

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.S DENGAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG 3 CITRO
ANGGODO RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI
JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Madya Keperawatan



Disusun Oleh

Siti Nurlaili

NIM. 40901800057

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

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.S DENGAN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG 3 CITRO
ANGGODO RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI
JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh

Siti Nurlaili

NIM. 40901800057

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

2022

SURAT BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah 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 melakukan tindakan palgiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul

ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PADA NY.S DENGAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG 3 CITRO ANGGODO RSJD
Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama: Siti Nurlaili

Nim: 40901900057

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim penguji Karya Tulis Ilmiah

Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung
Semarang pada:

Hari : Senin

Tanggal: 23 Mei 2022

Semarang, 23 Mei 2022

Pembimbing

(Ns. Wigyo Susanto, M. Kep)

NIDN.06-2907-8303

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada hari Senin 6 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 6 Juni 2022

Penguji I

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

Heppy R
(.....)

NIDN: 06-1408-7702

Penguji II

Ns. Betie Febriana, M. Kep

Betie
(.....)

NIDN: 06-2302-8802

Penguji III

Ns. Wigyo Susanto, M. Kep

Wigyo
(.....)

NIDN: 06-2907-8303

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Wan Ardian SKM, M. Kep
Wan Ardian SKM, M. Kep

NIDN: 06-2208-7403

MOTTO

Sebuah permata tidak akan dapat dipoles tanpa gesekan demikian juga dengan seseorang, ia tidak akan menjadi sukses tanpa tantangan



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, taufik dan hidayahnya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.S Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah”, Sholawat serta salam tak lupa penulis haturkan kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita semua dari jalan kegelapan menuju jalan yang terang benderang.

Karya Tulis Ilmiah ini ditulis guna memenuhi rangkaian ujian akhir Prodi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Agung Semarang. Dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Dengan ini perkenankan penulis untuk mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM., M.Kep Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Wigyo Susanto, M.Kep Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang telah meluangkan waktu untuk memberikan masukan dan motivasi sehingga saya mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
5. Segenap Dosen dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selama ini telah memberikan ilmu yang bermanfaat.
6. Untuk keluarga saya, terkhusus kedua orang tua saya Bapak Sukri Ghazali dan Ibu Martiah Mariatun yang selalu memberikan doa, kasih sayang, dan

dukungan yang tiada henti, sehingga saya mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Teman teman seperjuangan D3 Keperawatan angkatan 2019 yang telah berjuang dalam menggapai impian



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
SURAT BEBAS PLAGIARISME.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	Error! Bookmark not defined.
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan	5
B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa.....	12
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	18
A. PENGKAJIAN.....	18
B. ANALISA DATA.....	21
C. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN	22
D. IMPLEMENTASI.....	23
E. EVALUASI	24
BAB IV PEMBAHASAN.....	26
A. PENGKAJIAN	26
B. DIAGNOSA.....	28
C. INTERVENSI	29
D. IMPLEMENTASI.....	32
E. EVALUASI	37
BAB V PENUTUP	39
A. KESIMPULAN	39

B. SARAN 40
DAFTAR PUSTAKA 42



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah gangguan jiwa diseluruh dunia semakin meningkat karena riwayat kehidupan yang penuh dengan tekanan seperti sulitnya mencari lapangan pekerjaan, ketidakharmonisan dalam keluarga, ekonomi yang lemah, ditinggalkan orang terdekat dan masalah sosial masyarakat. Sampai saat ini gangguan jiwa masih mengalami peningkatan yang serius bahkan memasuki salah satu dari empat problem kesehatan di dunia termasuk Indonesia (Malfasari et al., 2020).

Menurut Keliat et al., (2015) resiko perilaku kekerasan merupakan perasaan marah yang diluapkan melalui tindakan secara verbal, fisik, maupun psikologis yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi 2 bagian yaitu perilaku kekerasan yang sedang berlangsung dan perilaku kekerasan yang mempunyai riwayat sebelumnya. Pasien dengan gangguan skizofrenia terutama dengan gangguan resiko perilaku kekerasan ditandai dengan beberapa gejala seperti marah tanpa sebab, sering mengurung diri di kamar, agresif atau mudah tersinggung, dan membanting barang.

Menurut riset kesehatan dasar (2018) peningkatan gangguan jiwa di Indonesia sangatlah pesat dibuktikan dengan fakta bahwa saat ini penduduk dengan gangguan jiwa berat mencapai 1,7 mil. Daerah yang memiliki gangguan jiwa berat terbanyak diantaranya adalah Yogyakarta, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, Aceh, dan Bali. Berdasarkan data yang ditemukan di RSJ Tampan Provinsi Riau pada tahun 2018 sampai tahun 2019 pasien dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Rokan terdapat data sebanyak 20.76%, Kuantan 18%, Kampar 17.28%, Indragiri 12.13%, Sebayang 9.5%, dan Upip

17.18% (Malfasari et al., 2020). Sedangkan di RSJ Prof. Mildren Provsu Medan di dapatkan data pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah 3,6% (155) dari 4.341 pasien (Jek Amidos Pardede, Laura Mariati Siregar, 2020). Di Provinsi Bali jumlah pasien skizofrenia yang melakukan perilaku kekerasan pada tahun 2013 yaitu 83,5% dari 8000 pasien, kemudian pada tahun 2015 di RSJ Provinsi Bali jumlah pasien skizofrenia yang melakukan perilaku kekerasan sebanyak 15,4% dari 7664 pasien yang menjalani rawat inap (Wardana et al., 2020).

Berbagai macam dampak yang timbul dari individu yang mengalami perilaku kekerasan yaitu melukai diri sendiri dan orang lain bahkan bisa berakibat fatal dengan melakukan percobaan bunuh diri. Orang yang paling beresiko terhadap hal ini adalah keluarga dan perawat, karena keduanya setiap hari sering berinteraksi secara langsung terhadap klien (Prasetya, 2018). Dari dampak tersebut timbul stigma dari masyarakat yang cenderung mendiskriminasi dan tidak mau bergaul dengan orang yang mengalami gangguan jiwa sehingga menghambat proses pemulihan pada klien, dan mempengaruhi kualitas hidup klien (Arsyad Subu et al., 2017).

Akibat dampak perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri dan orang lain maka dibutuhkan peran perawat yang promotif yaitu mengadakan penyuluhan terkait kesehatan jiwa, kemudian peran preventif yaitu mengubah kebiasaan hidup dan bersosialisasi dengan baik, selanjutnya peran kuratif yaitu melakukan tindakan keperawatan dengan strategi pelaksanaan meliputi latihan tarik nafas dalam atau memukul bantal, mengajarkan pada klien untuk minum obat secara teratur dan tepat, melatih berbicara secara verbal, serta melakukan kegiatan spiritual seperti berdzikir dan sholat. Peran rehabilitatif yaitu mendampingi dan memberikan dukungan terhadap klien terkait minum obat dan bergaul dengan oran sekitar (Salamah & Nyumirah, 2018).

Untuk menurunkan resiko perilaku kekerasan perlu adanya asuhan keperawatan secara maksimal untuk melindungi diri sendiri dan orang lain

dari perilaku kekerasan baik berupa fisik maupun verbal. Oleh karena itu penulis memberikan judul Karya Tulis Ilmiah ini dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. S Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dilaksanakannya penelitian ini adalah guna untuk memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- c. Membuat rencana keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- d. Melakukan implementasi pada klien dengan resiko perilaku kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
- e. Melaksanakan evaluasi terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

B. Manfaat

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan mampu memberikan manfaat bagi:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai kajian bagi mahasiswa dan memperluas wawasan serta informasi untuk mengembangkan ilmu keperawatan terkait dengan resiko perilaku kekerasan

2. Bagi profesi keperawatan

Untuk menciptakan perawat yang berkompetensi dalam pemberian asuhan keperawatan

3. Bagi Lahan Praktek

Sebagai masukan yang bermanfaat untuk meningkatkan asuhan keperawatan jiwa khususnya terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan

4. Masyarakat

Menjadi pengetahuan bagi masyarakat terutama pengetahuan tentang bagaimana strategi pelaksanaan untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan secara baik dan benar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Stuart (2013) mengemukakan bahwa perilaku merupakan setiap gerakan, tindakan, respon yang dapat dilihat dan diukur. Sedangkan kekerasan adalah dampak dari respon marah, takut, dan panik.

