul bantal.
3. Terapi kognitif.
4. Terapi perilaku.
5. Terapi kognitif perilaku.
6. Latihan asertif.
7. Terapi penerimaan (*acceptance commitment therapy*).

8. Latihan relaksasi otot progresif.
9. *Rational emotive behavior therapy*(REBT).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Proses Keperawatan

1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan sebuah tahapan paling dasar untuk mengumpulkan data dan perumusan masalah pada Pasien. Pengkajian dapat diperoleh dari wawancara langsung pada Pasien dan keluarga Pasien.

Menurut (Azizah et al., 2016) Pengkajian terdiri dari:

1. Identitas Pasien
2. Alasan masuk
3. Faktor predisposisi
4. Pemeriksaan fisik
5. Psikososial
6. Status mental

Menurut (Halimah, 2016) Pengkajian meliputi:

1. Subjektif dari wawancara pada Pasien:
 - a. Menceritakan kejadian/ apa penyebab marah
 - b. Menceritakan apa yang dirasakan ketika marah
 - c. Perasaan apa yang dirasakan ketika marah
 - d. Perilaku/sikap yang sering dilakukan ketika marah
 - e. Apa akibat dari cara marah yang dilakukan
2. Objektif yang dapat ditemukan dari pasien
 - a. Melotot
 - b. Wajah tegang dan memerah
 - c. Tangan mengempal
 - d. Mengatupkan rahang dengan kuat
 - e. Bicara kasar

f. Nada bicara tinggi

1.2 Diagnosa

Perilaku Kekerasan

1.3 Tindakan Keperawatan

Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan

Tujuan	Kriteria evaluasi	intervensi
<p>Pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan • Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan • Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang pernah dilakukan • Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan • Mengontrol perilaku kekerasan dengan: 	<p>Setelah dilakukan 3x pertemuan, pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan penyebab, tanda, gejala, dan akibat perilaku kekerasan. • Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan 	<p>SP 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi penyebab, tanda, dan geala serta akibat perilaku kekerasan • Latihan cara fisik 1: Tarik nafas dalam • Masukan dalam jadwal harian pasien

<p>1. Fisik</p>	<p>Setelah dilakukan 3x pertemuan, pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan 	<p>SP 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan SP 1 • Latihan cara fisik 2: memukul bantal • Masukan dalam jadwal harian pasien
<p>2. Sosial/ verbal</p>	<p>Setelah dilakukan 3x pertemuan, pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Memperagakan cara sosial/verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan 	<p>SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2 • Latihan secara sosial/verbal • Menolak dengan baik • Mengungkap dengan baik • Masukan dalam jadwal harian
<p>3. Spiritual</p>	<p>Setelah dilakukan 3x pertemuan, pasien mampu:</p>	<p>SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan SP 1,2&3

<p>4. Terapi psikofarma (obat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Memperagakan cara spiritual <p>Setelah dilakukan 3x pertemuan, pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan • Memperagakan cara patuh obat 	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan secara spiritual: sholat dan berdoa • Masukan dalam jadwal harian <p>SP 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1,2,3 & 4 • Latihan patuh obat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Minum obat secara teratur dengan prinsip 5 B 2. Sesuai jadwal minum obat secara teratur
------------------------------------	---	---

(Keliat et al., 2005)

2. Pohon Masalah

Menurut (Yusuf et al., 2015) :

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.



Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

Cause

Gambar 2. 2 Pohon Masalah



BAB III

RESUME KASUS

RUANG RAWAT : R.7 Hudowo
TANGGAL DIRAWAT : 22 November 2021

A. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada pasien pada tanggal 30 November 2021 sampai tanggal 2 Desember 2021 dengan nomor medik 00169XXX. Pasien bernama Tn. H berusia 36 tahun. Pasien berasal dari Pati, Jawa Tengah.

B. Alasan Masuk

Pasien merupakan pasien rujukan dari UPT RSUD Soewondo Pati dikarenakan sebelumnya Pasien waktu dirawat di UPT RSUD Soewondo Pati sempat mengamuk, ngedumel dibelakang, dan marah-marah. Pasien di rujuk dari UPT RSUD Soewondo Pati diantarkan oleh pihak Rs dan keluarga pasien.

C. Faktor Predisposisi

Pasien pernah mengalami gangguan jiwa mulai sejak setelah lulus SMA Pasien sering dirawat di RSJ karena Pasien dianggap keluarganya meresahkan warga. Sebelum dirawat di RSJD Dr. Gondho Utomo Semarang Pasien sempat dirawat di UPT RAA Soewondho Pati 2 kali dan pada akhirnya dirujuk untuk dirawat di RSJD Dr. Gondho Utomo Semarang.

Pengobatan sebelumnya dianggap Pasien kurang berhasil karena Pasien mengatakan setelah dirawat di RSJ sebelumnya Pasien masih belum bisa untuk mengandalikan emosinya dan kadang merasakan tegang di saraf punggung.

Gangguan jiwa ini sudah dialami Pasien dari setelah lulus SMA dan sudah berkali-kali masuk RSJ, sebelum dirawat di RSJD Dr. Gondho utomo Pasien sudah dirawat di UPT RSUD RAA Soewondo Pati. Saat klain pulang dari RS Pasien kambuh kembali. Pasien marah-marah dan mengamuk lagi dirumah, karena tidak teratur minum obat sehingga Pasien minta dirawat UPT RSUD Soewondo Pati selama 10 hari dan akhirnya dipindahkan RSJD Dr. Gondho utomo. Sebelumnya Pasien juga dianggap meresahkan lingkungan sebab waktu Pasien ada masalah dirumah Pasien lanhgsung pergi keluar dan melampiaskan emosi diluar. Pasien juga pernah menjadi korban kroyokan waktu masih SMA. Pasien mengatakan sepupunya juga ada yang gangguan seperti ia sering marah-marah dan temmpramental dan dirawat jalan.

