

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.N DENGAN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG 7 HUDOWO  
RSJD DR.AMINO GONDOHUTOMO  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah  
Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya



Disusun Oleh :

**Dhesyana Affianti**  
**40902000020**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.N DENGAN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG 7 HUDOWO  
RSJD DR.AMINO GONDOHUTOMO  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Dhesyana Affianti**

**40902000020**

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

**2023**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, 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 TN.N DENGAN RISIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG 7 HUDOWO  
RSJD DRAMINO GONDHUTOMO SEMARANG**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**Nama : Dhesyana Affianti**

**NIM : 20902000020**

Telah disetujui untuk dipertahankan Tim Penguji Karya Ilmiah Akhir  
Prodi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula

Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 22 Mei 2023

Pembimbing



Ns. Betie Febriana, S.Kep., M.Kep.  
NIDN. 0623028802

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji I

Ns. Wigyo Susanto, M.Kep

NIDN : 06-2907-8303



Penguji II

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

NIDN : 06-1408-7702



Penguji III

Ns. Betie Febriana, M.Kep

NIDN : 06-2302-8802



Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
  
Iwan Ardian, SKM., M.Kep  
NIDN. 0622087403

## MOTTO

Jangan berhenti berupaya ketika menemui kegagalan.

Karena kegagalan adalah cara Tuhan mengajari kita tentang arti kesungguhan.  
Sukses berarti melakukan yang terbaik yang kita bisa dengan apa yang kita miliki.

Bukan dengan menginginkan apa yang orang lain miliki.

Mereka yang sukses bukan mereka yang memiliki segalanya.

Tapi mereka yang tak pernah mengeluh dan selalu mensyukuri yang telah dimiliki.



## HALAMAN PENGANTAR



Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.N dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang 7 Hudowo RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang” dengan baik dan lancar tanpa ada suatu kendala yang berarti. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya. Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit untuk menyelesaikan proposal ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat:

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 kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Bettie Febriana, M.Kep dosen pembimbing yang bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan nasehat yang berharga dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Segenap dosen pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu, pengetahuan serta fasilitas selama saya menjadi mahasiswa di Fakultas Ilmu Keperawatan
6. Kepada kedua orang tua saya, bapak Sudarno dan ibu Puji Astuti serta paman Yanto yang selalu memberi restu, motivasi, dan doa hingga penulisan karya tulis ilmiah ini berjalan dengan lancar.
7. Diri saya sendiri, yang telah mampu kooperatif dalam mengerjakan karya

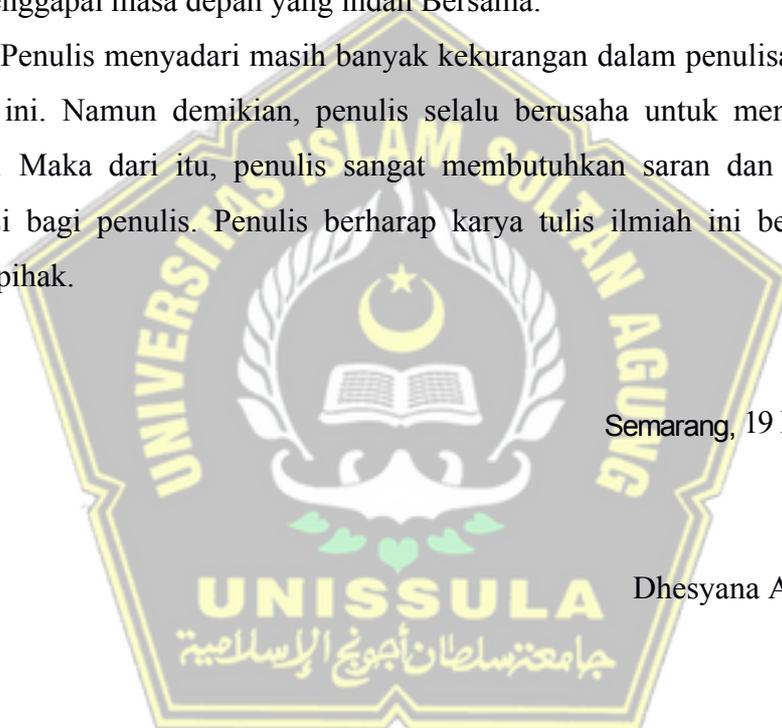
tulis ilmiah. Terimakasih karena selalu berpikir positif ketika keadaan sempat tidak berpihak, selalu berusaha mempercayai diri sendiri, terimakasih untuk tidak menyerah walau seringkali merasa kalah dan terimakasih sudah berhasil sampai di titik ini.

8. Kepada Muhammad Khoirul Minan yang selalu memberikan semangat serta dukungan hingga penulisan karya tulis ilmiah ini berjalan dengan lancar.
9. Kepada teman-teman satu angkatan dan teman-teman DIII Keperawatan yang telah bersama berjuang selama kurang lebih 3 tahun Bersama untuk menggapai masa depan yang indah Bersama.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Namun demikian, penulis selalu berusaha untuk memberikan yang terbaik. Maka dari itu, penulis sangat membutuhkan saran dan kritik sebagai evaluasi bagi penulis. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak.

Semarang, 19 Mei 2023

Dhesyana Affianti



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
MOTTO.....	v
HALAMAN PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	2
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II TINJAUAN TEORI.....	4
A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan.....	4
1. Pengertian.....	4
2. Rentang Respon.....	4
3. Etiologi.....	6
4. Patofisiologi/ proses terjadinya masalah.....	7
5. Manifestasi Klinis.....	8
6. Penatalaksanaan.....	9
B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa.....	9
1. Proses Keperawatan.....	9
2. Pohon Masalah.....	13
BAB III RESUME KASUS.....	14
A. Identitas Pasien.....	14
B. Faktor Presdiposisi.....	14
C. Fisik.....	14
D. Faktor kesehatan fungsional.....	15
E. Faktor Presipitasi (Stimulasi Perkembangan).....	15
F. Penilaian terhadap stresor.....	15

G. Sumber koping kemampuan personal.....	16
H. Kebiasaan koping yang digunakan.....	16
I. Analisa Data.....	17
J. Pohon Masalah.....	17
K. Rencana Tindakan Keperawatan.....	17
L. Implementasi.....	19
M. Evaluasi.....	20
BAB IV PEMBAHASAN.....	23
A. Pengkajian Keperawatan.....	23
B. Diagnosa Keperawatan.....	25
C. Rencana Tindakan Keperawatan.....	27
D. Implementasi Keperawatan.....	28
E. Evaluasi Keperawatan.....	32
BAB V PENUTUP.....	35
A. Kesimpulan.....	35
B. Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA.....	37
LAMPIRAN.....	39



## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1. Perbandingan perilaku pasif, asertif, agresif .....	5
---	---



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Rentang Respon (Stuard).....	4
Gambar 2.2.	Pohon masalah.....	13
Gambar 3.1.	Pohon masalah.....	17



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Asuhan Keperawatan.....	40
Lampiran 2.	Form Bimbingan Karya Tulis Ilmiah.....	60



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh pasien yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan (Madhani, 2020). Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju, modern, industri, dan termasuk Indonesia (Malfasari et al., 2020). Gangguan jiwa dapat dibedakan menjadi dua yaitu gangguan mental emosional dan gangguan jiwa berat (Sasongko, 2020).

Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, RPK, dan perilaku aneh atau katatonik (Aristha, 2020). Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi dan menunjukkan emosi dan gaduh gelisah (Siauta et al., 2020).

Prevalensi penderita skizofrenia bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Di Indonesia, prevalensi penderita skizofrenia mencapai 0,3 sampai 1% dan biasanya mulai tampak pada usia 18 sampai 45 tahun. Jika jumlah penduduk yang ada di Indonesia mencapai 200 jiwa maka dapat diperkirakan sekitar 2 juta orang menderita skizofrenia (Sasongko, 2020). Jumlah gangguan jiwa setiap tahunnya di dunia sampai saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan dan terus bertambah (Malfasari et al., 2020). Secara global, prevalensi perilaku kekerasan sekitar 24 juta kasus dan >50% diantaranya tidak mendapatkan penanganan (Thalib, 2022).