Resiko perilaku kekerasan adalah tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan karena emosi yang mudah terpancing dan sulit untuk di kendalikan, bahkan individu yang mengalami perilaku kekerasan tidak segan untuk melukai dirinya sendiri menggunakan senjata tajam. Perilaku kekerasan dapat dilihat dari wajah yang tegang dan memerah, tangan mengempal, rahang mengencang serta tangan yang tidak bisa diam (Malfasari et al., 2020).

Menurut NANDA (2016) resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang diluar kendali yang tidak bisa menahan amarahnya sehingga dapat mengancam diri sendiri, orang lain dan lingkungan, serta bisa dilakukan dengan cara lisan, fisik, tindakan seksual, dan emosional. Resiko perilaku kekerasan dapat dibagi menjadi 2 bagian yaitu resiko perilaku kekerasan yang berdampak pada diri sendiri dan resiko perilaku kekerasan yang berdampak pada orang lain (Sutejo, 2019).

Menurut Bernstein dan Saladino (dalam Sujarwo & PH, 2019) perilaku kekerasan merupakan suatu tindakan kekerasan berupa fisik atau verbal terhadap diri sendiri maupun orang lain yang menyebabkan terjadinya bahaya, kesakitan, dan penderitaan.

Menurut PPNI (2017) penyebab perilaku kekerasan sebagai berikut:

- a. Tidak bisa mengendalikan perasaan ingin marah
- b. Adanya stimulus di sebuah lingkungan
- c. Sering terjadi konflik interpersonal
- d. Status mental yang berubah
- e. Berhenti atau putus minum obat
- f. Penyalahgunaan zat atau alkohol yang berbahaya

4. Proses terjadinya masalah

Stuart (2013) menjelaskan bahwa faktor yang menyebabkan masalah resiko perilaku kekerasan meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

a) Teori dorongan naluri

Teori yang membuktikan bahwa perilaku kekerasan berawal dari stimulus kebutuhan dasar manusia yang kuat.

b) Teori psikomatik

Riwayat marah disebabkan oleh faktor psikologis dipengaruhi dorongan dari luar dan dalam. Sehingga sistem limbik merupakan bagian penting dalam pengungkapan rasa marah dan pengendalian rasa marah.

2) Faktor psikologis

a) Teori agresif frustrasi

Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh perasaan frustrasi. Kondisi ini terjadi jika seseorang mengalami kegagalan dan akhirnya tidak bisa mencapai tujuan yang diinginkan. frustrasi bisa menjadi stimulus bagi individu yang menimbulkan sikap agresif dan mudah tersinggung. Selain itu

perasaan frustrasi seseorang bisa berkurang dengan melakukan perilaku kekerasan.

b) Teori perilaku

Marah adalah bentuk dari metode belajar. Kejadian ini bisa terwujud apabila terdapat sarana dan keadaan yang mendukung. Segala bentuk penguatan yang diterima setelah melakukan kekerasan mengakibatkan terjadinya perilaku kekerasan pada diri sendiri dan orang lain.

c) Teori eksistensi

Kebutuhan manusia salah satunya adalah bertindak sesuai dengan perilaku yang dilakukan. Apabila perilaku konstruktif tidak terpenuhi akibatnya individu akan berpindah untuk melakukan perilaku yang merusak.

3) Faktor sosial budaya

a) Budaya yang diterapkan di masyarakat dengan memberikan sanksi saat terjadi pelanggaran norma dengan tujuan mengendalikan resiko perilaku kekerasan, akan tetapi dengan penerapan hukuman tersebut menjadikan individu memilih untuk melakukan perilaku maladaptif dan tidak mampu mengontrol marah secara sehat.

b) Norma budaya yang menerapkan dukungan dengan ekspresi asertif secara verbal mampu menjadikan individu mengontrol marah secara sehat.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi berkaitan dengan faktor-faktor yang menimbulkan perilaku kekerasan bagi manusia. Faktor ini dapat diakibatkan dari faktor eksternal maupun faktor internal. Faktor eksternal yaitu korban perilaku kekerasan, ditinggalkan orang terdekat, sedangkan faktor internal yaitu ditinggalkan oleh orang yang dicintai

seperti keluarga atau teman, terlalu takut dengan penyakit yang dialami, lingkungan yang kurang mendukung seperti deskriminasi, ejekan, dan perilaku kekerasan.

5. Manifestasi klinis

Menurut Keliat et al., (2015) tanda dan gejala seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan yaitu bermuka tegang dan memerah, menatap dengan pandangan tajam, rahang dikatupkan secara kuat, tangan dikepalkan, berjalan dengan mondar-mandir, berbicara kasar, berbicara dengan nada tinggi dan berteriak, melakukan ancaman dengan cara verbal dan fisik, melukai orang lain dengan melempar benda, merusak barang disekitar, dan tidak mampu mengendalikan rasa marah.

Menurut PPNI (2017) tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi:

- a. Subjektif
 - 1) Mengancam baik secara fisik maupun verbal
 - 2) Berbicara dengan kasar
 - 3) Bersuara keras dan nada tinggi
 - 4) Berbicara dengan nada yang ketus
- b. Objektif
 - 1) Menyerang orang di sekitar
 - 2) Meyakiti dan melukai diri sendiri dan orang lain
 - 3) Merusak lingkungan dengan membanting barang disekitar
 - 4) Mempunyai sikap agresif dan mudah mengamuk
 - 5) Memandang dengan tajam dan melotot
 - 6) Tangan mengepal dan menggenggam dengan erat
 - 7) Rahang yang mengencang
 - 8) Wajah tegang dan memerah
 - 9) Postur tubuh terlihat kaku

6. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Menurut Stuart (2013) obat farmakologis yang diberikan pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu:

1) Anti-ansietas dan obat penenang

Lorazepam merupakan obat darurat pada pasien jiwa yang melakukan perilaku agresif. Cara mengkonsumsi obat lorazepam dengan cara oral atau intramuskular, obat ini terbukti efektif untuk mengurangi sikap agresif. Selanjutnya obat yang digunakan untuk pasien resiko perilaku kekerasan adalah buspirone. Obat anti kecemasan yang efektif untuk mengurangi sikap agitasi dan agresif termasuk pada pasien dengan gangguan perkembangan, demensia, dan cedera kepala.

2) Pengatur alam perasaan

Carbamazepine adalah obat yang mengatur suasana hati dan terbukti mampu mengendalikan perasaan marah dan gelisah termasuk pada pasien demensia.

3) Antidepresan

Menghambat SSRI (*reuptake serotonin selektif tors*) dan mengurangi masalah resiko perilaku kekerasan terutama pada pasien stres setelah terjadi trauma.

4) Antipsikotik

Haloperidol yang dikombinasikan dengan lorazepam merupakan obat yang paling umum digunakan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan terbukti efektif mengurangi rasa marah dan memberikan ketenangan.

5) Obat lain

Naltrexone merupakan obat yang berfungsi untuk mengendalikan perilaku mencenderai diri sendiri. Sedangkan obat

lain yang biasa digunakan yaitu propranolol yang bekerja cepat mengendalikan sikap agresif pada anak-anak dan dewasa.

b. Penatalaksanaan keperawatan

Menurut Keliat (2019) dalam (Makhruzah et al., 2021) tindakan keperawatan dapat dilakukan menggunakan strategi pelaksanaan pasien dan keluarga sebagai berikut:

1) Strategi pelaksanaan pasien

- a) SP 1 pasien: Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur
- b) SP 2 pasien: Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara tepat dan teratur minum obat
- c) SP 3 pasien: Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara verbal
- d) SP 4 pasien : Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara pendekatan spiritual

2) Strategi pelaksanaan keluarga

- a) SP 1 keluarga: Mendiskusikan tentang permasalahan yang dialami keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien perilaku kekerasan
- b) SP 2 keluarga: Memberikan edukasi kepada keluarga meliputi definisi, manifestasi klinis, dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan
- c) SP 3: Memberikan kesempatan terhadap keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- d) SP 4: Menyusun rencana persiapan pulang