D. Fisik

- A. Tanda Vital : TD 140/100, N 84 , S 36c, P 86%, RR 20
- B. Ukur : TB 165 Cm, BB 60 Kg
- C. Keluhan Fisik : Tidak ada

E. Psikososial

1. Genogram

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara, Pasien tinggal bersama orang tuanya dan adeknya. Anak pertama perempuan dan anak kedua dan ketiga laki-laki. Untuk kakek dan neneknya sudah meninggal. Ayah pasien merupakan anak ketiga dari lima bersaudara. Dan ibunya anakan kedua dari empat bersaudara.

2. Konsep diri

Pasien terlihat rapi dan tidak ada kecacatan, Pasien juga bersyukur dengan dirinya Pasien mengatakan anak ke 2 dari 3 bersaudara, Pasien lulusan SMA yang saat ini dirawat di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Pasien dirumah berperan sebagai anak dan belum menikah. Pasien merasa malu karena diantar ke RSJD Dr. Amino Gondhoutomo sebab sebelumnya Klein minta pulang dirumah. Pasien merasa apakah dirinya tidak dianggap dirumah, karena Pasien waktu di UPT RSUD RAA Soewondo Pati minta pulang kerumah tetapi malah dirujuk di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo.

3. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti :Pasien mengatakan orang yang paling berarti orang tua
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :Pasien mengatakan sebelum sakit sering mengikuti acara yang ada disekitar rumah.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :Pasien mengatakan iaSaat mengalami gangguan lebih memilih untuk menyendiri dikamar untuk mendengarkan musik.

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : Pasien beragama Kristen
- b. Kegiatan ibadah : Pasien tidak pernah beribadah digereja

F. Status Mental

1. Penampilan

Pasien berpenampilan rapi dan memakai baju sesuai fungsinya.

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah

2. Pembicaraan

Pasien waktu pertama diajak bicara menjawab dengan nada agak tinggi namun dapat dimengerti. Pertama di RSJD Dr. Gondho utomo Pasien juga bicara dengan nada tinggi, marah-marah, dan melakukan penolakan untuk dipindahkan ke RSJ.

3. Aktivitas motorik

Sebelum dilakukan pengkajian pada Pasien, Pasien sudah terlihat pandangnya tajam dan postur tubuh agak kaku, dan saat pertama kali diwawancarai Pasien masih kelihatan tegang, bingung dan terlihat pandangnya tajam.

4. Alam perasaan

Pasien mengatakan ia khawatir jika tidak bisa mengendalikan diri saat emosi Pasien takut melukai keluarganya terutama takut melukai perasaan maupun fisik ibunya. Pasien pun mengatakan jika teringat dengan kejadian kejadian dimasalalu Pasien merasakan emosi dan ingin membalasnya.

5. Efek

Pasien saat diajak bicara tidak ada ekspresi yang dari wajahnya tetapi Pasien hanya terlihat pandangan Pasien tajam

6. Interaksi selama wawancara

Pasien saat diwawancarai selalu kontak mata karena Pasien waktu di RSJD Dr. Gondho utomo diajari untuk bicara verbal dengan kontak mata dan Pasien sampai saat ini selalu beranggapan kalau berbicara dengan orang lain yang sopan yaitu harus kontak mata, namun pandangan Pasien terlihat tajam.

7. Persepsi Halusinasi

Pasien mengatakan tidak ada masalah dan tidak mengalami halusinasi.

8. Proses Pikir

Pasien dapat menjawab pertanyaan tanpa berpikir lama sesuai dengan apa yang ditanyakan dan banyak menceritakan kejadian yang dialami Pasien pada masa lalu.

9. Isi pikiran

Pasien mengatakan saat ini takut untuk bersosialisasi dilingkungannya karena tetangganya banyak yang menganggapnya gila dan Pasien juga takut kalau keluar rumah takut membuat kegaduhan atau bahkan mengamuk, karena Pasien kalautidak minum obat tidak akan bisa mengontrol pikiran dan khawatir jika melukai keluarga dan lingkungan.

10. Tingkat Kesadaran

Pasien saat diajak bicara sadar penuh dan Kooperatif karena habis minum obat.

11. Memori

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan memori atau ingatan. Pasien selalu ingat dengan kejadian dulu maupun saat ini, seperti sebelum dibawa ke RSJ Pasien sempat melempar sepedanya dan mengenai truk di jalan. Bahkn pasien juga selalu teringat dengan kejadian kekerasan yang dilakukan orang tuanya yang sering mengamuk bahkan selalu memarahi Pasien tanpa sebab.

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien dapat berkonsentrasi dan berhitung dengan benar.

13. Kemampuan Penilaian

Pasien mengatakan saat rutin minum obat Pasien mampu mengambil keputusan yang baik maupun yang buruk supaya emosinya bisa dikontrol.

14. Daya titik diri

Pasien selalu bilang bahwa dirinya tidak gila tapi hanya tempramental Pasien berkata bahwa Pasien di RSJD Dr. Gondho utomo hanya rehabilitasi. Pasien juga mengatakan bahwa saat mengalami gangguan merasa dirinya tidak berguna lagi karena hanya berdiam dirumah tidak bisa bekerja bahkan sudah tidak bisa membantu jualan orang tuanya lagi. Pasien juga beranggapan bawa dirinya tidak penting lagi dikeluarganya karena selama dirawat di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Pasien tidak pernah dijenguk keluarganya bahkan adinknya

yang bekerja disemarang juga tidak pernah menjenguknya padahal jaraknya dekat.

15. Makan

Selama dirawat di rawat di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Pasien makan 3x sehari, makan dengan baik dan mandiri.