Perilaku kekerasan (PK) adalah sebagai rentang emosi yang berupa ungkapan kemarahan seseorang, ditunjukkan secara verbal maupun fisik

terhadap lingkungan sekitarnya (Jatmika et al., 2020). Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan biasanya yaitu amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Wardana et al., 2020). Perilaku kekerasan dapat terjadi karena adanya rasa frustrasi yang berkepanjangan serta tidak terwujudnya harapan terhadap sesuatu hal atau kegagalan sehingga memicu seseorang berperilaku agresif (Thalib & Abdullah, 2022).

Intervensi secara umum yang dilakukan perawat pada pasien dengan perilaku agresif / perilaku kekerasan yaitu menggunakan SP (Siauta et al., 2020). Penatalaksanaan pasien RPK tidak hanya obat-obatan, tetapi juga menggunakan SP dengan intervensi membina hubungan saling percayadengan pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik, mendiskusikan dengan Pasien tentang aspek positif yang dimiliki Pasien serta kemampuan yang dimiliki Pasien, mendiskusikan dengan Pasien kemampuan yang dapat dilaksanakan (Madhani & Kartina, 2020). Dampak dari perilaku kekerasan yaitu distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan social atau konflik dengan masyarakat (Madhani & Kartina, 2020).

Berdasarkan hasil *survey* di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang khususnya di ruang 7 Hudowo terdapat 6 pasien dengan risiko perilaku kekerasan, sehingga dari uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan sebuah asuhan keperawatan pada Tn. N dengan risiko perilaku kekerasan.

## **B. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu memberikan gambaran tentang hasil praktik dengan mengaplikasikan “Asuhan Keperawatan pada Tn.N dengan risiko perilaku kekerasan di ruang Hudowo RSJD Dr. Amino Gondohutomo

Semarang.

## 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus asuhan keperawatan pada Tn.N dengan risiko perilaku kekerasan di ruang Hudowo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang adalah :

- a. Menggambarkan proses pengkajian asuhan keperawatan pada Tn.N dengan gangguan risiko perilaku kekerasan.
- b. Menggambarkan proses penentuan diagnosa asuhan keperawatan pada Tn.N dengan gangguan risiko perilaku kekerasan.
- c. Menggambarkan proses penyusunan intervensi asuhan keperawatan pada Tn.N dengan gangguan risiko perilaku kekerasan.
- d. Menggambarkan proses implementasi asuhan keperawatan pada Tn.N dengan gangguan risiko perilaku kekerasan.
- e. Menggambarkan proses evaluasi asuhan keperawatan pada Tn.N dengan gangguan risiko perilaku kekerasan.

## C. Manfaat Penelitian

### 1. Institusi Pendidikan

Penulis dapat mengasah pengetahuan, pengalaman dan wawasan dalam memberi asuhan keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

### 2. Profesi Keperawatan

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan dengan optimal.

### 3. Lahan Praktik

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan peran mahasiswa praktik untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

### 4. Masyarakat

Memberikan wawasan untuk masyarakat umum terkait asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan.

## **BAB II**

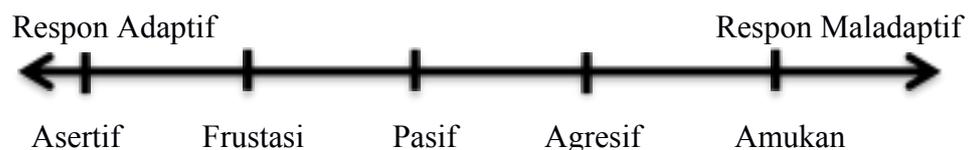
### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

##### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan (PK) didefinisikan sebagai kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan menciderai orang lain atau merusak lingkungan, penyebab perilaku kekerasan diantaranya yaitu ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah, stimulus lingkungan, konflik intrapersonal, putus obat, perubahan status mental dan penggunaan zat/alcohol. Tanda dari perilaku kekerasan yaitu mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, menyerang orang lain, merusak lingkungan dan perilaku agresif atau amuk (SDKI, 2018). Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Nanda, 2016). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk melukai atau menciderai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik (Budi, 2020).

##### **2. Rentang Respon**



Gambar 2.1. Rentang Respon (Stuard, 2013)

- a. Respon Adaptif
- 1) Asertif adalah Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan (Nuryono, 2020).
  - 2) Frustrasi adalah Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.
- b. Respon Maladaptif
- 1) Pasif adalah Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan nya.
  - 2) Agresif adalah Perilaku destruktif tapi masih dapat dikontrol. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain (Siauta et al., 2020).
- c. Amukan adalah Perilaku destruktif dan tidak terkontrol. Yaitu rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun orang lain (Fanny, 2021).

Tabel 2. 1. Perbandingan perilaku pasif, asertif, agresif

	Agresif	Asertif	Agresif
<b>Isi bicara</b>	- Berlebihan - Menghina orang lain - Anda selalu/tidak pernah	- Positif - Menghargai diri sendiri - Saya dapat/akan lakukan	- Negative - Menghina - Dapatkah saya lakukan - Dapatkah Ia lakukan
<b>Nada suara</b>	a. Tinggi b. Menuntut	- Diatur	- Diam - Lemah - Merengek
<b>Postur/sikap tubuh</b>	a. Tenang b. Bersandar kedepan	- Tegak - Rileks	- Melotot - Menundukkan kepala
<b>Personal space</b>	- Memasuki territorial orang	- Menjaga jarak yang menyenangkan - Mempertahankna hak tempat/ teritorialnya	- Orang lain dapat masuk pada territorial kehidupannya
<b>Gerakan</b>	- Mengancam - Ekspansi - Gerakan	- Memperlihatkan Gerakan yang sesuai	- Minimal - Lemah - Resah

<b>Kontak mata</b>	- Melotot	- Sekali-sekali sesuai dengan kebutuhan interaksi	- Sedikit atau tidak
--------------------	-----------	---	----------------------

(Nurhalimah, 2016)

### 3. Etiologi

#### a. Faktor presdiposisi

1) Faktor genetik, perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara pelaku tindak kriminal (narapidana) (Siauta et al., 2020).

#### 2) Faktor psikologis

a) Kepribadian tertutup, kepribadian yang tertutup merupakan penyebab dari seseorang mengalami gangguan jiwa, kepribadian yang tertutup yang tidak pernah mengungkapkan atau menceritakan permasalahannya membuat partisipan menyimpan seluruh beban-beban permasalahan di jiwanya (Siauta et al., 2020).

b) Kehilangan, perasaan kehilangan yang sangat mendalam yang dialami oleh seseorang merupakan penyebab dari seseorang mengalami gangguan jiwa, yang menyebabkan seseorang bisa dirawat di rumah sakit jiwa.

c) Aniaya seksual, bahwa aniaya seksual menyebabkan pasien mengalami risiko perilaku kekerasan.

d) Kekerasan dalam rumah tangga, hal ini dikarenakan seseorang akan merasa tidak dihargai, dibuang dan tidak disayang oleh keluarga yang mengakibatkan stressor.

3) Faktor social budaya, Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*Social learning theory*). *Social learning theory* menerjemahkan bahwa agresi

tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Sehingga seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya (Fhadilah et al., 2020).

b. 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 (Wardana et al., 2020).

**4. Patofisiologi/ proses terjadinya masalah**

a. Faktor presdiposisi

- 1) Psikologis : kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditilak, dihina, dianiaya.
- 2) Perilaku : reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.
- 3) Social budaya : budaya tertutup dan membalas secara diam (*pasif agresif*) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima (*permissive*) (Untari, 2020).

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti ini

kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidak berdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintainya atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain interaksi yang profokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan (Siauta et al., 2020)

### 5. Manifestasi Klinis

Menurut (Malfasari et al., 2020) manifestasi risiko perilaku kekerasan yaitu :

- a. Klien mulai mondar-mandir
- b. Mata melotot
- c. Tangan mengepal
- d. Badan kaku, muka memerah
- e. Berteriak
- f. Klien mengatakan sering mengurung diri karna perilaku kekerasannya sering kambuh
- g. Klien kurang mau berinteraksi dengan teman-teman yang lainnya

Tanda gejala perilaku kekerasan

- a. Fisik : muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, postur tubuh kaku, jalan mondar mandir.
- b. Verbal : bicara kasar, suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor.
- c. Perilaku : melempar atau memukul benda pada orang lain, menyerang orang lain atau melukai diri sendiri, merusak lingkungan, amuk atau agresif.
- d. Emosi : tidak ade kuat, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, menyalahkan dan menuntut.
- e. Intelektual : cerewet, kasar, berdebat, meremehkan,
- f. Spiritual : merasa berkuasa, merasa benar sendiri, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasan orang lain, tidak peduli

dan kasar.