- e) Mendiskusikan kepada keluarga tentang manifestasi klinis, dampak, dan penyebab dari perilaku kekerasan
- f) Mendiskusikan kepada keluarga terkait perilaku agresif yang membayakan, seperti memukul atau melempar benda
- g) Melatih keluarga untuk memberikan perawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan
- h) Menyusun rencana persiapan pulang bersama keluarga

B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

1. Proses keperawatan

a. Pengkajian

Notoadmojo (dalam Martini, 2021) mengemukakan bahwa pengumpulan data dalam pengkajian keperawatan meliputi:

- 1) Melakukan wawancara dan anamnesis terhadap pasien, keluarga, dan perawat untuk mendapatkan data yang jelas dan akurat
- 2) Melakukan pengamatan secara langsung terhadap pasien mengenai permasalahan yang dihadapi oleh pasien
- 3) Melakukan penilaian fisik dengan melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki dan mengukur tanda-tanda vital
- 4) Penilaian status psikososial dan status mental
- 5) Mencari data sekunder dengan cara mengumpulkan data tentang status, catatan perkembangan harian dan rekam medis pasien.

b. Diagnosa keperawatan yang muncul

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah resiko perilaku kekerasan. Sedangkan menurut PPNI (2017) dalam

diagnosa keperawatan terdiri dari data subjektif dan objektif sebagai berikut:

1) Resiko perilaku kekerasan

Data subjektif:

- a) Berbicara dengan ketus dan mengancam
- b) Berbicara dengan nada tinggi dan kasar
- c) Mempunyai keinginan untuk mencederai

Data objektif:

- a) Wajah terlihat tegang
- b) Pandangan sangat tajam
- c) Mengatupkan rahang secara kuat
- d) Menggenggam tangan dengan erat serta mengepalkan tangan
- e) Berbicara dengan nada tinggi
- f) Berbicara dengan cara berteriak

c. Rencana tindakan keperawatan

Menurut Rochmawati et al., (2021) rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada masalah resiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah yaitu:

Diagnosa resiko perilaku kekerasan

Tujuan:

- 1) Pasien mampu memahami pemicu dari resiko perilaku kekerasan
- 2) Pasien mampu memahami manifestasi klinis dari resiko perilaku kekerasan
- 3) Pasien mampu menyebutkan ketegori perilaku kekerasan yang dilakukan

- 4) Keluarga mampu menceritakan dampak perilaku kekerasan yang dilakukan
- 5) Pasien mampu menjelaskan cara mengendalikan perilaku kekerasan
- 6) Pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara fisik (tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur), minum obat secara tepat dan teratur, cara verbal, dan spiritual
- 7) Keluarga mampu memahami masalah perilaku kekerasan dan mampu merawat pasien saat di rumah

Strategi pelaksanaan

a) Strategi pelaksanaan pasien

(1) SP 1 pasien: Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur

(a) Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat dan cara mengontrol perilaku kekerasan

(b) Melatih mengontrol perilaku kekerasan menggunakan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan cara fisik 2 yaitu pukul bantal

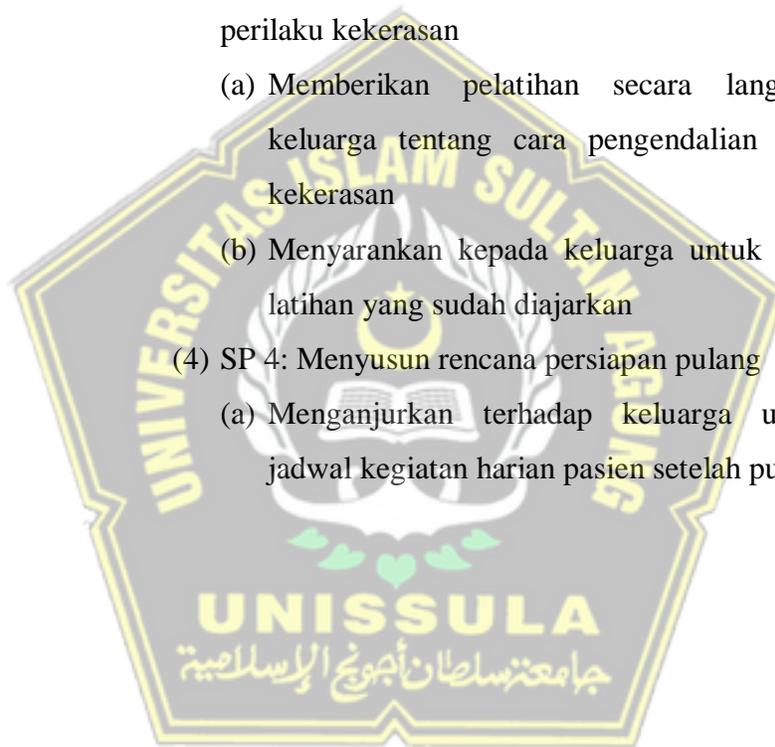
(c) Menulis kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian

(2) SP 2 pasien: Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara tepat dan teratur minum obat

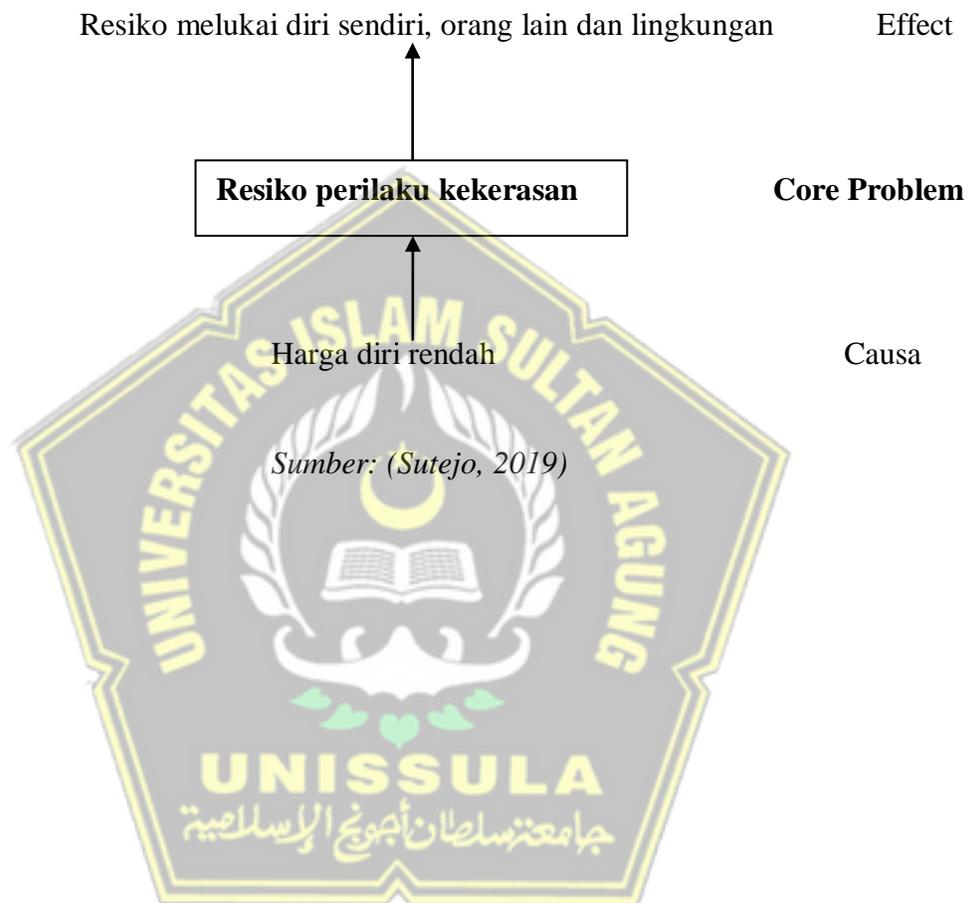
(a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian yang telah diberikan kepada pasien