16. BAB/ BAK

Pasien BAB sekali sehari dan BAK secara normal \pm 5x sehari tanpa alat bantu

17. Mandi

Pasien mandi 2x sehari dan mandiri

18. Berpakaian/berhias

Pasien rapi, dan pakaian sesuai dengan kebutuhan

19. Kebersihan diri

Pasien selalu menjaga kebersihan diri.

20. Istirahat dan tidur

Tidur siang : \pm setengah jam

Tidur malam : \pm 8 jam

Kegiatan sesudah&sebelum tidur : Pasien sebelum tidur biasanya mencuci muka dan sesudah tidur biasanya bantu bantu di ruangan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

21. Penggunaan Obat

Pasien menggunakan obat total karena pasien kalau telat dan tidak teratur minum obat emosinya akan kambuh kembali hingga tidak bisa mengontrolnya.

22. Pemeliharaan kesehatan

Pasien sebelumnya sudah dirawat di UPT RSUD Soewondo Pati 2x.

Pasien mengatakan saat emosinya stabil Pasien suka membantu orang tua untuk jualan diwarung, mengantarkan air galon.

23. Kegiatan diluar rumah

Pasien kegiatannya diluar rumah bersepeda supaya bisa menenangkan diri dan pikirannya saat emosinya tinggi, namun keluarganya selalu mengkhawatirkan Pasien saat berada diluar rumah.

G. Mekanisme Koping

Adaptif yaitu Pasien mengatakan jika merasa emosi atau ada masalah dengan keluarga Pasien mencoba untuk mengurung diri di kamar sambil dengerin musik dan bersepedaan diluar, Pasien tidak mau mendekati keluarganya karena takut melukai.

Maladaptif yaitu Pasien saat emosinya tinggi Pasien kadang melukai diri dengan memukul tembok

H. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

Pasien tidak memperoleh dukungan dari orang lain sebab Pasien tempramental sehingga orang-orang takut pada Pasien. Di lingkungan Pasien kurang mendapat kepercayaan dari keluarga, saat kien pergi keluar selalu ditelfon kakanya untuk disuruh pulang, sebab kakaknya takut jika adeknya membuat onar diluar karena tidak bisa mengendalikan emosin. Masalah waktu sekolah Pasien waktu sekolah sering membolos dan sering tawuran dengan siswa sekolah lain.

Sumber Daya

Pasien selalu mengatakan bahwa obat dari RSJD Dr. Gondho utomo cocok untuk mengendalikan emosi Pasien dan Pasien tidak mengalami alergi obat.

H. Aspek Medik

Diagnosa medik : Skizotrena Paranoid

Terapi Medik : - Depakote 2x500 mg
- Clozapine 2x50 mg

- Lorazepam

- THP 2x2 mg

I. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian diperoleh analisa data:

1. Subyek: Pasien mengatakan marah-marrah menolak untuk dimasukin ker RS, Obyek : Pasien saat diajak bicara menjawab dan dengan nada sedikit lebih tinggi dan emosi berubah-ubah-pandangan tajam sehingga menimbulkan masalah Resiko perilaku kekerasan.
2. Subyek : Pasien mengatakan pernah dikroyok dan dipukuli oleh teman waktu SMA dan masih teringat sampai sekarang. Obyek : Pasien terlihat moodnya berubah dan agak emosi. Sehingga menimbulkan maslah keperawatan perilaku kekerasan.
3. S : Pasien menagatkan kurang perhatian dari keluatga terhadap perawatan dan pengobatan keluarga, O : Pasien tampak sedih. Masalah keperawatan yang muncul yaitu kopping keluarga tidak efektif.
4. S : Pasien mengatakan apakah dirinya dianggap dikeluarga atau tidak. O : Pasien tampak sedih, karena pendapatnya tidak pernah didengar. Masalah keperawatn yang muncul yaitu Harga diri rendah.

J. Daftar Masalah Keperawatan

1. Reiko perilaku kekerasan
2. Perilaku kekerasan
3. Koping keluarga tidak efektif
4. Gangguan konsep diri: HDR

K. Pohon Masalah

Resiko Perilaku Kekerasan



Perilaku Kekerasan

↑
Harga Diri Rendah

L. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan Dan Terapi Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diperoleh dari pengkajian yaitu pertama Resiko perilaku kekerasan dan Diagnosa kedua yaitu Gangguan Konsep diri. Untuk terapi pertama pada diagnosa resiko perilaku kekerasan terapi yang diberikan pada pasien yaitu SP 1 Nafas Dalam, SP 2 Memukul bantal, SP 3 Bicara Verbal, Sp 4 Spiritual, dan SP 5 terapi obat. Sedangkan terapi kedua untuk diagnosa gangguan konsep diri terapi yang diberikan yaitu berlatih hal positif.

2. Diagnosa Medis Dan Terapi Medis

Diagnosa keperawatan yang diperoleh dari rekam medis yaitu Skizotrena Paranoid dan memperoleh terapi obat yaitu Depakote 2x500 mg, Clozapine 2x50 mg, Lorazepam, dan THP 2x2 mg.

M. Rencana Keperawatan

1. Resiko perilaku kekerasan

Tujuan diberikan rencana keperawatan pada diagnosa Resiko perilaku kekerasan yaitu bertujuan supaya Pasien tidak menunjukkan resiko perilaku kekerasan. Kriteria hasil yang diharapkan yaitu Setelah 3 kali interaksi diharapkan kontrol diri meningkat. 1. Pasien dapat menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat. 2. Pasien menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungan. 3. Pasien memperagakan cara mengontrol untuk mengontrol emosi dengan SP. Intervensi yang dilakukan bina hubungan cara saling percaya dan pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. Melati untuk mengurangi rasa marah bantu Pasien mengungkapkan perasaan marahnya, dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan

perasaan Pasien. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan Pasien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan.