- g. Social : menarik diri, penolakan, ejekan, sindiran.

## 6. Penatalaksanaan

### a. Medis

- 1) Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial.
- 2) Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri.
- 3) Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas.
- 4) ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk

### b. Keperawatan

- 1) SP 1 : Tarik nafas dalam
- 2) SP 2 : Pukul bantal
- 3) SP 3 : Komunikasi secara verbal : Asertif/Bicara baik-baik
- 4) SP 4 : Spiritual
- 5) SP 5 : Minum obat secara teratur

## B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

### 1. Proses Keperawatan

#### a. Pengkajian

##### 1) Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

##### 2) Alasan masuk

Klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur

##### 3) Faktor presdiposisi

Klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa, biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan, trauma, Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan dll.

4) Pengkajian fisik

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

5) Psikososial

- a) Genogram, Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga.
- b) Konsep diri, anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut
- c) Harga diri, klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga

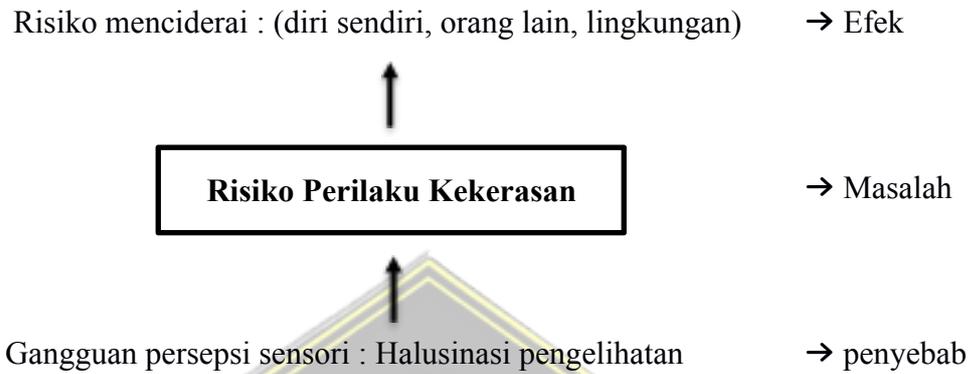
6) Hubungan social

- a) Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara

- b) Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut
  - c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat
- 7) Spiritual
- a) Nilai dan keyakinan
  - b) Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
  - c) Kegiatan ibadah
- 8) Status mental : penambihan. Pembicaraan, aktivitas motoric, alam perasaan, persepsi, isi pikiran, tingkat kesadaran, memori, kemampuan enilaian, daya fikir diri.
- b. Analisa data
- Analisis data bertujuan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien sehingga membantu perawat dalam menentukandiagnosakeperawatan.
- c. Diagnosa keperawatan
- Risiko perilaku kekerasan
- d. Intervensi
- 1) **Sp 1** : Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
- a. Mengidentifikasi penyebab PK
  - b. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK
  - c. Mengidentifikasi PK yang dilakukan
  - d. Mengidentifikasi akibat PK
  - e. Mengajarkan cara mengontrol PK
  - f. Melatih pasien cara kontrol PK fisik I (nafas dalam)
  - g. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
- 2) **Sp 2** : Mengajarkan teknik pukul bantal
- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b. Melatih pasien cara kontrol PK fisik II (memukul bantal / kasur / konversi energi).

- c. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- 3) **Sp 3** : Melatih pasien cara kontrol PK secara verbal
- a) Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b) Melatih pasien cara kontrol PK secara verbal (meminta, menolak dan mengungkapkan marah secara baik).
  - c) Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- 4) **Sp 4** : Diskusikan bersama klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara beribadah
- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b. Melatih pasien cara kontrol PK secara spiritual (berdoa, berwudhu, sholat).
  - c. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- 5) **SP 5** : Bantu pasien mengontrol perilaku Kekerasan dengan cara minum obat secara teratur.
- a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b. Melatih pasien cara kontrol PK dengan minum obat secara teratur
  - c. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- e. Implementasi  
Implementasi yaitu suatu proses pelaksanaan askep sesuai dengan perencanaan atau intervensi.
- f. Evaluasi  
Evaluasi yaitu proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien.

## 2. Pohon Masalah



Gambar 2.2. Pohon masalah  
(Hulu, 2021)



## **BAB III**

### **RESUME KASUS**

Ruang Rawat : R.7 Hudowo

Tanggal Dirawat : 16 desember 2022

#### **A. Identitas Pasien**

Hasil pengkajian yang dilakukan pada 16 desember 2022 sampai tanggal 18 desember 2022 dengan nomor medik 0017xxxx berasal dari Semarang, Jawa Tengah, didapatkan data yaitu pasien bernama Tn. N berusia 31 tahun 10 bulan berjenis kelamin laki-laki dan beragama islam. Pasien merupakan seorang suami yang sudah bercerai dengan istrinya.

#### **B. Faktor Presdiposisi**

Pasien sebelumnya tidak pernah di rawat di RSJ setelah di antar keluarganya dengan alasan tidak bisa tidur kurang lebih 4 bulan, pasien gampang tersinggung, pasien membacok orang lain, memukuli ibu kandung, berbicara sendiri pasien selalu marah marah, membuang barang barang dan membawa senjata tajam pasien kecewa karna cerai dengan istrinya, setiap malam suka keluyuran dan pulang jam 6 pagi, sering di pukuli warga, sulit mencari perkerjaan, suka berjudi.

#### **C. Fisik**

Pemeriksaan fisik pada klien dilakukan pengecekan tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 18x/menit, tekanan darah : 130/75mmhg, suhu : 36,5 °C, dan nadi : 100x/menit. Bentuk kepala mesocephal, rambut berwarna hitam pendek tidak rapi dan acak-acakan, kulit berwarna sawo matang, kulit lembab dan tidak ada edema. Mulut tidak bersih, tidak kesulitan dalam berbicara, tidak memiliki kesulitan dalam menelan, tidak ada benjolan pada leher, tidak ada kelenjar tiroid. Telinga bentuk normal dan simetris, pendengaran normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Hidung

bersih, tidak ada secret.

#### **D. Faktor kesehatan fungsional**

Pasien mengatakan jika terjadi masalah maka akan diselesaikan sendiri karena sudah bercerai dengan istrinya, dan masalah akan diputuskan secara sendiri, tetapi tidak semua keputusan diambil sendiri, terkadang jika ada masalah dibantu oleh keluarganya. Pasien dapat berkomunikasi dengan jelas dan baik tetapi seringkali tidak kooperatif. Pasien mengatakan tidak ada orang terdekat degannya. Pasien mengatakan orang yang dimintai bantuan pertama kali adalah adiknya. Nilai dan keyakinan yaitu pasien mengakui kepercayaannya tetapi pasien tidak pernah ibadah, sedangkan kegiatan ibadah: pasien tidak pernah ibadah.

#### **E. Faktor Presipitasi (Stimulasi Perkembangan)**

Pasien mempunyai riwayat imunisasi yang lengkap, nutrisi yang seimbang dan latihan fisik yang cukup. Pasien diberi kesempatan untuk bergaul dengan teman sebaya dan diberikan kesempatan untuk bergaul dengan lawan jenis. Pasien selalu membantu jika dimintai pertolongan dan pasien diberi kesempatan untuk melakukan pekerjaan rumah. pasien mempunyai cita cita yang realistis dan jelas, pasien mengatakan bercerai dengan istrinya 1 tahun yang lalu.

#### **F. Penilaian terhadap stresor**

Pasien menganggap jika stressor adalah sebuah emosi dan pasien tampak mencari informasi, mengidentifikasi faktor yang menimbulkan permasalahan dan memunculkan emosi, pasien membandingkan kemampuan diri dengan orang lain, mengatakan bahwa ia sulit untuk mencari kerja dan orang lain mudah untuk mendapatkannya. Pasien mengatakan jika masalah merupakan sesuatu hal yang harus dihadapi. Pasien mengatakan ada bayangan istrinya terus menerus.

### **G. Sumber koping kemampuan personal**

Pasien mempunyai problem solving yang kurang baik namun pengetahuannya cukup baik. Klien mempunyai koping individu yang baik, pola asuh yang cukup, sistem pendukung cukup, dan klien memiliki konsep koping maladaptif yang kurang baik karena pernah meminum alkohol.