- (b) Melatih dengan cara yang kedua yaitu minum obat secara tepat dan teratur
 - (c) Mencatat kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian
- (3) SP 3 pasien: Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara verbal
- (a) Mengevaluasi kemampuan melakukan kegiatan yang telah dicatat dalam jadwal kegiatan harian
 - (b) Melatih mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara verbal
 - (c) Mendokumentasikan kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian
- (4) SP 4 pasien : Latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara pendekatan spiritual
- (a) Mengevaluasi kegiatan yang sudah diberikan dalam jadwal kegiatan harian
 - (b) Melatih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan spiritual
 - (c) Mencatat kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian
- b) Strategi pelaksanaan keluarga
- (1) SP 1 keluarga: Mendiskusikan tentang permasalahan yang dialami keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien perilaku kekerasan
- (a) Mengidentifikasi permasalahan yang menjadi kendala saat melakukan perawatan pada pasien
 - (b) Memberikan penjelasan tentang bagaimana merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan

- (2) SP 2 keluarga: Memberikan edukasi kepada keluarga meliputi definisi, manifestasi klinis, dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan
- (a) Mendiskusikan tentang pengertian, manifestasi klinis, dan akibat dari resiko perilaku kekerasan
- (3) SP 3: Memberikan kesempatan terhadap keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- (a) Memberikan pelatihan secara langsung terhadap keluarga tentang cara pengendalian resiko perilaku kekerasan
 - (b) Menyarankan kepada keluarga untuk mempraktekkan latihan yang sudah diajarkan
- (4) SP 4: Menyusun rencana persiapan pulang
- (a) Mengajukan terhadap keluarga untuk membuat jadwal kegiatan harian pasien setelah pulang



2. Pohon masalah



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 7 Desember 2021 Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah ditemukan data pasien dengan nama Ny. S yang berusia 32 tahun, jenis kelamin perempuan dan beragama islam. Pasien bertempat tinggal di Desa Ringin Kidul, Gubug, Grobogan dan yang bertanggung jawab atas pasien adalah bapak tiri pasien.

1. Alasan masuk

Pasien mengatakan alasan di bawa ke RSJ oleh bapaknya karena sering marah-marah tanpa sebab, membanting barang, dan bahkan pernah membawa senjata tajam untuk melukai dirinya sendiri.

2. Faktor predisposisi

Pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dan pernah di bawa ke RSJ 4 kali pada tahun 2016 dan sekarang kembali di rawat lagi mulai tanggal 28 November 2021. Selama di rumah pasien mengatakan tidak rutin minum obat dan akhirnya terjadi kekambuhan pada pasien. Sebelumnya pasien pernah mengalami penganiayaan fisik yang dilakukan oleh suaminya, suaminya sering memarahinya dan memukulinya hampir setiap hari. Hal itu yang menjadi alasan pasien memilih pisah dengan suaminya. Pasien tidak mempunyai riwayat melakukan atau sebagai korban dari tindakan kriminal, penolakan, aniaya seksual, dan keluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit serius dan penyakit spikis seperti dirinya.

3. Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik ditemukan data meliputi TD: 129/93 mmHg, Nadi: 106, Respirasi: 20x/menit, Suhu: 36,6 °C, TB: 155 cm, BB: 52 Kg dan pasien tidak mengalami keluhan fisik

4. Psikososial

a. Genogram

Dari analisa genogram ditemukan data bahwa pasien merupakan anak ke 3 dari 3 bersaudara, kedua orang tua sudah tidak lengkap karena bapak dari pasien sudah meninggal kemudian ibunya menikah lagi dan sekarang pasien hidup bersama ibuk dan bapak tirinya. Sedangkan anak pasien hidup bersama mantan suaminya, kegiatan pasien setiap harinya yaitu membantu ibunya mengerjakan pekerjaan rumah tangga.

b. Konsep diri

Pasien senantiasa bersyukur dengan bentuk tubuhnya yang rapi dan bersih serta tidak pernah mengeluh dengan identitasnya sebagai perempuan, bagian tubuh yang disukai pasien adalah rambutnya dengan alasan rambutnya lembut dan halus. Dirumah pasien berperan sebagai seorang anak, harapan pasien yaitu bisa sembuh dan beraktivitas seperti biasa tetapi terkadang pasien takut jika tetangga mengejeknya setelah pulang nanti.

c. Hubungan sosial

Setelah dilakukan pengakajian pasien mengatakan orang yang paling berharga adalah ibunya karena telah melahirkan dan mengurusnya dari kecil, dalam kegiatan kelompok pasien termasuk orang yang aktif dengan mengikuti pengajian secara rutin dan pasien tidak mempunyai hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

d. Spiritual

Pasien mengatakan beragama islam dan termasuk orang yang taat dalam beragama dibuktikan dengan bisa membaca al-qur'an dan mampu menghafal beberapa surat pendek, serta rutin melaksanakan ibadah 5 waktu bahkan selama di RSJ pasien juga melaksanakan sholat.

e. Status mental

Pasien mengatakan bisa berdandan sendiri, pasien tampak rapi, mata bersih tidak ada secret, mulut tidak berbau, gigi bersih, kuku tidak panjang, serta menggunakan baju sesuai ukuran. Ketika di wawancarai pasien berbicara secara inkohern yaitu tidak sesuai dengan yang ditanyakan, terlihat tidak kooperatif, gelisah dan ngelantur. Pasien terkadang marah tanpa sebab dan menangis saat bercerita tentang mantan suaminya, tidak fokus serta sering berbicara sendiri. Pasien mengatakan tidak pernah mendengar, melihat, meraba, mengecap bahkan mencium sesuatu yang tidak jelas wujudnya. Pasien terkadang berbicara dengan cepat, tidak mampu merespon percakapan dngan baik, dan mengalami gangguan memori.

5. Kebutuhan persiapan pulang

Pasien mengatakan bisa makan , BAB/BAK , mandi, berpakaian dan berhias secara mandiri dengan bantuan minimal dari perawat, pasien mampu menjaga kebersihan diri secara mandiri seperti memotong kuku, mandi secara teratur. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur, tidur siang pukul 12.00-14.00 dan tidur malam pukul 19.00-02.00, untuk minum obat pasien bisa melakukan secara mandiri dan ketika merasa sakit pasien langsung berbicara kepada perawat. Saat dirumah kegiatan pasien hanyalah membantu ibunya memasak, membersihkan rumah, mencuci dan membantu

kakaknya di toko, untuk kegiatan diluar rumah pasien rutin mengikuti acara pengajian.

6. Mekanisme koping

Pasien mengatakan senang jika ada teman yang diajak berbicara dan pasien terkadang mampu mengendalikan emosinya dengan istighfar dan tarik nafas dalam serta pukul bantal tetapi jika suasana hati kacau pasien sering marah tanpa sebab, membanting barang dan hampir melukai dirinya sendiri.

7. Sumber daya

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang gejala dan penyakit jiwa yang sedang dideritanya. Pasien sering merasa gelisah dan marah-marah dengan keluarga termasuk ibunya, keluarga selalu memberi dukungan untuk kesembuhan penyakitnya, untuk penyakit fisik pasien mengatakan mengetahui tetapi untuk penyakit fisik yang serius pasien belum mengetahui, dan untuk tata cara 6 benar dalam minum obat pasien mengatakan belum memahami.

8. Aspek medik

Diagnosa medik yang ditegakkan terhadap pasien yaitu skizofrenia tak terinci dengan di berikan terapi farmakologis dozapine 2x25 ml, THP 2x2 ml, fluoxetin 1x20 ml.

B. ANALISA DATA

Dari hasil pengakajian yang dilakukan penulis pada tanggal 7 Desember 2021 ditemukan masalah resiko perilaku kekerasan dengan ditemukan data subjektif dan objektif sebagai berikut:

Data subjektif pasien mengatakan sudah pernah masuk rumah sakit jiwa sebanyak 4 kali pada tahun 2016, pasien mengatakan selama di rumah pasien tidak rutin minum obat, pasien mengatakan sering marah-marah, pasien

mengatakan mudah terpancing emosinya, pasien juga pernah membanting barang dirumahnya, bahkan pasien mengatakan pernah hampir melukai dirinya sendiri menggunakan senjata tajam. Pasien mengungkapkan bahwa dirinya pernah menjadi korban aniaya fisik oleh mantan suaminya. Untuk data objektif ditemukan data yaitu pasien terlihat sering melamun dengan tatapan kosong, tiba-tiba menangis, dan marah-marah dengan orang di sekitarnya. Data objektif yang lain yaitu pasien juga terlihat berbicara sendiri, berbicara dengan nada tinggi, wajah terlihat tegang, serta berbicara secara inkohern.

C. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Setelah dilakukan analisa data dengan data subjektif dan objektif ditemukan masalah keperawatan yaitu resiko perilaku kekerasan, langkah selanjutnya melakukan penyusunan rencana keperawatan dengan tujuan pasien mampu mengenali masalah resiko perilaku kekerasan, pasien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, minum obat secara tepat dan teratur, cara verbal, dan spiritual, pasien mampu mempraktekkan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan.

Untuk intervensi yang pertama yaitu latih pasien mengontrol perilaku kekerasan menggunakan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal (mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan melatih mengontrol perilaku kekerasan menggunakan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dan cara fisik 2 yaitu pukul bantal, menulis kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian).

Intervensi yang kedua yaitu latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara tepat dan teratur minum obat (mengevaluasi jadwal kegiatan harian yang telah diberikan kepada pasien, melatih dengan

cara yang kedua yaitu minum obat secara teratur dan tepat, mencatat kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian).

Intervensi ketiga yaitu latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara verbal (mengevaluasi kemampuan melakukan kegiatan yang telah dicatat dalam jadwal kegiatan harian, melatih mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara verbal atau berkata baik, mendokumentasikan kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian).

Intervensi keempat yaitu latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara pendekatan spiritual (mengevaluasi kegiatan yang sudah diberikan dijadwal harian, melatih mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara verbal, mencatat kegiatan kedalam jadwal kegiatan harian).

D. IMPLEMENTASI

Langkah selanjutnya yaitu penyusunan implementasi, untuk implementasi pertama dilakukan pada hari selasa 7 Desember 2021 ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan sering marah-marah tanpa sebab, pasien mengatakan mudah terpancing emosinya, pasien sering berbicara sendiri, pasien mengatakan pernah mengalami riwayat kekerasan, dan pasien mengatakan pernah hampir melukai dirinya sendiri menggunakan senjata tajam, sedangkan untuk data objektif ditemukan data yaitu pasien terlihat mengamuk, pasien tiba-tiba menangis, pasien terlihat mudah tersinggung dengan perkataan orang lain, pasien terlihat berbicara dengan nada tinggi, sedangkan untuk terapi keperawatan yang dilakukan adalah SPI yaitu latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur. Kemudian untuk rencana tindak lanjut yaitu dilakukan implementasi yang kedua dengan melatih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara minum obat

secara tepat dan teratur dan untuk planning perawat yang akan dilakukan adalah terapi menonton.

Pertemuan yang kedua yaitu pada tanggal 8 Desember 2021 dilakukan SP2 yaitu latih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara verbal, ditemukan data subektif yaitu pasien mengatakan rasa ingin marah sudah berkurang, pasien mengatakan sudah mempraktekkan mengontrol marah menggunakan tarik nafas dalam dan pukul bantal, pasien mengatakan lebih tenang setelah menceritakan perasaannya kepada perawat, pasien mengatakan untuk emosinya yang mudah terpancing sudah berkurang. Sedangkan untuk data objektif ditemukan data yaitu pasien terlihat lebih tenang, pasien terlihat sedang berbincang-bincang dengan temannya. Untuk rencana tindak lanjut yang akan dilakukan adalah mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan cara verbal dan planning perawata selain dari strategi pelaksanaan yaitu melakukan terapi aktivitas kelompok.

Pertemuan selanjutnya yaitu pada tanggal 9 Desember 2021 dilakukan tindakan keperawatan SP3 (latih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara verbal) ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah tenang, pasien mengatakan sudah bisa membedakan perilaku positif dan negatif, pasien mengatakan terkadang masih ingin marah jika ada yang mengganggu. Sedangkan data objektif ditemukan data yaitu pasien terlihat lebih ceria, pasien tampak mulai mempraktekan teknik mengontrol marah yang diberikan perawat. Untuk rencana tindak lanjut yaitu dilakukan cara yang keempat mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan pendekatan spiritual. Kemudian untuk planning perawat yaitu terapi aktivitas kelompok (TAK).

E. EVALUASI

Setelah dilakukan implementasi keperawatan maka tahap selanjutnya yaitu melakukan evaluasi yang dilakukan pada tanggal 7 Desember 2021 didapatkan

data subjektif yaitu Pasien mengatakan sudah memahami tentang masalah resiko perilaku kekerasan yaitu tentang tanda dan gejala, penyebab, dan akibat dari resiko perilaku kekerasan, pasien mengatakan sudah mengetahui cara mengatasi resiko perilaku kekerasan kemudian ditemukan data objektif yaitu pasien mampu melakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, pasien terlihat lebih rileks, dan pasien terlihat sudah tidak banyak melamun dan berbicara sendiri. Selanjutnya penulis melakukan perencanaan yaitu latih pasien melakukan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur 2x sehari pada pukul 09.00 dan pukul 11.30.

Untuk evaluasi selanjutnya dilakukan pada tanggal 8 Desember 2021 dengan didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan lebih tenang dan tidak mudah marah, pasien mengatakan mulai mempraktekkan cara minum obat secara tepat dan teratur sedangkan untuk data objektif yaitu pasien terlihat masih tidak fokus saat diajak bicara tetapi pasien terlihat lebih ceria dan tidak merenung. Untuk perencanaan yang dilakukan penulis yaitu Latih pasien mengendalikan rasa ingin marah dengan minum obat obat secara tepat dan teratur 3x sehari pada pukul 09.00, 12.00, dan 16.00.

Evaluasi hari ketiga dilakukan pada tanggal 9 Desember 2021 dengan ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan rasa ingin marah sudah berkurang, tetapi terkadang masih belum bisa mengontrol perasaan marah. Untuk data objektif didapatkan data yaitu Pasien terlihat masih belum fokus saat diajak bicara tetapi pasien terlihat lebih terbuka dengan orang lain, sedangkan perencanaan yang akan dilakukan penulis yaitu Latih pasien mengendalikan rasa marah dengan melakukan cara verbal 2x sehari pada pukul 09.00 dan pukul 11.30.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang asuhan keperawatan pada Ny. S dengan masalah resiko perilaku kekerasan Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Penulis melakukan keloan kasus pada Ny. S secara runtut dan sistematis selama 3 hari. Melaksanakan asuhan keperawatan secara sistematis adalah melakukan pengkajian terhadap klien melalui wawancara dan observasi, menentukan masalah keperawatan yang muncul, menentukan intervensi atau rencana keperawatan yang akan diberikan terhadap klien, melakukan implementasi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya, dan melakukan evaluasi perkembangan terhadap klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dengan cara mengumpulkan data untuk memecahkan suatu permasalahan (Putri & Puji, 2021).

Dalam pengkajian keperawatan terkait masalah resiko perilaku kekerasan terdapat faktor presdiposisi dan faktor presipitasi yang perlu di kaji. Penulis melakukan pengkajian secara langsung terhadap pasien melalui wawancara dan observasi. Saat melakukan kontrak tempat wawancara klien memilih untuk melakukan wawancara dan observasi di bangsal Ruang 3 Citro Anggodo , alasan klien memilih melakukan wawancara di bangsal karena merasa lebih tenang daripada di ruang makan yang terdapat banyak orang. Hasil dari pengkajian Di Ruang 3 Citro Anggodo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah

pada tanggal 7 Desember 2021 ditemukan data yaitu pasien dengan nama Ny. S berusia 32 tahun, jenis kelamin perempuan dan beragama islam. Pasien bertempat tinggal di Desa Ringin Kidul, Gubug, Grobogan.

Menurut Stuart (2013) faktor predisposisi yang menjadi penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan pada klien adalah faktor agresif frustrasi karena klien merasa gagal dalam membina hubungan rumah tangga dengan suaminya dan akhirnya berujung pada perceraian. Sedangkan faktor presipitasi yang sedang dialami klien merupakan faktor eksternal karena mengalami aniaya fisik oleh keluarga sendiri yaitu suaminya kemudian berujung pada perceraian sehingga ditinggalkan dan tidak satu rumah lagi.