2. Harga diri rendah

Tujuan diberikan rencana keperawatan pada diagnosa Harga diri rendah yaitu bertujuan untuk meningkatkan harga diri Pasien. setelah 3 kali interaksi diharapkan Pasien : mampu menunjukkan wajah bersahabat, mau menunjukkan rasa tenang, Pasien mau berdamai dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi. Mampu menyebutkan aspek positif dan kemampuan yang dimiliki Pasien. Mampu untuk melakukan penilaian hal positif pada diri sendiri

Intervensi: Bina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. Diskusikan dengan Pasien tentang aspek positif yang dimiliki Pasien serta kemampuan yang dimiliki Pasien. Diskusi dengan Pasien kemampuan yang dapat dilaksanakan.

N. Implementasi

Selasa 30 November hasil dari pengkajian memperoleh data Pasien terlihat pandangan tajam dan menyimpan dendam, Pasien juga terlihat gelisah, khawatir,, dan merasa tidak dihargai. Diagnosa keperawatan yang ditegakan yaitu risiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Tindakan keperawatan yang diberikan Sp1 dan Sp2 Risiko perilaku kekerasan yaitu pertama identifikasi apa penyebab risiko perilaku kekerasan yaitu pasien kemauan pasien yang tidak dituruti oleh keluarga, selanjutnya menjelaskan pada pasien cara untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan yaitu dengan latihan fisik pertama: tarik nafas dalam dan latihan fisik kedua: pukul bantal. Selanjutnya perawat membantu Pasien untuk latihan tarik nafas dalam dan dan pukul bantal. Untuk rencana tindak lanjut yang diberikan pada Pasien yaitu melatih Sp 3 resiko perilaku kekerasan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal. Tindakan keperawatan yang diberikan harga diri rendah yaitu Sp 1 dan SP 2 harga diri rendah yaitu penilaian dan berlatih hal positif.

Rabu 1 Desember 2021 dari hasil data yang sama Pasien masih terlihat pandnagan tajam, menyimpan dendam dan nada bicara masih tinggi. selanjutnya dilakukan tindakan keperawatan Sp 3 Risiko perilaku kekerasan yang pertama evaluasi dahulu hasil dari Sp 1 dan Sp 2 selanjutnya ajari Pasien cara verbal seperti bicara baik-baik. Rencana tindak lanjut Sp 4 dengan latihan spiritual dan SP 5 mematuhi pentingnya minum obat, dan mencatatkan kegiatan pasien.

Kamis 2 Desember 2021 dari hasil data Pasien masih berbicara dengan nada yang tinggi dari diagnosa resiko perilaku kekerasan dilanjutkan evaluasi SP 1 sampai Sp 3 dan dilanjutkan tindakan keperawatan Sp 4 cara spiritual dan Sp 5 informasi penggunaan obat. Dan diharapkan Pasien bisa melakukan Sp 1 samapai 5 dan evaluasi Sp 1-5 yang dilaukan Pasien resiko perilaku kekerasan.

O. Evaluasi

Selasa 30 November 2021, S : Pasien mengatakan masih merasa emosi saat mengingat kejadian dimasa lalu, O : Pasien masih terlihat pandnagannya tajam, postur tubuh kaku, A : Resiko perilaku kekerasan (+), Harga diri rendah (-), P : Lanjutkan interwenri resiko perilaku kekerasan SP3 dan mengevaluasi SP 1 dan 2, dan memberikan jadwal rutin untuk mengendalikan emosi menggunakan SP yang diajari. Dan berhenti melakukan intervensi HDR.

Evaluasi Rabu 1 Desember 2021, S: Pasien mengatakan sudah bisa melakukan SP 1 dan SP 2 dan berantusias untuk melakukan SP 3. O: pasien terlihat sudah bisa melakukan SP yang diajarkan dan subah berbicara verbal tetapi pandnagan pasien masih terlihat tajam dan nada tinggi. A: Risiko perilaku kekerasan (+). P: melakukan intervensi SP 4 spiritual dan SP 5 minum obat secara teratur.

Evaluasi hari Rabu 2 Desember 2021, S: Pasien mengatakan lebih bisa mengontrol emosi dan mengendalikan diri. O: Pasien mampu melakukan Sp 1 sampai Sp 5, Pasien masihberbicara dengan nada tinggi. A: resiko perilaku kekerasan masih positif. P: berikan jadwal rutin, dan latihan Sp 1 tarik nafas

dalam dan Sp 2 pukuk bantal 1x/hari, latihan Pasien untuk melakukan komunikasi secara verbal, latih Pasien untuk melakukan kegiatan spiritual dan berobat untuk mengurangi rasa emosi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. H yang mengalami gangguan jiwa yaitu Resiko perilaku kekerasan, yang sedang dirawat di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Asuhan keperawatan pada Tn. H dikelola selama 3 kali kunjungan yang dimulai dari tanggal 30 November sampai tanggal 2 Desember 2021. Penulis juga akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan. Penulis memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan prosedur yang ada dan dari data nyata dari pasien dan rekam medik yang mencakup semua aspek keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data yang sistematis dari hasil kesehatan seseorang yang sekarang dan kesehatan masa lalu dan untuk mengevaluasi hasil kesehatan pasien. Dalam pengkajian perawat harus menggali lebih dalam mengenai informasi status kesehatan pasien. Dalam pengkajian informasi dapat diperoleh dari pasien, keluarga, dan buku catatan rekam medik supaya bisa menghasilkan data yang valid (Ghofur, 2013). Tujuan pengkajian menurut (Dermawan & Rusdi, 2013) yaitu untuk mendapatkan informasi kesehatan pasien, untuk menentukan masalah kesehatan pasien, dan untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan perawatan.

Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013), data pengkajian dapat didapatkan dari pengkajian predisposisi yang terdiri dari faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosikultural, kemudian faktor presipitasi, mekanisme koping dan perilaku. Dari hasil pengkajian pada Tn. H dapat dilihat, bahwa antara teori dengan pengkajian pada Tn. H dengan resiko perilaku kekerasan diruan Hudowo RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang terdapat kesamaan yang telah dilakukan dalam pengkajian.

Pengkajian yang dilakukan pada pasien resiko perilaku kekerasan meliputi identitas Pasien, alasan masuk rumah sakit, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, psikososial, status mental, dan mekanisme koping Pasien. Sehingga dalam kasus yang di atas sudah mencakup semua pengkajian dan sesuai dengan teori yang ada.

Pada pengkajian yang dilakukan penulis pada Tn. H meliputi faktor faktor predisposisi yaitu seperti sudah berapa kali pasien mengalami kekambuhan seperti penyakit yang dialami sekarang ini, Pasien mengatakan sebelumnya sudah mengalami kekambuhan penyakit yang dialaminya sekarang. Data yang diperoleh yaitu pasien mengatakan bahwa sakit yang diderita pasien sekarang merupakan keturunan dari orangtua, yang memiliki gangguan temperamental. Data selanjutnya yang diperoleh pasien juga pernah tidak jadi menikah dengan pacarnya dikarenakan tidak memperoleh restu dari orang tuanya dikarenakan berbeda keyakinan.

Berdasarkan teori yang membahas tentang perawatan dalam pemberian obat pada Pasien. Penulis memperoleh data pengkajian dari riwayat sebelumnya bahwa pengobatan Tn. H pengobatan sebelumnya kurang berhasil, karena setelah Pasien pulang Pasien mengalami kekambuhan lagi, kemudian dibawa lagi ke RSJ sampai berkali-kali, karena Pasien saat dirumah tidak minum obat secara teratur. Pasien pernah mengamuk dirumah, melempar sepeda di jalan sampai mengenai truk yang melintas, bahkan pernah tawuran waktu masih sekolah. Disini dapat dilihat bahwa antara teori dan pengkajian yang didapatkan oleh penulis mengalami kesamaan.

Faktor presipitasi pada Tn. H yang ditulis dalam asuhan keperawatan penulis sebagai alasan Pasien masuk RSJD Dr. Amino Gondhuto Semarang yaitu karena Pasien pasien rujukan dari UPT RSUD Soewondo Pati, sebelumnya pasien sempat mengamuk hingga melempar sepeda, *ngedumel* dibelakang, dan marah-marah. Sedangkan faktor presipitasi menurut (Direja, 2011), seorang akan marah jika dirinya terancam baik berupa injuri fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Dari faktor pencetus Pasien, antara

pengkajian dan teori terdapat persamaan dengan data Pasien yang marah marah, ini menunjukkan kalau ada interaksi antara Pasien dengan orang lain.

Tanda dan gejala dapat kita ketahui dari wawancara pada pasien. Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013), tanda dan gejalanya muka memerah dan tegang, pandangan tajam, mengantupkan rahang, menggepal tangan, bicara kasar, nada tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam suara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan. Dan data yang diperoleh pada pasien hanya dua yaitu pandangan tajam dan nada suara tinggi karena disebabkan oleh penulis melakukan wawancara mengenai sakit yang diderita sekarang, untuk tanda dan gejala yang lainnya tidak muncul saat dilakukan wawancara karena pasien sudah mulai kooperatif dan sudah mendekati waktunya pulang.

Dari hasil yang diperoleh penulis dari status mental Pasien saat beraktifitas, Pasien masih terlihat tegang dan agak kaku, pandangan tajam, dan nada suara tinggi. Pasien ketika diwawancarai mengenai detail masalahnya yang menyebabkan Pasien jengkel dan marah, Pasien agak tersinggung dan menjawab “ yang sudah jangan *diingat-inget* terus mba, malahan membuat *keingetan* terus” dengan nada yang tinggi dan dan tubuh tiba tiba kaku. Bila dibandingkan antara teori dan data pengkajian diatas dalam mengambil kasus resiko perilaku kekerasan. Data yang diperoleh sudah memenuhi kriteria yang tercantum dalam teori yang ada.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan kesimpulan yang diperoleh dari hasil analisa data. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan (SDKI, 2017).

Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013), diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat dirawat Pasien tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pasien pernah memiliki riwayat perilaku

kekerasan. Pada pohon masalah yang terdapat dikasus diatas *core problem* dari kasusnya merupakan perilaku kekerasan.

Dalam menegakan diagnosa keperawatan penulis menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan standar SDKI. Penulis tidak mencantumkan kode diagnosa utama, seharusnya penulis mencantumkan kode diagnosa D.0132 untuk diagnosa perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan fisik.

Diagnosa yang ditegakan menggunakan standar SDKI yaitu perilaku kekerasan dengan kode D.0132. perilaku kekerasan adalah kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencedraai orang lain dan merusak lingkungan. Tanda dan gejala: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, dan bicara ketus, dari tanda dan gejala diatas penulis memperoleh data subjek pasien berbicara dengan nada yang lebih tinggi saat dilakukan wawancara. Data objek: menyerang orang lain, melukai diri sendiri, merusak lingkungan, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengantup, wajah memerah, postur tubuh kaku. Dan penulis memperoleh data objektif dari pasien: pandangan tajam, dan postur tubuh kaku.