Keluarga pasien selalu mendukung pasien dalam kegiatan kelompok akan tetapi pasien sendiri menolak untuk mengikuti kegiatan kelompok, masalah berhubungan dengan lingkungan sekitar pasien menolak berinteraksi dengan orang yang disekitar, masalah dengan perumahan pasien mengatakan sering berdiam diri dirumah dan tidak mau keluar dan berinteraksi dengan orang lain, masalah pendidikan pasien tidak memiliki masalah selama berpendidikan Pendidikan terakhir pasien yaitu SMP, masalah ekonomi pasien berasal dari keluarga ekonomi menengah.

Pasien mengatakan senang dengan kondisinya, pasien berusia 31 tahun, merupakan anak ke-1 dari 2 bersaudara. Pendidikan terakhir pasien yaitu sekolah dasar, pasien susah mendapat pekerjaan, pasien sebagai ayah dan suami, pasien mengatakan ada keinginan untuk sembuh dari sakitnya, pasien mengatakan dia merasa minder, kalau dia jelek. Pasien memiliki nilai keyakinan yang baik, tetapi mengatakan tidak pernah sholat 5 waktu. Pasien menyakini bahwa kecemasan dan emosinya berasal dari dirinya sendiri.

### **H. Kebiasaan koping yang digunakan**

Pasien mengatakan bahwa jika mengalami emosi klien biasanya klien akan marah, memukul orang sekitar dan membuang barang bentuk dari kecewa karena cerai dengan istrinya, dan pasien juga mengatakan pergi dari rumah tetapi kembali lagi. Pasien mengatakan saat ini susah untuk mengontrol isi pikirnya, sering marah dan sulit mengendalikan emosi.

## I. Analisa Data

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 16 desember 2022 didapatkan data :

1. Subyektif : Pasien mengatakan pernah membanting barang yang ada dirumahnya, dan pasien marah marah kepada ibunya, pasien mengatakan kadang melihat istrinya yang suka ada di pandangan dia, pasien mengatakan emosi dan ingin marah.
2. Obyektif : Pasien tampak sering melamun dan bicara sendiri, pasien tampak sering memukul benda disekitar, tampak dada membusung, mata melotot, tangan mengepak, nada bicara tinggi kadang diam, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : RR : 18x/menit, TD : 130/75mmhg, S : 36,5 °C, N : 100x/menit.

## J. Pohon Masalah



Gambar 3.1. Pohon masalah  
(Hulu, 2021)

## K. Rencana Tindakan Keperawatan

Tujuan diberikan rencanakan keperawatan pada diagnosa Risiko perilaku kekerasan yaitu bertujuan pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengendalikan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara relaksi nafas dalam dan pukul bantal/kasur, pasien dapat

mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, pasien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara bicara dengan baik, pasien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikkan cara spiritual.

Kriteria hasil : ketika di evaluasi pasien mau diajak berbicara dan mau diajak ngobrol dan ada sedikit senyum dari pasien dan mampu menyebutkan nama, tempat tinggal dan kejadiannya, pasien mampu menyebutkan dan merekomendasikan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat Risperidon (RSP) dengan teratur, pasien paham dan mampu menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik, pasien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam.

Intervensi :

1. **Sp 1** : Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
  - a. Mengidentifikasi penyebab PK
  - b. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK
  - c. Mengidentifikasi PK yang dilakukan
  - d. Mengidentifikasi akibat PK
  - e. Mengajarkan cara mengontrol PK
  - f. Melatih pasien cara kontrol PK fisik I (nafas dalam)
  - g. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
2. **Sp 2** : Mengajarkan teknik pukul bantal
  - a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b. Melatih pasien cara kontrol PK fisik II (memukul bantal / kasur / konversi energi).
  - c. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
3. **Sp 3** : Melatih pasien cara kontrol PK secara verbal
  - a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b. Melatih pasien cara kontrol PK secara verbal (meminta, menolak dan mengungkapkan marah secara baik).

- c. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- 4. **Sp 4** : Diskusikan bersama klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara beribadah
  - a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b. Melatih pasien cara kontrol PK secara spiritual (berdoa, berwudhu, sholat).
  - c. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
- 5. **SP 5** : Bantu pasien mengontrol perilaku Kekerasan dengan cara minum obat secara teratur.
  - a. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
  - b. Melatih pasien cara kontrol PK dengan minum obat secara teratur
  - c. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

#### L. Implementasi

Langkah selanjutnya yaitu penyusunan implementasi, untuk implementasi pertama dilakukan pada 16 desember 2022 pukul 09:00 WIB, yaitu dengan SP 1 dan 2: membantu mengenal risiko perilaku kekerasan dan melatih relaksasi tarik nafas dalam, pukul bantal serta memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Didapatkan respon subjektif yaitu pasien mengatakan penyebab marah dan memukul orang lain yaitu karena terbayang-bayang istrinya, pasien mengatakan marah, kecewa, dan minder karena merasa jelek dan diceraikan istrinya, pasien mengatakan bersedia dilatih tarik nafas dalam dan pukul bantal data objektif yaitu pasien tampak membusungkan dada, tampak gelisah, tampak mengepalkan tangan, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 18x/menit, tekanan darah : 130/75mmhg, suhu : 36,5 °C, dan nadi : 100x/menit, pasien tampak melakukan SP 1 dan 2 dengan baik. Penulis menyimpulkan diagnosa keperawatan adalah risiko perilaku kekerasan, tindakan yang dilakukan perawat yaitu SP 1 dan 2, Planning: SP 3 dan 4: melatih pasien cara kontrol PK secara verbal dan melatih beribadah, membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Pertemuan kedua dilakukan pada 17 desember 2022 pukul 09:30 WIB

yaitu melakukan SP 3 dan 4: melatih pasien cara kontrol PK secara verbal dan melatih beribadah, membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah lebih bisa mengontrol rasa marah dengan tarik nafas dalam dan yang palingdisuka memukul bantal karena pasien merasa emosi bisa mereda. Respon objektif yaitu klien tampak kurang berkonsentrasi dan klien masih duduk dengan gelisah, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi: pernafasan: 20x/menit, tekanan darah: 128/80mmhg, suhu : 36 °C, dan nadi : 98 x/menit, pasien tampak bisa melakukn relaksasi yang diajarkan dipertemuan pertama, pasien tampak memperhatikan saat diberikan SP 3 dan SP 4. Penulis dapat menyimpulkan jika keadaan yang dialami oleh klien dapat diangkat diagnosa yaitu risiko perilaku kekerasan. Dengan tindakan yang dilakukan perawat yaitu SP 3 dan SP 4. Planning: SP 5 yaitu memvalidadi SP dipertemuan sebelumnya, melatih minum obat teratur dan memasukkan kedalam jadwal harian.

Pertemuan ketiga dilakukan pada 18 desember 2022 pukul 09:10 WIB yaitu melakukan SP 5: melatih minum obat teratur dan membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah lebih bisa mengontrol rasa marah dengan kegiatan yang diberikan dan dijadwalkan. Respon objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak lebih tenang, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi: pernafasan: 22 x/menit, tekanan darah: 118/76 mmhg, suhu : 36,5 °C, dan nadi : 102 x/menit, pasien tampak lebih tenang, pasien tampak bisa melakukan SP 3 dan 4, pasien tampak memperhatikan saat diberikan SP 5. Penulis dapat menyimpulkan jika keadaan yang dialami oleh klien dapat diangkat diagnosa yaitu risiko perilaku kekerasan. Dengan tindakan yang dilakukan perawat yaitu SP 3 dan 4: bicara verbal dan spiritual, Planning : SP 5 yaitu mempertahankan SP 1-5 sesuai jadwal yag sudah diberikan.