. Marah dapat terjadi karena seseorang merasa dirinya terancam. Sebuah ancaman bersifat eksternal dan internal. Sifat eksternal seperti mengalami serangan fisik, kehilangan dalam sebuah hubungan, dan kritikan dari orang lain. Sedangkan sifat internal seperti adanya permasalahan dalam pekerjaan, ditinggalkan orang tercinta, ketakutan terhadap penyakit fisik (Stuart, 2013).

Saat penulis melakukan wawancara dan observasi secara langsung klien terlihat tegang, berbicara dengan nada tinggi, berbicara sendiri, mudah tersinggung, mudah marah dan berbicara secara inkohern.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya resiko perilaku kekerasan tersebut sesuai dengan teori Stuart (2013) yang telah dijelaskan pada tinjauan pustaka bahwa proses terjadinya masalah resiko perilaku kekerasan di pengaruhi oleh faktor presdiposisi dan faktor presipitasi. Dalam pengkajian faktor presdiposisi terdiri dari faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya. Sedangkan faktor presipitasi terdiri dari faktor internal dan eksternal.

Dalam pengkajian status mental klien terlihat berpenampilan rapi dan bersih. Saat diajak berbicara klien kurang kooperatif dan berbicara secara inkohern, pasien mengatakan merasa ingin marah, ingin berteriak, berbicara cepat dan mudah beralih gagasan, pasien sulit untuk berkonsentrasi, kontak mata menghindar, dan sering berbicara sendiri.

Faktor yang menjadi penghambat bagi penulis dalam melakukan pengkajian adalah kurangnya kelengkapan data dari keluarga karena penulis tidak bisa secara langsung bertemu dengan keluarga pasien. Untuk menghadapi hambatan dalam pengumpulan data tersebut penulis melakukan kerja sama dengan perawat yang ada diruangan, mencari data klien di RM (*Medical Record*), dan melakukan pengkajian secara langsung terhadap klien dengan menggunakan komunikasi terapeutik agar klien merasa nyaman dan penulis mendapatkan data klien secara lengkap.

B. DIAGNOSA

Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan adalah proses keperawatan yang termasuk bagian dari penilaian klinis tentang pengalaman atau tanggapan individu, keluarga, serta masyarakat terhadap permasalahan kesehatan secara actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan merupakan bagian penting untuk menentukan asuhan keperawatan dan membantu dalam pemenuhan kesehatan klien secara maksimal.

Setelah dilakukan wawancara dan observasi terhadap klien penulis menentukan diagnosa yang diangkat adalah resiko perilaku kekerasan dengan ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan sering marah-marah, pasien mengatakan mudah terpancing emosinya, pasien pernah membanting barang dirumahnya, pasien mengatakan pernah

hampir melukai dirinya sendiri menggunakan senjata tajam. Sedangkan untuk data objektif ditemukan data yaitu pasien terlihat sering melamun dengan tatapan kosong, tiba-tiba menangis, marah-marah dengan orang di sekitarnya, pasien terlihat berbicara sendiri, berbicara dengan nada tinggi, wajah terlihat tegang, serta berbicara secara inkohern.

Penulis mengambil diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan karena mempunyai data subjektif dan objektif yang kuat sehingga layak untuk ditegakkan sebagai diagnosa. Sesuai teori yang telah di jelaskan oleh Keliat et al., (2015) bahwa tanda orang yang mengalami resiko perilaku kekerasan adalah bermuka tegang dan memerah, melihat dengan pandangan tajam, rahang dikatupkan dengan kuat, tangan dikepalkan, berjalan dengan mondarr-mandir, berbicara dengan kasar, berbicara dengan nada tinggi dan berteriak, melakukan ancaman dengan cara verbal dan fisik, melukai orang lain dengan melempar barang, merusak barang dan benda disekitar, tidak mampu mengendalikan rasa marah.

C. INTERVENSI

Intervensi adalah pernyataan tertulis yang menggambarkan secara akurat rencana tindakan yang akan dilakukan pada pasien sesuai tingkat kebutuhan dan diagnosa keperawatan yang muncul. Tahap intervensi juga merupakan proses mempersiapkan berbagai intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah dan mengurangi masalah pada klien (Supratti & Ashriady, 2018).

Penulis melakukan rencana keperawatan terhadap klien dengan menggunakan strategi pelaksanaan. Sedangkan yang di maksud dengan strategi pelaksaan (SP) adalah suatu panduan yang digunakan

oleh perawat apabila berinteraksi secara langsung dengan pasien. Dengan menggunakan strategi pelaksanaan perawat mampu membantu klien dalam mengetahui etiologi, manifestasi klinis, dan teknik yang dilakukan untuk mengendalikan resiko perilaku kekerasan. Dalam penerapan strategi pelaksanaan diperlukan perawat yang mempunyai kemampuan berkomunikasi dengan baik sehingga mempermudah dalam mendapatkan tujuan merubah sikap pasien dari destruktif menjadi konstruktif (Anggraini & Gyatri, 2021).

Tujuan yang diharapkan pada Ny. S yaitu pasien mampu mengenali masalah resiko perilaku kekerasan, pasien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, minum obat secara tepat dan teratur, cara verbal, dan spiritual, pasien mampu mempraktekkan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan.

Strategi pelaksanaan yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan adalah 4SP pasien.

SP 1: membina hubungan saling percaya, melakukan komunikasi secara terapeutik terhadap klien untuk mempermudah klien mengungkapkan perasaan yang dirasakan, setelah klien bercerita tentang permasalahan yang di rasakan perawat memberikan penjelasan terkait tentang penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari resiko perilaku kekerasan. Kemudian perawat juga memberikan cara untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan menggunakan tarik nafas dalam dan pukul bantal. Untuk latihan tarik nafas dalam caranya adalah tarik nafas dari hidung kemudian dikeluarkan melalui mulut, latihan ini bisa dilakukan sebanyak 3 kali, apabila perasaan ingin marah masih belum bisa terkendali kemudian lampiaskan rasa ingin marah dengan cara pukul bantal dengan keras sambil memejamkan mata. Klien bisa

memasukkan kegiatan yang dilakukan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian.

SP 2: mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah di buat yaitu latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, kemudian melatih pasien menendalkan resiko perilaku kekerasan menggunakan teknik yang kedua yaitu minum obat tepat dan teratur. Perawat menjelaskan tentang prinsip 8 benar minum obat yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar informasi, benar respon, benar dokumentasi. Kemudian perawatan menganjurkan kepada pasien untuk memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3: mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diajarkan sebelumnya, Setelah melakukan evaluasi perawat memberikan latihan cara verbal yaitu bertanya, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Setelah selesai melakukan latihan klien harus ingat untuk memasukkan kegiatan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian.

SP 4: mengevaluasi latihan yang sudah diberikan sebelumnya, kemudian latih pasien melakukan cara selanjutnya yaitu melakukan cara spiritual dengan cara lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta dengan berbagai cara seperti sholat, berdzikir, membaca al-qur'an. Setelah selesai berlatih klien dianjurkan untuk memasukkan kegiatan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian. Yang menjadi hambatan saat melakukan intervensi yaitu penulis tidak menerapkan SP 4 dengan alasan keterbatasan waktu karena selain memberikan intervensi keperawatan penulis juga membantu kegiatan yang ada di rumah sakit jiwa seperti menyiapkan makanan, mengukur tanda-tanda vital, mengantar pasien melakukan terapi, mengambil resep obat di farmasi, dan mengawasi pasien saat olahraga pagi.

SP 1 keluarga: Mengidentifikasi permasalahan yang menjadi kendala saat melakukan perawatan pada pasien, kemudian memberikan penjelasan tentang bagaimana merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan

SP 2 keluarga: Mendiskusikan tentang pengertian, manifestasi klinis, dan akibat dari resiko perilaku kekerasan

SP 3: Memberikan pelatihan secara langsung terhadap keluarga tentang cara pengendalian resiko perilaku kekerasan, kemudian menyarankan kepada keluarga untuk mempraktekkan latihan yang sudah diajarkan

SP 4: Mengajukan terhadap keluarga untuk membuat jadwal kegiatan harian pasien setelah pulang

Hambatan dalam intervensi SP keluarga yaitu penulis tidak melakukannya dengan alasan sangat sulit untuk bertemu keluarga secara langsung karena pasien yang rumahnya jauh dan jarang dijenguk keluarga.

D. IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat dengan tujuan membantu klien dalam menghadapi problem kesehatan yang di alami untuk mencapai kesehatan yang lebih baik dan sesuai dengan kriteria hasil (Nevi & Nurul, 2018).

Implementasi yang pertama dilakukan penulis adalah melatih pasien mengendalikan perilaku kekerasan menggunakan tarik nafas dalam dan pukul bantal. Untuk langkah yang pertama yaitu membina hubungan saling percaya. Harapannya setelah terciptanya hubungan saling percaya antara pasien dan perawat akan mempermudah pasien dalam mengungkapkan perasaannya cara yang digunakan perawat untuk menumbuhkan sikap saling percaya antara lain mengucapkan

salam dan menyapa pasien dengan senyuman, menanyakan kabar pasien dan menanyakan nama pasien. Membangun hubungan saling percaya adalah meningkatkan rasa saling percaya antara pasien dan perawat, mempermudah dalam melakukan interaksi, sehingga perawat dengan mudah membantu pasien menyelesaikan masalah. Perawat mempunyai peran penting dalam menciptakan hubungan kepercayaan dengan pasien. Perawat harus meyakinkan pasien bahwa seorang perawat adalah teman sekaligus partner yang dapat membantu permasalahan pasien (Putri & Puji, 2021).

Kemudian penulis memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan permasalahan yang sedang dirasakan tentang tanda dan gejala, penyebab, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan klien. Setelah klien mulai bercerita secara perlahan-lahan penulis mencoba mendengarkan dengan seksama. Kemudian penulis menjelaskan tentang tanda dan gejala, penyebab, dan akibat dari marah, menjelaskan cara mengelola marah dengan baik.

Menurut albaqi (Putri & Puji, 2021) marah adalah emosi alami yang bisa dialami seseorang dalam beberapa kasus, tetapi masalahnya muncul ketika seseorang tidak mengetahui bagaimana mengelola marah dengan baik seperti mengungkapkan dengan cara yang tidak tepat, melukai orang lain, dan membuat pengalaman buruk.

Selanjutnya penulis mengajarkan klien bagaimana cara tarik nafas dalam dan pukul bantal, kemudian penulis menganjurkan klien untuk mempraktekan kembali apa yang sudah di ajarkan. Untuk teknik dari tarik nafas dalam yaitu tarik nafas dari hidung kemudian di keluarkan melalui mulut, latihan ini bisa di lakukan sebanyak 3 kali dan apabila klien belum bisa menahan amarahnya maka dilanjutkan dengan melakukan latihan pukul bantal yaitu melampiaskan rasa marah dengan memukul bantal dengan mata terpejam. Dalam teknik nafas

dalam ketika klien menghembuskan nafas perlu diberikan sugesti secara otomatis. Intruksikan klien saat membuang nafas dan merasakan semua emosi ikut terbuang bersamaan dengan terbuangnya nafas. Kemudian untuk cara memukul bantal dijelaskan bahwa saat melakukan pukul bantal klien melampiaskan semua energi kemarahannya sampai merasa lega dan energi habis sehingga klien tidak akan marah pada orang lain dan lingkungan (Rizki & Wardani, 2020).

Menurut Anggraini & Gyatri (2021) dijelaskan bahwa saat seseorang melakukan tarik nafas dalam maka oksigen yang didapatkan masuk ke dalam organ paru-paru kemudian setelah sampai pada paru-paru oksigen di bawa oleh darah menuju otak sehingga produksi oksigen di otak meningkat dan badan menjadi lebih rileks karena kembalinya keseimbangan emosional dan mental.

Setelah mengajari pasien cara mengendalikan marah menggunakan cara fisik kemudian menganjurkan kepada klien untuk mencatat kegiatan yang sudah di lakukan ke dalam jadwal kegiatan harian dan penulis memberikan penguatan positif kepada klien atas latihan yang sudah di lakukan. Menurut Masruro dan Devi (dalam Putri & Puji, 2021) penguatan adalah suatu dorongan untuk meningkatkan perilaku positif, memberi penguatan sekecil apapun bisa membuat pasien lebih percaya diri dan merasa dihargai. Tidak hanya memberi penguatan dalam bentuk materi tetapi bisa dengan hal yang lainnya seperti pujian, hadiah, atau melakukan suatu hal positif yang disukai oleh klien.

Dalam melakukan terapi atau tindakan keperawatan yang pertama penulis mengalami kesulitan karena klien masih kurang fokus saat diajak bicara, klien tegang dan mudah terpancing emosinya. Untuk mengatasi hal tersebut penulis mencoba membuat klien untuk

berkonsentrasi dan mengajak klien berbicara dengan senyaman mungkin dan membina hubungan terapeutik.

Menurut Stuart (2012) hubungan terapeutik adalah hubungan baik antara pasien dan perawat untuk menciptakan sikap saling percaya dan ketergantungan sehingga meningkatkan perubahan baik pada perilaku pasien.

Hubungan terapeutik di tandai dengan sikap saling terbuka, bertukar pengalaman, dan sikap saling percaya. Dalam hal ini komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara untuk meningkatkan hubungan baik antara perawat dan klien, sehingga klien mampu mengungkapkan perasaannya dan mampu mengontrol perasaan marah (Putri et al., 2018).

Implementasi yang kedua yaitu melatih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara tepat dan teratur minum obat. Yang pertama dilakukan yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian tentang kegiatan yang sebelumnya sudah diajarkan untuk mengetahui apakah klien sudah mempraktekan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal secara baik dan benar.

Setelah mengevaluasi kegiatan sebelumnya penulis mengajarkan klien tentang latihan minum obat secara tepat dan teratur. Dalam kepatuhan minum obat perawat memberikan arahan kepada klien dengan menganjurkan klien untuk tetap rutin minum obat dan tidak boleh putus minum obat. Kemudian perawat menjelaskan tentang prinsip 8 benar minum obat yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar rute, benar informasi, benar respon, benar dokumentasi. Obat merupakan terapi farmakologis yang efektif untuk mengendalikan emosi karena salah satu obat ada yang memiliki efek sedatif saat mengkonsumsinya (Putri & Puji, 2021).

Kemudian selanjutnya penulis menganjurkan klien untuk memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan ke dalam jadwal kegiatan harian, dengan tujuan klien bisa mempraktekan secara mandiri dan klien mampu mengendalikan rasa marah menggunakan teknik yang sudah diajarkan.

Untuk melakukan implementasi keperawatan yang kedua penulis tidak mengalami hambatan karena klien selama di rumah sakit sudah mulai rutin minum obat dengan arahan dan dukungan dari perawat. Dibuktikan dengan klien mampu menyebutkan 3 prinsip benar dalam pemberian obat yaitu cara, waktu, dan obat. Saat pertemuan kedua klien tampak lebih kooperatif dan mudah untuk diberi arahan.

Implementasi hari terakhir yaitu melatih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara verbal. Sebelum melakukan latihan penulis mengevaluasi kembali kegiatan yang sudah dicatat dalam jadwal kegiatan harian. Dan hasilnya klien sudah mampu mempraktekan semua terapi yang telah diberikan dengan baik dan benar. Kemudian penulis memberikan terapi yang ketiga yaitu cara verbal. Yang dimaksud dengan cara verbal adalah berkomunikasi dengan cara asertif saat bertanya, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Dalam latihan cara verbal klien berlatih untuk meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan nada rendah dan halus sehingga tidak melukai orang lain (Rizki & Wardani, 2020). Saat melakukan latihan cara verbal klien cukup mengalami kesulitan dalam menyusun kalimat asertif tetapi klien berusaha untuk mencoba dan meminta bantuan perawat untuk membimbingnya akhirnya klien bisa berkomunikasi dengan asertif meskipun masih berbelit-belit dalam pelafalannya.

Selanjutnya penulis menganjurkan klien untuk memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

Saat melakukan implementasi ketiga klien mengalami sedikit hambatan karena klien terkadang belum bisa mengendalikan emosinya dibuktikan dengan berbicara dengan nada tinggi. Yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah tersebut dengan memberikan kesempatan klien untuk diam sejenak. Setelah suasana sudah tenang penulis mengajarkan klien untuk melakukan tarik nafas dalam secara perlahan dengan membayangkan emosi yang dirasakan dihembuskan bersamaan dengan membuang nafas.

Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hambatan penulis adalah tidak melakukan implementasi SP 4 pasien dan SP keluarga karena keterbatasan waktu dan sulit untuk berinteraksi langsung dengan keluarga sehingga penulis hanya melakukan implementasi terhadap klien dengan secara langsung.

E. EVALUASI

Evaluasi keperawatan adalah melakukan evaluasi terkait rencana keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya dan dilakukan secara sistematis dengan melibatkan berbagai pihak yaitu pasien dan tenaga medis. Evaluasi keperawatan merupakan tingkat akhir dalam proses asuhan keperawatan untuk mengetahui implementasi keperawatan yang telah di laksanakan apakah sudah mencapai tujuan atau masih perlu menggunakan pendekatan yang lainnya (Nevi & Nurul, 2018).

Evaluasi yang pertama dilakukan pada tanggal 7 Desember 2021 dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah memahami tentang masalah resiko perilaku kekerasan dan sudah mengetahui cara mengatasi resiko perilaku kekerasan, sedangkan data objektifnya ditemukan data pasien terlihat mampu melakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, pasien terlihat lebih rileks dan

tidak banyak melamun serta berbicara sendiri. Kemudian hasil assessment yaitu RPK(+), dan planning yang direncanakan adalah melatih pasien melakukan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur 2x sehari pada pukul 09.00 dan pukul 11.30.

Evaluasi hari selanjutnya yaitu tanggal 8 Desember 2021 dengan data subjektif meliputi pasien mengatakan lebih tenang dan tidak mudah marah dan mulai mempraktekkan cara minum obat secara tepat dan teratur, kemudian data objektif yang di dapat yaitu pasien terlihat masih tidak fokus saat diajak bicara tetapi pasien terlihat lebih ceria dan tidak merenung. Assesmen yang didapatkan adalah resiko perilaku kekerasan masih ada, selanjutnya planning yang akan di lakukan yaitu melatih pasien mengendalikan rasa ingin marah dengan minum obat secara tepat dan teratur 3x sehari pada pukul 09.00, 12.00, dan 16.00.

Evaluasi hari terakhir tanggal 9 Desember 2021 dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan rasa ingin marah sudah berkurang, pasien mengatakan terkadang masih belum bisa mengontrol perasaan marah. Kemudian data objektif yang ditemukan adalah pasien terlihat masih belum fokus saat diajak bicara tetapi pasien terlihat lebih terbuka dengan orang lain. Assessment yang ditemukan RPK(+), untuk planning selanjutnya adalah melatih pasien mengendalikan rasa marah dengan melakukan cara verbal 2x sehari pada pukul 09.00 dan pukul 11.30.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Dari hasil wawancara dan observasi terhadap Ny. S ditemukan data subjektif dan objektif. Melalui data subjektif ditemukan data yaitu pasien mengatakan sering marah-marrah, mudah terpancing emosinya, pernah membanting barang dirumahnya, hampir melukai dirinya sendiri menggunakan senjata tajam, dan pernah menjadi korban aniaya fisik oleh mantan suaminya. Untuk data objektif ditemukan data yaitu pasien terlihat sering melamun dengan tatapan kosong, tiba-tiba menangis, dan marah-marrah dengan orang di sekitarnya, pasien terlihat berbicara sendiri , berbicara dengan nada tinggi, wajah terlihat tegang, serta berbicara secara inkohern.
2. Hasil dari pengumpulan data yang telah dilakukan terhadap Ny. S oleh penulis maka ditegakkan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan
3. Setelah dilakukan pengakajian dan penegakan diagnosa maka langkah selanjutnya yaitu membuat rencana keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan 4SP pasien dengan tujuan pasien mampu mengenali dan memahami tentang masalah resiko perilaku kekerasan, pasien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan strategi pelaksanaan yang telah diberikan, dan pasien mampu mempraktekan secara mandiri strategi pelaksanaan yang telah diberikan
4. Dalam mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan perlu dilakukan tindakan keperawatan menggunakan SP 1 pasien melatih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, SP 2 pasien melatih pasien mnegndalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara minum obat

secara tepat dan teratur, SP 3 pasien melatih pasien mengendalikan resiko perilaku kekerasan menggunakan cara verbal.

5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan penulis mengevaluasi kembali perkembangan masalah resiko perilaku kekerasan pada Ny. S dan ditemukan hasil bahwa resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis dapat memberikan beberapa saran yaitu:

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan mahasiswa mendapatkan bimbingan dari institusi pendidikan secara efektif terutama bagi peminat keperawatan jiwa, sehingga mampu untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa secara optimal

2. Bagi profesi keperawatan

Perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara tepat dan mampu meningkatkan komunikasi terapeutik dengan klien untuk membangun sikap saling percaya dan membantu dalam proses pemulihan klien

3. Bagi keluarga pasien

Diharapkan saat pasien masih dirawat ataupun sudah di rumah keluarga tetap memberikan dukungan terhadap pasien dan merawat pasien dengan penuh kesabaran agar mempermudah dalam proses penyembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, & Gyatri. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan 1 Pada Klien Perilaku Kekerasan Terhadap Mengontrol Marah. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 11(22), 53–60. <https://doi.org/10.52047/jkp.v11i22.113>
- Arsyad Subu, M., Waluyo, I., Edwin, A. N., Priscilla, V., Aprina, T., & Tinggi Ilmu Kesehatan Binawan Jakarta, S. (2017). Stigma, Stigmatisasi, Perilaku Kekerasan dan Ketakutan diantara Orang engan Gangguan Jiwa d (ODGJ) di Indonesia: Penelitian Constructivist Grounded theory Stigma, Stigmatization, Violence and Fear among People with Mental Illness (PWMI) in Indonesia: A St. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, Vol. 30(1), 53–69.
- Hasannah, S. U., & Solikhah, M. M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Keliat, B. A., Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, H. (2015). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Koumintas: CMHN (basic course)*. EGC.
- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Martini, S. (2021). Manajemen Pengendalian Marah Melalui Latihan Asertif Klien Skizofrenia Dengan Masalah Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(November), 17–23.
- Nevi, K., & Nurul, M. (2018). ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN. M DENGAN GANGGUAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT GUNUNG JATI CIREBON. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local.*, 1(69), 5–24.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Prasetya, A. S. (2018). Efektifitas Jadwal Aktivitas Sehari-Hari Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku kekerasan. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, VI(1), 18–29.

- Putri, L. S., & Puji, A. A. (2021). *Gambaran Pengelolaan Risiko Perilaku Kekerasan pada Penyandang Disabilitas Mental di Desa Sidoarum*. 10(2), 71–76.
- Putri, V. S., N, R. M., & Fitrianti, S. (2018). Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 7(2), 138. <https://doi.org/10.36565/jab.v7i2.77>
- Rizki, D. D. G., & Wardani, I. Y. (2020). Penurunan perilaku kekerasan pasien skizofrenia melalui praktik klinik online di masa pandemi covid-19. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(4), 369–382.
- Rochmawati, D. H., Setyowati, W. E., Febriana, B., & Susanto, W. (2021). *Buku Panduan Praktik Keperawatan Jiwa*. faculty of nursing, Islam Sultan Agung.
- Salamah, S., & Nyumirah, S. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Tn . T Dengan Resiko Perilaku Kekerasan hanya dari bentuk penyimpangan perilaku*. 59–69.
- Stuart, G. W. (2012). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (5th ed.). EGC.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*.
- Sujarwo, S., & PH, L. (2019). Studi Fenomenologi : Strategi Pelaksanaan Yang Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Pasien Di Ruang Rawat Inap Laki Laki. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 29. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.29-35>
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Wardana, G. H., Kio, A. L., & Arimbawa, A. A. G. R. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan Relation of Family Support to Client's Recurrence Rate with Risk of Violent Behavior. *E-Journal.Poltekkesjogja.Ac.Id*, 9(1), 69–72. <https://doi.org/10.29238/caring.v9i1.592>
- Yusuf, A., Fitryasari, R. P., & Nihayati, H. E. (2015). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA*. Salemba Medika.