Dari hasil pengkajian yang sudah didapatkan penulis menegakan diagnosa *core problem* perilaku kekerasan. Adapun data yang mendukung untuk ditegakannya diagnosa perilaku kekerasan adalah dari data subjektif: pasien mengatakan pernah mengalami pengeroyokan dan tawuran waktu sekolah dan membuat kegaduhan dilingkungannya, pasien bercerita dengan nada yang tinggi. Dan data objektif: pasien terlihat pandangan tajam dan postur tubuh kaku. Perilaku kekerasan yang terdapat pada Pasien, ini didukung teori dan hasil pengkajian analisa data yang terapat pada klien, ini sangat didukung oleh teori dan data penulis.

Dari hasil pengkajian analisa data yang dilakukan penulis dalam mengkaji Pasien telah didapatkan dengan data subjektif dan objektif yang dapat

mendukung untuk ditegakannya diagnosa perilaku kekerasan sebagai *core problem* diagnosa yang utama.

C. Intervensi keperawatan

Intervensi yang ditetapkan penulis dalam menegakan masalah pasa pasien menggunakan metode Strategi Pelaksanaan (SP). Perencanaan keperawatan merupakan sebuah proses untuk memecahkan maslaah yang menjadi keputusan awal tentang apa yang akan dilakukan , bagaimana dilakukan, siapa yang melakukan dari tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Perencanaan bertujuan untuk mengidentifikasi faktor utama pada individu maupun kelompok, untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan, untuk menyediakan kriteria klasifikasi pasien, dan memberikan rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Intervensi yang diberikan yaitu SP 1: jelaskan sebab terjadi PK, identifikasi jenis PK, jelaskan akibat PK, latihan fisik tarik nafas dalam , susun jadwal harian. SP 2 latihan fisik pukul bantal, SP 3 secara bicara verbal, SP 4 tindakan spiritual, dan SP 5 rutin minum obat.

Adapun strategi pelaksanaan pada keluarga yang harus diterakan dengan tujuan supaya keluarga mampu merawat pasien dan menjadi pendukung kesembuhan pasien. Tindakan yang perlu diberikan untuk keluarga yaitu SP 1 : identifikasi permasalahan yang dialami keluarga saat merawat, jelaskan hal terkait PK, dan bagaimana cara merawat PK. SP 2K : latihan keluarga praktik merawat pasien. SP 3 K: mempraktikkan langsung cara keluarga merawat pasien, SP 4 K: fasisitasi keluarga menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk Pasien dan obat, menjelaskan tindak lanjut setelah pasien pulang.

Intervensi keperawatan yang dilakukan diharapkan pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil yang diharapkan supaya Tn. H dapat meningkatkan kontrol pada diri sendiri, menunjukkan rasa percaya pada perawat dan mau menceritakan penyebab perasaan jengkel/ kesal baik dari diri sendiri maupun orang lain

Penulis sudah tepat untuk pemberian SP 1 sampai 5 pada pasien sudah sesuai teori yang ada dan penulis belum mencantumkan. Seharusnya penulis juga mencantumkan rasionalisasi di setiap Sp nya yaitu hubungan saling percaya, memeberikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya supaya mengurangi rasa stres, menyimpulkan tanda yang sedang dialami seperti marah dan jengkel, membantu pasien mengobservasi perilaku yang baik dan yang buruk, dan membantu pasien untuk mengetahui akibat dari perilaku kekerasan.

D. .Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Perawat melaksanakan tindakan keperawatn untuk mentuk mendokumentasikan tindakan keperawatan dan respon Pasien terhadap tindakan tersebut (Ristyana, 2020).

Implememntasi yang dilakukan pada pasien sudah tepat dan pasien sudah melakukan implememntasi sesuai dengan intervensi yang direncanakan yaitu SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, dan SP 5 Resiko perilaku kekerasan. Intervensi dilakukan selama 3 hari dari tanggal 30 November samapai 2 Desember 2021. Berikut implementasi yang dilakukan penulis pada 30 November 2021 dalam stragei pelaksanaan yang dilaksanakan: Saat pasien sudah mulai percaya pada perawat langkah selanjurnya yaitu mengajari pasien untuk mengontrol emosi dengan tarik nafas dalam dan mukul bantal. Setelah selesai diajari untuk SP 1 dan SP 2 pasien dicoba untuk melakukannya sendiri dan diberikan jadwal harian untuk latihan mengontrol emosi menggunakan SP 1 dan SP 2 fisik. Untuk rencana tindak lanjut yang diberikan pada pasien yaitu mengevaluasi

hasil dari SP 1 dan SP 2 yang diajarkan dan dilanjutkan dengan mengajari pasien SP 3 yaitu secara verbal, dan pasien diminta untuk selalu mencatat kegiatan dan jadwal yang diberikan untuk melakukan terapi secara mandiri.

untuk terapi hari kedua 1 Desember 2021, sebelum dilanjutkan SP 3 dilakukan pertama evaluasi bagaimana hasil dari terapi hari pertama, setelah dilakukan evaluasi selanjutnya dilakukan terapi SP 3 dengan verbal. Untuk rencana tindak lanjutnya akan dilakukan evaluasi dari hasil terapi yang diajarkan sebelumnya dan dilakukan terapi SP 4 spiritual dan SP 5.

Untuk terapi hari ketiga 2 Desember 2021, dilakukan evaluasi ulang untuk terapi hari pertama dan kedua setelah dilakukan evaluasi selanjutnya menyarankan pasien sebelum melakukan sesuatu supaya diawali dengan doa dan selalu menjaga ibadah sesuai dengan keyakinan, dan selalu mengingatkan pasien untuk minum obat secara teratur, dan melakukan mencatat kegiatan yang dilakukan.