#### **M. Evaluasi**

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3x pertemuan,

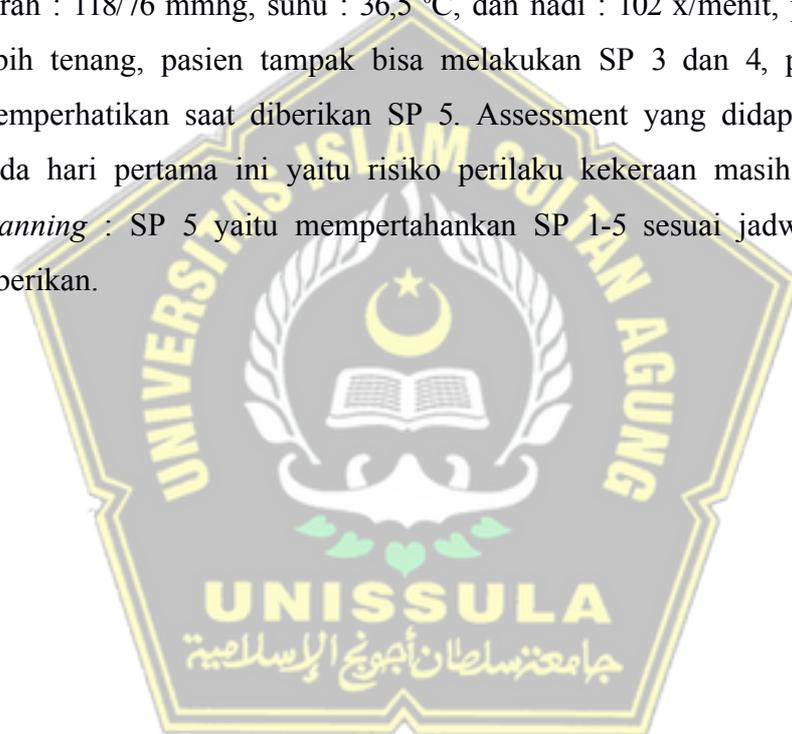
untuk tahap selanjutnya yaitu melakukan evaluasi kepada klien sehingga didapatkan hasil evaluasi : mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi risiko, akibat perilaku kekerasan, melakukan cara mengontrol SP 1-5, memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Merencanakan tindakan selanjutnya yaitu dengan tetap mempertahankan berbagai cara mengatasi risiko perilaku kekerasan yang telah diajarkan pada implementasi bersama dengan pasien dan juga mengevaluasi perkembangan klien setelah dilakukan implementasi yang akan disampaikan sebagai berikut :

Evaluasi hari pertama dilakukan pada 16 desember 2022 pukul 09:00 WIB, yaitu Didapatkan respon subjektif yaitu pasien mengatakan penyebab marah dan memukul orang lain yaitu karena terbayang-bayang istrinya, pasien mengatakan marah, kecewa, dan minder karena merasa jelek dan diceraikan istrinya, pasien mengatakan bersedia dilatih tarik nafas dalam dan pukul bantal data objektif yaitu pasien tampak membusungkan dada, tampak gelisah, tampak mengepalkan tangan, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 18x/menit, tekanan darah : 130/75mmhg, suhu : 36,5 °C, dan nadi : 100x/menit, pasien tampak melakukan SP 1 dan 2 dengan baik. *Assessment* yang didapatkan perawat pada hari pertama ini yaitu risiko perilaku kekerasan masih ada (RPK+). *Planning* : SP 3 dan 4: melatih pasien cara kontrol PK secara verbal dan melatih beribadah, membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Evaluasi hari kedua dilakukan pada 17 desember 2022 pukul 09:30 WIB yaitu didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah lebih bisa mengontrol rasa marah dengan tarik nafas dalam dan yang palingdisuka memukul bantal karena pasien merasa emosi bisa mereda. Respon objektif yaitu klien tampak kurang berkonsentrasi dan klien masih duduk dengan gelisah, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 20x/menit, tekanan darah : 128/80mmhg, suhu : 36 °C, dan nadi : 98 x/menit, pasien tampak bisa melakukn relaksasi yang diajarkan dipertemuan pertama, pasien tampak memperhatikan saat diberikan SP 3 dan SP 4. *Assessment* yang

didapatkan perawat pada hari pertama ini yaitu risiko perilaku kekeraan masih ada (RPK+). *Planning* : SP 5: melatih minum obat teratur dan membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Evaluasi hari ketiga dilakukan pada 18 desember 2022 pukul 09:10 WIB yaitu didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah lebih bisa mengontrol rasa marah dengan kegiatan yang diberikan dan dijadwalkan. Respon objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak lebih tenang, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 22 x/menit, tekanan darah : 118/76 mmhg, suhu : 36,5 °C, dan nadi : 102 x/menit, pasien tampak lebih tenang, pasien tampak bisa melakukan SP 3 dan 4, pasien tampak memperhatikan saat diberikan SP 5. *Assessment* yang didapatkan perawat pada hari pertama ini yaitu risiko perilaku kekeraan masih ada (RPK+). *Planning* : SP 5 yaitu mempertahankan SP 1-5 sesuai jadwal yang sudah diberikan.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab sebelumnya telah dibahas tentang asuhan keperawatan pada bernama Tn. N berusia 31 tahun 10 bulan berjenis kelamin laki-laki dan beragama Islam dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Hudowo 7 RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang. Penulis melakukan pengkajian keperawatan pada 16 Desember 2022 - 18 Desember 2022, dan pengkajian dilakukan kurang lebih selama 3 kali kunjungan lamanya.

Tindakan yang dilakukan kepada pasien adalah dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, menentukan rencana keperawatan yang akan dilakukan, melakukan tindakan keperawatan dan kemudian melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan kepada Tn. N berusia 31 tahun 10 bulan berjenis kelamin laki-laki dan beragama islam. An. A merupakan suami yang diceaikan oleh istrinya 1 tahun yang lalu. Hasil yang didapatkan dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan pada Tn. N didapatkan data subjektif pasien mengatakan pernah membanting barang yang ada dirumahnya, dan pasien marah marah kepada ibunya, pasien mengatakan kadang melihat istrinya yang suka ada di pandangan dia, pasien mengatakan emosi dan ingin marah, sedangkan data obyektif : pasien tampak sering melamun dan bicara sendiri, pasien tampak sering memukul benda disekitar, tampak dada membusung, mata melotot, tangan mengepak, nada bicara tinggi kadang diam,

Hal ini sesuai dengan PPNI (2017) yaitu perilaku kekerasan (D.0132) yaitu kemarahan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai mencederai orang lain atau merusak lingkungan. Hal tersebut juga sesuai dengan Nanda (2016) batasan karakteristik yang dialami pasien yaitu memperlihatkan permusuhan, mendekati orang lain dengan ancaman,

memberikan kata-kata ancaman dengan rencana elukai, menyentuh orang lain dengan cara menakutkan, mempunyai rencana untuk melukai.

Menurut Stuart dan (Siauta et al., 2020), faktor predisposisi biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu, hal ini sejalan yang dialami pasien, bahwasanya pasien diceraikan oleh istrinya 1 tahun yang lalu, pasien tidak bisa menerima keputusan itu dan sering terbayang wajah istrinya, pasien merasakan marah dan kecewa.

Selama pengkajian dan pengumpulan data, penulis melakukan pendekatan kepada psien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka, agar dapat membantu pasien untuk mengungkapkan perasaan dan juga melakukan observasi kepada pasien. Penulis melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya kepada pasien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya diri untuk mengungkapkan apa yang dirasakan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Naomi, 2022) tentang komunikasi terapeutik perubahan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia yaitu komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa.

Tanda dan gejala yang dialami oleh Tn. N menurut PPNI (2016) tanda gejala mayor pasien mengatakan pernah membanting barang yang ada dirumahnya, dan pasien marah marah kepada ibunya, pasien mengatakan kadang melihat istrinya yang suka ada di pandangan dia, pasien mengatakan emosi dan ingin marah. sedangkan tanda gejala minor yaitu pasien tampak sering melamun dan bicara sendiri, pasien tampak sering memukul benda disekitar, tampak dada membusung, mata melotot, tangan mengepak, nada bicara tinggi kadang diam, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : RR : 18x/menit, TD : 130/75mmhg, S : 36,5 °C, N : 100x/menit.

Setelah dilakukan observasi pada pasien didapatkan data jika pasien belum mengetahui cara untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan dengan baik dan benar. Pasien mengatakan jika pasien melihat bayangan istrinya

yang dilakukan yaitu marah karena tidak menerima jika dia ditunggalkan istrinya, pasien memilih memukul barang dan ibunya, selain itu pasien pergi dari rumah dan lama kembalinya. Maka penulis mengajarkan beberapa cara yang baik dan benar untuk mengatasi kecemasan yang dirasakan. Penulis mengajarkan teknik tarik nafas dalam dan pukul bantal sebagai Teknik relaksasi. Menurut (Madhani & Kartina, 2020) salah satu cara mengatasi emosi atau risiko perilaku kekerasan adalah dengan cara Teknik relaksasi, teknik ini dapat digunakan oleh pasien tanpa bantuan terapis dan mereka dapat menggunakannya untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dialami sehari-hari di rumah. Teknik relaksasi progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktifitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan.

Status mental untuk penampilan pasien saat ini tidak rapi, rambut pasien tampak acak-acakan. Ketika diajak berbicara dan bercerita pasien masih belum bisa fokus, pasien belum dapat mempertahankan kontak mata, pasien ketika menjawab pertanyaan kurang begitu jelas dan dengan suara pelan namun juga terkadang suara lantang. Pasien merasa jelek karena ditinggal istri dan tidak menerima konsisi tersebut sehingga pasien sering kali marah-marah dan mengamuk.

#### **B. Diagnosa Keperawatan**

Menurut (SDKI, 2017) diagnosa keperawatan merupakan penilaian terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah Kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau proses kehidupan. Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital yang menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Format dan kualitas penegakan diagnosis keperawatan terus berkembang, yang ideal memberikan informasi komprehensif tentang kondisi pasien (Swedarma et al., 2023)

Setelah dilaksanakan pengkajian wawancara dan observasi terhadap pasien, dan berbagai data untuk memperkuat hasil maka penulis mengangkat

diagnosa risiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama yang dialami oleh pasien. Penulis memiliki suatu hambatan yang berupa penulis hanya mengambil diagnosa risiko perilaku kekerasan sebagai kelolaan asuhan keperawatan karena penulis mengalami keterbatasan waktu pada saat pengkajian.

Penulis mengambil diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama (diagnosa utama) karena setelah dilakukan pengkajian dan pengumpulan data diagnosa ansietas mempunyai data subjektif dan objektif yang kuat sehingga layak untuk ditegakkan menjadi diagnosa prioritas. Data subjektif yang didapatkan pada saat pengkajian yaitu pasien mengatakan pernah membanting barang yang ada dirumahnya, dan pasien marah marah kepada ibunya, pasien mengatakan kadang melihat istrinya yang suka ada di pandangan dia, pasien mengatakan emosi dan ingin marah. sedangkan data obyektif pada pasien yaitu tampak sering melamun dan bicara sendiri, tampak sering memukul benda disekitar, tampak dada membusung, mata melotot, tangan mengepak, nada bicara tinggi kadang diam, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : RR : 18x/menit, TD : 130/75mmhg, S : 36,5 °C, N : 100x/menit.

Menurut penelitian (Wardana et al., 2020) untuk mengidentifikasi dan mengobsevasi risiko perilaku kekerasan didapatkan tanda gejala yaitu muka marah dan tegang, mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup dan jalan mondar – mandir, tampak tegang. Menurut (Hulu, 2021) tanda gejala risiko perilaku kekerasan yaitu ada 5 diantaranya emosi:1) tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam), dan jengkel. 2) Intelektual: mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, dan meremehkan. 3) Fisik: muka merah, pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat. 4) Spiritual: kemahakuasaan, kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan, kreativitas terlambat. 5) Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan humor.

### C. Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut (SDKI, 2017) rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan suatu treatment (perawatan) yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan peningkatan perawatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan yang sesuai dengan prosedur tindakan.

Pada tahap rencana tindakan keperawatan penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. N menggunakan strategi pelaksanaan. Perencanaan atau intervensi yang ditetapkan oleh penulis digunakan untuk menyelesaikan masalah atau mengatasi masalah pasien dengan cara membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Tujuan dilakukannya strategi pelaksanaan secara baik dan benar kepada pasien, agar pasien mampu mengetahui tentang risiko perilaku kekerasan, mampu melakukan relaksasi terhadap diri sendiri ketika emosi atau ingin melukai orang lain dan pasien mampu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, pasien mampu mengidentifikasi tanda gejala resiko perilaku kekerasan, pasien mampu mengidentifikasi akibat dari risiko perilaku kekerasan, dan pasien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan.

Sp 1 : Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam antara lain mengidentifikasi penyebab PK, mengidentifikasi tanda dan gejala RPK , mengidentifikasi RPK yang dilakukan, mengidentifikasi akibat RPK, mengajarkan cara mengontrol RPK, melatih pasien cara kontrol RPK fisik I (nafas dalam), membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp 2 : Mengajarkan teknik pukul bantal diantaranya memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol RPK fisik II (memukul bantal / kasur / konversi energi), membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp 3 : Melatih pasien cara kontrol PK secara verbal diantaranya memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol PK

secara verbal (meminta, menolak dan mengungkapkan marah secara baik), membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Sp 4 : Diskusikan bersama klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara beribadah diantaranya memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol RPK secara spiritual (berdoa, berwudhu, sholat), membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 5 : Bantu pasien mengontrol perilaku Kekerasan dengan cara minum obat secara teratur diantaranya memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol RPK dengan minum obat secara teratur, membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Swedarma et al., 2023)

Hal pertama yang dilakukan oleh penulis adalah membina hubungan saling percaya anatar penulist dan pasien. Tujuan dari membina hubungan saling percaya yaitu akan mempermudah pasien dalam mengungkapkan perasaan yang dirasakan, sehingga mempermudah penulis untuk membantu proses penyembuhan pasien, dalam membangun dan membina hubungan saling percaya antara penulis dan pasien maka diperlukan komunikasi terapeutik antar keduanya. Menurut (Naomi, 2022) komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa.

Hasil dari proses membina hubungan saling percaya dengan pasien dan t penulis menemukan hambatan yaitu ketika pertama kali bertemu pasien

tidak kooperatif, kontak mata negative dan pasien bicara *sentripetal*, sehingga penulis membangun rasa percaya pasien dengan meyakinkan bahwa penulis akan menjaga segala privasi dari pasien tu sendiri, dan tidak akan menceritakan kepada siapapun, kemudian penulis memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan masalah yang sedang dirasakan sehingga pasien mulai terbuka kepada penulis dengan perlahan pasien mulai bercerita tentang apa yang rasakan.

Pada pertemuan pertama, yaitu dengan SP 1 dan 2 dengan tindakan assesment (penilaian) terhadap risiko perilaku kekerasan dan membantu mengenal risiko perilaku kekerasan dan melatih relaksasi tarik nafas dalam, pukul bantal serta memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Ketika dilakukan tindakan pasien hanya dapat mengatakan penyebab marah dan memukul orang lain yaitu karena terbayang-bayang istrinya, pasien mengatakan marah, kecewa, dan minder karena merasa jelek dan diceraikan istrinya, ketika pasien ditanya mengenai Teknik relaksasi Ketika rasa ingin marah timbul, pasien dapat menjawabnya dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal. Dalam hal ini klien sudah mengetahui yang dimaksud dengan teknik relaksasi namun harus didampingi saat melakukan, pasien juga menyebutkan tanda gejala dari risiko perilaku kekerasan. Teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan emosi karena terdapat perubahan yang diakibatkan oleh relaksasi otot progresif yaitu dapat mengurangi ketegangan otot, menurunkan laju metabolisme, meningkatkan rasa kebugaran, dan konsentrasi, serta memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stressor (Madhani & Kartina, 2020)

Dari hal tersebut penulis menjelaskan kepada pasien tentang assesment risiko perilaku kekerasan. Membantu pasien mengenal penyebab, tanda gejala dan akibat dari risiko perilaku kekerasan. Setelah dijelaskan pasien mampu mengenal penyebab, tanda gejala dan akibat dari risiko perilaku kekerasan dan setelahnya pasien dapat bercerita tentang apa yang dirasakan saat ini. Pasien dapat mengenal risiko perilaku kekerasan sehingga meningkatnya pengetahuan klien untuk mengatasi perilaku kekerasan dan

mampermudah pasien dalam proses penyembuhan, dengan hasil pasien sudah mau bercerita dengan terbuka kepada penulist, pasien menjelaskan bahwa dirinya marah dan tidak terima dengan kondisi saat ini karena diceraikan oleh istrinya. Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (Nanda, 2016). Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik (Budi, 2020).