Penulis mengalami hambatan saat melakukan implementasi hari ketiga penulis mengalami kendala untuk terapi spiritual dikarenakan berbeda keyakinan, sehingga penulis hanya memberikan saran untuk pasien supaya melakukan ibadah dan berdoa terlebih dahulu sebelum melakukan kegiatan dan penulis tidak bisa mengajari langsung terapi spiritual untuk pasien.

Penulis juga tidak melakukan implementasi strategi pelaksanaan yang berhubungan dengan keluarga karena penulis tidak bertemu dengan keluarga pasien dikarenakan keluarga tidak ada yang menjenguk. Keluarga merupakan sekelompok yang terdiri dari dua atau lebih individu, dimana mereka tinggal ditempat yang sama ataupun tinggal berdekatan satu dengan yang lainnya, mempunyai hubungan emosional yang sama, serta mempunyai status sosial dan tugas yang saling berhubungan. Fungsi keluarga merupakan pemberi kasih sayang, memberi keamanan serta penerimaan, memberi identitas diri serta kepuasan, sosialisasi, serta menumbuhkan kendali. Pentingnya keluarga dalam penyembuhan karena peran keluarga sangat penting karena pasien mampu memperoleh kesembuhan yang lebih cepat serta dapat mempertahankan pemulihan dari dukungan keluarga.

Jika strategi pelaksanaan pada keluarga tidak dilakukan maka akan sangat berdampak dalam penyembuhan pasien karena kemungkinan pasien akan mengalami kekambuhan karena pasien tidak mendapat perawatan secara maksimal oleh keluarga selama durmah. Oleh karena itu penulis seharusnya memberikan strategi pelaksanaan keluarga agar keluarga dapat memberikan perawatan pada pasien dengan baik dan efektif, supaya pasien tidak telat minum obat dan mengalami kekambuhan.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahanan untuk mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi yang dilakukan penulis menggunakan SOAP (subjektif, objektif, analisis, dan perencanaan). Dalam melakukan evaluasi penulis sudah melakukan sesuai dengan konsep teori yaitu dengan SOAP.

Evaluasi pertama yang dilakukan 30 November 2021 adalah masalah belum teratasi dikarenakan masih terlihat pandangan tajam dan postur tubuh kaku. Dengan adanya data subjektif pasien masih merasa emosi saat mengingat kejadian sebelumnya dan berantusias untuk diajarkan terapi SP 1 dan SP 2. Data objektif pasien terlihat pandangan masih terlihat tajam saat dilakukan wawancara lebih mendalam dan postur tubuh kaku. Analisa masalah belum teratasi. *Planning* : berikan latihan fisik SP 1 dan SP 2 untuk mengurangi rasa emosi, dan SP 3 verbal, dan memberi jadwal rutin untuk mengendalikan emosi menggunakan SP yang diajari.

Evaluasi kedua pada tanggal 1 Desember 2021 diperoleh data subjektif: pasien sudah bisa melakukan SP 1 dan SP 2 secara mandiri dan berantusias untuk melakukan SP selanjutnya. Data objektif: pasien terlihat sudah bisa melakukan SP yang diajarkan dan sudah berbicara verbal tetapi pandangan pasien masih terlihat tajam dan nada tinggi. Analisa: masalah belum teratasi. *Planning*: melanjutkan SP 4 dan SP 5.

Evaluasi ketiga pada tanggal 2 Desember 2021, diperoleh data subjektif: pasien sudah bisa melakukan SP yang diajarkan dan sudah bisa mengontrol emosi sendiri. Data objektif: pasien sudah melakukan SP 1-5 secara mandiri tetapi pasien saat berbicara nadanya msih tinggi. Analisa: sebagian teratasi. *Planning* : tetap berikan jadwal rutin untuk melakukan SP 1-5 untuk mengurangi rasa emosi.



Kekurangan penulis untuk mengevaluasi yaitu tidak adanya evaluasi SP Keluarga karena adanya kendala tidak bisa bertemu langsung dengan keluarga pasien, sehingga penulis tidak dapat mengajari keluarga untuk dilakukannya SP Keluarga sehingga tidak bisa tau sampai mana keluarga merawat pasien saat dirumah.



BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Dari data pengkajian yang ada diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa resiko perilaku kekerasan pada Tn H dengan Resiko Perilaku Kekerasan:

1. Hasil dari data pengkajian yang didapatkan pada Tn. H babhwa perilku kekerasan sebagai *core problem*.
2. Berdasarkan analisa data perilaku kekerasan merupakan diagnosa utama yang harus ditegakan, dan merujuk pada Standar Asuhan keperawatan Indonesia dengan kode D.0132 (2017)
3. Intervensi pada Tn. H yang telah disusun yaitu menggunakan tujuan khusus dengan membina rasa percaya, mengungkapkan perasaan, menyimpulkan penyebab tanda penyebab marah, dan membedakan perilaku yang baik dan yang buruk.
4. Implementasi yang dilakukan penulis kepada Pasien cara mengontrol marah dilakukan dengan strategi pelaksanaan (SP) membina hubungan saling percaya, mengajarkan tarik nafas dalam, mengajari terapi memukul bantal, verbal, spiritual, dan menjelaskan menggubakan obat.
5. Evaluasi yang didapat penulis yaitu Pasien mampu melakukan strategi pelaksanaan yang diajarkan penulis pada implementasi dengan dibuktikan Pasien mampu mengontrol marah dengan baik.

B. Saran

1. Bagi Pasien

Pasien seharusnya mau meminum obat secara rutin yang sudah diberikan oleh perawat supaya bisa sembuh dan saat Pasien ingin marah sebaiknya mengontrol marah seperti yang diajarkan perawat.

2. Bagi keluarga

Keluarga seharusnya menyadari dan selalu membari motivasi penuh dalam melakukan perawatan pada Pasien saat dirumah, keluarga seharusnya menyadari bahwa dalam masa penyembuhan keluarga memiliki peran yang sangat penting, sehingga dalam proses penyembuhan Pasien dapat berjalan sesuai dengan rencana.