Penulis mengajarkan pasien bagaimana cara tarik nafas dalam yang tepat, yaitu tarik nafas melalui hidung kemudian di keluarkan melalui mulut. Latihan ini bisa di lakukan sebanyak 3 kali dan apabila pasien mengalami marah dan emosi secara mendadak. Pemberian teknik relaksasi tarik nafas dalam dapat memberikan perubahan yang diakibatkan oleh relaksasi otot progresif yaitu dapat mengurangi ketegangan otot, menurunkan laju metabolisme, meningkatkan rasa kebugaran, dan konsentrasi, serta memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stressor (Madhani & Kartina, 2020). Dilanjutkan dengan Teknik pukul bantal yaitu dika emosi dan rasa ingin marah muncul pasien bisa memukul bantal untuk meluapkan rasa marah yang sedang dirasakan (Aristha, 2020)

Hasil dari penulis mengajarkan assesment risiko perilaku kekerasan dan teknik relaksasi tersebut pasien mampu menerima dan mempraktekkan secara tepat. Penulis tidak mengalami kesulitan atau hambatan dalam mengajarkan teknik tersebut kepada pasien.

Pertemuan kedua dilakukan pada 17 desember 2022 pukul 09:30 WIB yaitu melakukan SP 3 dan 4 dengan tindakan evaluasi assesment ansietas melatih pasien cara kontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal dan melatih beribadah, membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Untuk pertama yang dilakukan yaitu mengevaluasi assesment risiko perilaku kekerasan dan melakukan teknik relaksasi. Untuk hasilnya pasien mengatakan sudah memahami tentang risiko perilaku kekerasan, dan pasien

sudah bisa melakukan teknik relaksasi. Selanjutnya penulis akan melakukan latihan kontrol risiko perilaku kekerasan secara verbal dan melatih beribadah.

Menurut (Aristha, 2020) satu strategi untuk menurunkan dan mengatasi risiko perilaku kekerasan yaitu mendekapkan diri kepada sang Pencipta yaitu tindakan untuk menciptakan suatu ketenangan pada diri seseorang yang dapat meningkatkan hubungan yang lebih dekat dengan Tuhan dan mampu memberikan ketenangan jiwa. Penulis menyarankan kepada pasien untuk 5 waktu dan berdoa, setelah melakukannya penulis meminta pasien untuk memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan ke dalam jadwal kegiatan harian

Mengontrol secara verbal yaitu dengan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik dan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara shalat dan berdoa (Untari & Irna, 2020). Setelah melakukannya perawat meminta klien untuk memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan ke dalam jadwal kegiatan harian, dengan tujuan klien bisa mempraktekan secara mandiri.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan hari kedua penulis tidak mengalami hambatan karena pasien mulai kooperatif dalam melakukan interaksi dengan penulis. Karena pasien sudah dapat membangung rasa saling percaya dengan penulis. Dibuktikan dengan pasien mampu melakukan teknik relaksasi dan mempraktikkan menontrol secara verbal dan melakukan spiritual berdoa dengan baik dan benar. Pasien bersedia untuk melakukan teknik spiritual kurang lebihnya satu kali dalam sehari secara mandiri.

Pertemuan ketiga dilakukan pada 18 desember 2022 pukul 09:10 WIB yaitu melakukan SP 5 dengan tindakan evaluasi assesment ansietas melatih pasien cara melatih minum obat teratur dan membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah lebih bisa mengontrol rasa marah dengan kegiatan yang diberikan dan dijadwalkan.

Pertama yang dilakukan yaitu mengevaluasi assesment risiko perilaku kekerasan dan melatih minum obat secara teratur. Untuk hasilnya pasien

mengatakan ingat cara melakukan Tarik nafas dalam, pukul bantal, bicara baik dan berdoa, tetapi masih sering diingatkan 4 tahapan tersebut oleh penulis, selanjutnya penulis akan melakukan latihan kontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan hari ketiga penulis tidak mengalami banyak kendala. Pasien sudah dapat berbicara dengan rileks, pasien dapat mempertahankan kontak mata ketika berbicara dengan penulis dan pasien kooperatif, tetapi pasien mengatakan masih sering emosi dan marah karna ingat diceritakan istrinya.

Pada saat ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien selama kurang lebih 3 hari. Penulis memiliki hambatan yang berupa penulis tidak melakukan implementasi kepada keluarga pasien karena tidak adanya keluarga saat itu untuk menggali lebih dalam tentang Tn. N. Dalam kondisi saat ini penulis melakukan pendekatan dengan komunikasi terapeutik dan memberikan semangat serta motivasi untuk pasien.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan (Aristha, 2020). Evaluasi keperawatan ialah proses asuhan keperawatan terakhir yang dilakukan oleh perawat untuk memantau dan memonitor kegiatan yang telah dilakukan pada saat proses keperawatan untuk mencapai keberhasilan dari perawatan kepada pasien (Madhani & Kartina, 2020).

Dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama kurang lebih 3 hari kepada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan maka dapat disimpulkan bahwa hasil dari tindakan keperawatan tersebut adalah masalah dapat teratasi sebagian. Didapatkan hasil evaluasi yaitu pasien mampu mengenal risiko perilaku kekerasan, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan dengan teknik relaksasi (tarik nafas dalam dan pukul bantal), melatih mengontrol risiko

perilaku kekerasan secara verbal, melakukan spiritual dan minum obat secara teratur dengan baik dan benar.

Hasil evaluasi hari pertama didapatkan respon subjektif yaitu pasien mengatakan penyebab marah dan memukul orang lain yaitu karena terbayang-bayang istrinya, pasien mengatakan marah, kecewa, dan minder karena merasa jelek dan diceraikan istrinya, pasien mengatakan bersedia dilatih tarik nafas dalam dan pukul bantal data objektif yaitu pasien tampak membusungkan dada, tampak gelisah, tampak mengepalkan tangan, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 18x/menit, tekanan darah : 130/75mmhg, suhu : 36,5 °C, dan nadi : 100x/menit, pasien tampak melakukan SP 1 dan 2 dengan baik. *Assessment* yang didapatkan perawat pada hari pertama ini yaitu risiko perilaku kekerasan masih ada (RPK+). *Planning* : SP 3 dan 4: melatih pasien cara kontrol PK secara verbal dan melatih beribadah, membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Kesusahan penulis pada pertemuan pertama yaitu pasien belum stabil dan emosi naik turun, solusi pada masalah ini yaitu penulis lebih intens dalam melakukan komunikasi terapeutik supaya pasien lebih percaya dan nyaman. Hal ini sejalan dengan penelitian (Jatmika et al., 2020) yang menunjukkan bahwa sebanyak 35 orang pasien (51,5%) menerima komunikasi terapeutik yang cukup baik dari perawat, dan sebagian sebanyak 37 orang (54,4%) menunjukkan risiko perilaku kekerasan kategori sedang. Hasil analisis dengan uji ordinal by ordinal Gamma mendapatkan hasil bahwa ada hubungan signifikan antara komunikasi terapeutik dengan risiko perilaku kekerasan dengan nilai  $p = 0,001$  (nilai  $p < 0,05$ ).

Hasil evaluasi hari kedua didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah lebih bisa mengontrol rasa marah dengan tarik nafas dalam dan yang palingdisuka memukul bantal karena pasien merasa emosi bisa mereda. Respon objektif yaitu klien tampak kurang berkonsentrasi dan klien masih duduk dengan gelisah, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 20x/menit, tekanan darah : 128/80mmhg, suhu : 36 °C, dan nadi : 98 x/menit, pasien tampak bisa melakukn relaksasi yang diajarkan

dipertemuan pertama, pasien tampak memperhatikan saat diberikan SP 3 dan SP 4. *Assessment* yang didapatkan perawat pada hari pertama ini yaitu risiko perilaku kekerasan masih ada (RPK+). *Planning* : SP 5: melatih minum obat teratur dan membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Kesulitan pada pertemuan kedua yaitu pasien masih seringkali lupa dengan terapi Tarik nafas dalam dan pukul bantal, sehingga solusinya yaitu penulis mengguakan terapi music dan spiritual, hal ini sejalan dengan penelitian (Sasongko & Hidayati, 2020) yaitu Terapi musik, dzikir dan rational emotive cognitive behaviour terbukti menurunkan ambang marah, memberikan ketenangan dan meningkatkan berfikir positif klien. Perlakuan diberikan dengan menerapkan SP1-5 perilaku kekerasan dan mengkombinasikannya dengan relaksasi dzikir, musik klasik dan rational emotive cognitive behaviour therapy. Evaluasi yang dilakukan adalah nilai ambang marah sebelum dan sesudah terapi, perasaan nyaman dan berfikir positif.

Hasil evaluasi hari ketiga didapatkan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah lebih bisa mengontrol rasa marah dengan kegiatan yang diberikan dan dijadwalkan. Respon objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak lebih tenang, tampak tanda tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan : 22 x/menit, tekanan darah : 118/76 mmhg, suhu : 36,5 °C, dan nadi : 102 x/menit, pasien tampak lebih tenang, pasien tampak bisa melakukan SP 3 dan 4, pasien tampak memperhatikan saat diberikan SP 5. *Assessment* yang didapatkan perawat pada hari pertama ini yaitu risiko perilaku kekerasan masih ada (RPK+). *Planning* : SP 5 yaitu mempertahankan SP 1-5 sesuai jadwal yang sudah diberikan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Tazqiyatus Sudia, 2021) SP 1- SP 5 dapat menurunkan tingkat emosi dan risiko perilaku kekerasan dengan hasil Setelah dilakukan tindakan selama 3 hari marah pada pasien risiko perilaku kekerasan, marah dapat dikontrol. Kesulitan pada pertemuan ketiga yaitu sama dengan pertemuan sebelumnya, yaitu pasien sering lupa terapi yang diberikan yaitu SP 1-5, sehingga solusinya yaitu pasien diberikan jadwal tertulis untuk rutin melakukannya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan kepada Tn. N dan penegakan diagnosa, maka rencana selanjutnya yaitu akan dilakukan sebuah rencana keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan yang bertujuan agar klien dapat mengenal dan mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan merencanakan SP1 – SP 5 Pasien.
2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dan berdasarkan data yang didapatkan diagnosa keperawatan yaitu risiko perilaku kekerasan
3. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dan masalah risiko perilaku kekerasan penulis melakukan intervensi SP1 pasien (Tarik nafas dalam), SP 2 pasien (Teknik pukul bantal/Kasur), SP 3 pasien (cara mengontrol RPK secara verbal), SP 4 pasien (spiritual), SP 5 pasien (minum obat secara teratur) dan memasukkan kedalam jadwal harian.
4. Dalam mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan yang ada pada pasien perlu dilakukan tindakan keperawatan menggunakan SP1 pasien (Tarik nafas dalam), SP 2 pasien (Teknik pukul bantal/Kasur), SP 3 pasien (cara mengontrol RPK secara verbal), SP 4 pasien (spiritual), SP 5 pasien (minum obat secara teratur) dan memasukkan kedalam jadwal harian.
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dan berdasarkan data yang didapatkan maka dilakukan evaluasi pada pasien dan hasil evaluasi yang didapatkan pada Tn. N dengan masalah risiko perilaku kekerasan ditemukan bahwa pasien masih sering mengalami marah dan emosi Ketika ingat diceraikan istrinya, akan tetapi pasien sudah bisa belakukaan Tindakan yang diajarkan dan dijadwalkan oleh penulis.

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas yang telah disampaikan dapat memeberikan beberapa saran antara lain :

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

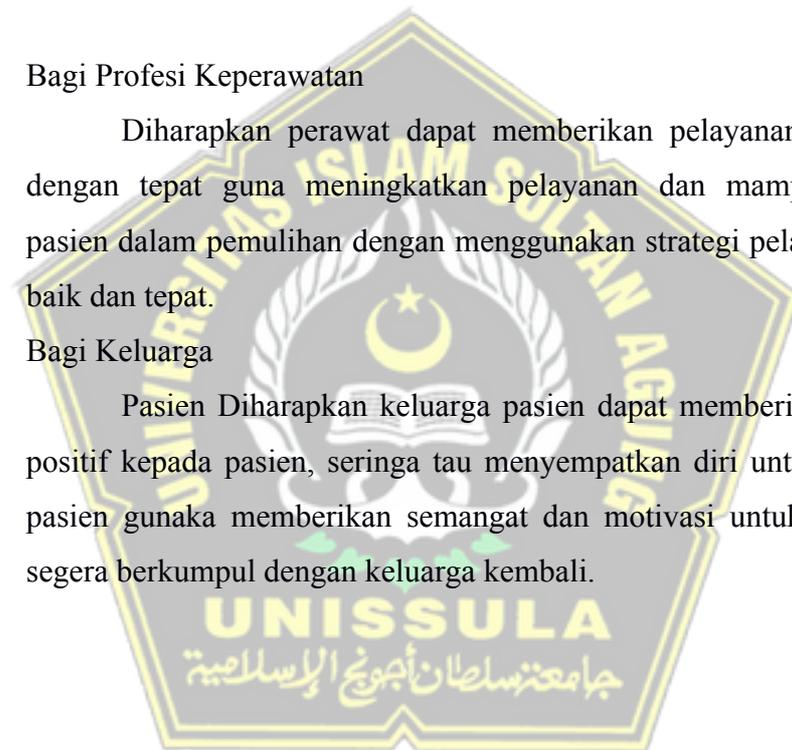
Diharapkan institusi pendidikan dapat memberikan bimbingan secara langsung di tempat praktik sehingga mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan kepada pasien dengan semaksimal mungkin.

### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan dengan tepat guna meningkatkan pelayanan dan mampu membantu pasien dalam pemulihan dengan menggunakan strategi pelaksanaan yang baik dan tepat.

### 3. Bagi Keluarga

Pasien Diharapkan keluarga pasien dapat memberikan dukungan positif kepada pasien, seringa tau menyempatkan diri untuk menjenguk pasien gunaka memberikan semangat dan motivasi untuk sembuh dan segera berkumpul dengan keluarga kembali.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aristha, K. L. (2020). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. 1–37.
- Fanny, F. (2021). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . R Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. 1–37.
- Fhadilah, Choirul, Nuriza, Adi, Soelistyo, Wien, Shobirun, & Shobirun. (2017). Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Jurnal Forum Kesehatan*, 7(2), 83–89.
- Hulu, F. W. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus. *Keperawatan Jiwa*, 1–47.
- Jatmika, D. G. P., Triana, K. Y., & Purwaningsih, N. K. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 2(1), 1–10. <https://doi.org/10.33088/jkr.v2i1.485>
- Madhani, A., & Kartina, I. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Malfasari, E., Febrina, 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>
- Naomi, D., & Gustina, E. (2022). Komunikasi Terapeutik Perubahan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan Tahun 2021 *Jurnal Kesehatan dan Fisioterapi ( Jurnal KeFis )* | e-ISSN : 2808-6171. *Jurnal Kesehatan Dan ...*, 2(April), 33–41. <https://ejournal.insightpower.org/index.php/KeFis/article/view/80%0Ahttps://ejournal.insightpower.org/index.php/KeFis/article/download/80/58>
- Sasongko, N. C., & Hidayati, E. (2020). Penerapan Terapi Musik, Dzikir dan Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Ners Muda*, 1(2), 93. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5751>
- Siauta, M., Tuasikal, H., & Embuai, S. (2020). Upaya Mengontrol Perilaku Agresif pada Perilaku Kekerasan dengan Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 27. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.1.2020.27-32>

- Swedarma, K. E., Luh, N., Ari, P., Made, N., Yundarini, C., Keperawatan, D., Kedokteran, F., Udayana, U., Klod, D. P., Denpasar, K., Sakit, R., Provinsi, J., & Bangli, K. (2023). *Pengembangan Digital: Penegakan Diagnosis Keperawatan Jiwa dengan Metode Forward Chaining Meningkatkan Efisiensi Kerja Digital Development: Psychiatric Nursing Diagnosis Enforcement with Forward Chaining Method Increasing Work Efficiency of Nurses Penda*. 11(1), 43–52.
- Syafitri, E. R., & Nuryono, W. (2020). Studi Kepustakaan Teori Konseling “Dialectical Behavior Therapy.” *Jurnal BK Unesa*, 53–59. <https://core.ac.uk/download/pdf/287304825.pdf>
- Tazqiyatus Sudia, B. (2021). Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur. *Jurnal Lentera*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1381>
- Thalib, R., & Abdullah, R. (2022). Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy Dalam Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 127–137. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.718>
- Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Upi, D. I., Rsj, W., & Soerojo, P. (2015). 3) , 1).
- 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>