3. Bagi perawat

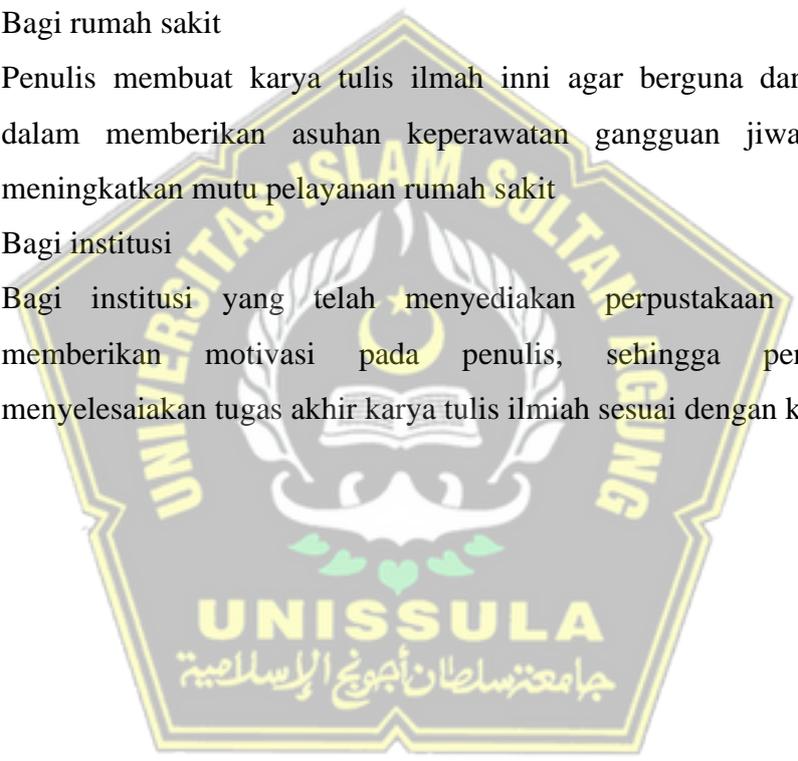
Bagi perawat sebaiknya lebih memperluas wawasan supaya dalam meningkatkan mutu pelayanan dalam melakukan perawatan lebih tepat.

4. Bagi rumah sakit

Penulis membuat karya tulis ilmiah ini agar berguna dan bermanfaat dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan jiwa dan dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit

5. Bagi institusi

Bagi institusi yang telah menyediakan perpustakaan guna untuk memberikan motivasi pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir karya tulis ilmiah sesuai dengan kasus.



DAFTAR PUSTAKA

- Agus Supinganto, D. (2021). *Keperawatan Jiwa Dasar* (R. Watrianthos (ed.); satu). Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=fl8sEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. In *Indomedia Pustaka*.
- Cempaka, A. A., Soeharto, S., & Nasution, T. H. (2018). Medication adherence as a dominant factor influencing schizophrenia relapse. *World Journal Of Advance Healthcare Research*, 2(4), 150–154.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Direja. (2011). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Halimah, N. (2016). *KEPERAWATAN JIWA*.
- Hasannah, S. U., & Solikhah, M. M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Ito, H., Miyagawa, M., Ozawa, K., Tanioka, T., Yasuhara, Y., Kataoka, M., King, B., Tomotake, M., & Locsin, R. C. (2016). The Development of the Japanese Psychiatric Nursing Assessment Classification System (PsyNACS¹⁶⁹</sup>). *Open Journal of Psychiatry*, 06(01), 20–33. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2016.61003>
- Keliat, Anna, B., & Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. EGC.

- Lestari, W. A. E., Yusuf, A., & Tristiana, R. D. (2020). (*Jurnal Keperawatan Jiwa*) (*Mental Health Officer Experience in Handling People with Mental Disorders in the Public*. 2(1), 5–15.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)* (satu). Andi Offset.
[https://books.google.co.id/books?id=Yp2ACwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Risiko+perilaku+kekerasan&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwi16YnsuZ32AhVRzTgGHcudCXoQ6wF6BAgLEAU#v=onepage&q=Risiko perilaku kekerasan&f=false](https://books.google.co.id/books?id=Yp2ACwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Risiko+perilaku+kekerasan&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwi16YnsuZ32AhVRzTgGHcudCXoQ6wF6BAgLEAU#v=onepage&q=Risiko%20perilaku%20kekerasan&f=false)
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291–300.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).
- Subu', M. A., Holmes, D., & Elliot, J. (2016). Stigmatisasi dan Perilaku Kekerasan pada Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 19(3), 191–199.
<https://doi.org/10.7454/jki.v19i3.481>
- Undang-undang No 18. (2014). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa (Law of the Republic of Indonesia No 18 Year 2014 on Mental Health)*. 185.
<http://ditjenpp.kemenumham.go.id/arsip/ln/2014/uu18-2014bt.pdf>
- Widodo, D., Juairiah, Uairiah, Sumantrie, Pipin, Siringoringo, Nursy, S., Pragholapati, A., Purnawinadi, I. G., Manurung, A., Kadang, Y., Anggraini, O., Hardiyati, H., Widiastuti, S. H., Sari, T. H., & Nasution, R. A. (2022). *Keperawatan Jiwa*. Yayasan Kita Menulis.

https://books.google.co.id/books?id=mHJbEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Yusuf, Fitryasari, R., & Nihayati, H. endang. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Komprehensif*.

Zega, R., Anita, V., Laia, S., Wulandari, Y., Oktorina, B., Lase, A. A., & Siregar, S. L. (2020). *Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Senam Aerobik Low Impact Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan*.

