

**IMPLEMENTASI TERAPI PUKUL BANTAL UNTUK  
MENGONTROL MARAH PADA PASIEN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Disusun Oleh :**

**Ika Amelia Salsabila**

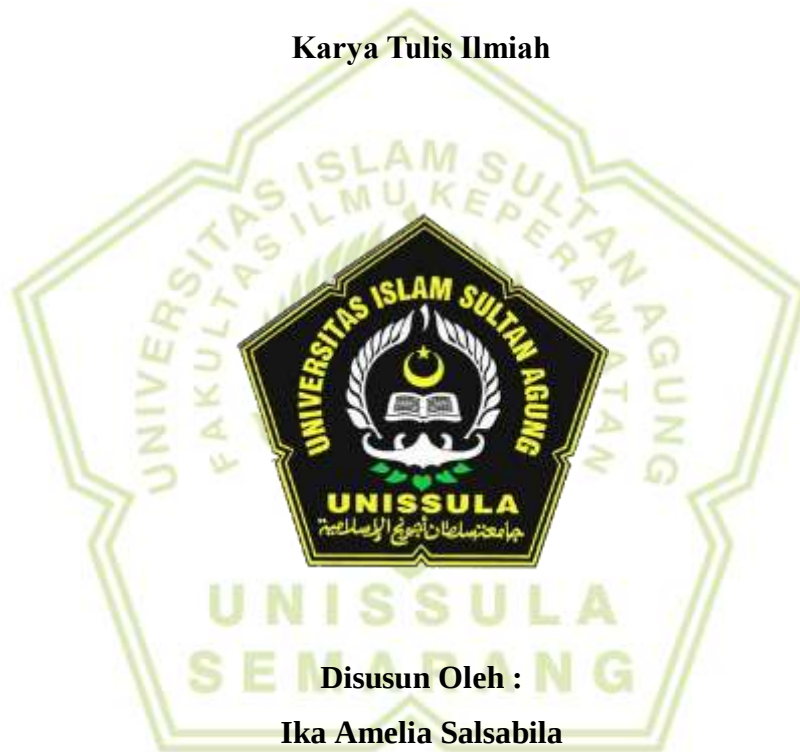
**40902200026**

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

**2025**

**IMPLEMENTASI TERAPI PUKUL BANTAL UNTUK  
MENGONTROL MARAH PADA PASIEN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

**Karya Tulis Ilmiah**



**Disusun Oleh :**

**Ika Amelia Salsabila**

**40902200026**

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

**2025**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan betul mengatakan bahwa karya tulis ilmiah dengan judul “ **Implementasi Terapi Pukul Bantal Untuk Mengontrol Marah Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan** ” penulis rancang tanpa plagiarisme relavan dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula. Apabila di lain hari saya menjalankan tidakn plagiarisme, saya siap bertanggung jawab dan menerima sanksi yang ditetapkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 16 Mei 2025  
Yang menyatakan



## HALAMAN PERSETUJUAN

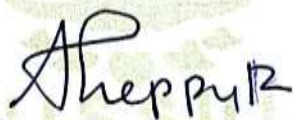
Karya tulis ilmiah dengan judul “ **Implementasi Terapi Pukul Bantal Untuk Mengontrol Marah Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan** ” Telah disahkan dan disetujui untuk dipertanggungjawabkan di depan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 7 Mei 2025

Semarang, 7 Mei 2025

Pembimbing



Dr. Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep., Sp. KepJ  
NIDN. 06-1408-7702

## HALAMAN PENGESAHAN

KTI ini sudah dipertanggungjawabkan di depan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari dan sudah dikoreksi relavan dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 23 Mei 2025

Tim Penguji

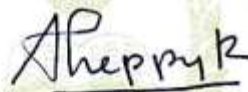
Penguji I



(Ns. Betie Febriana, M.Kep)

NIDN. 0623028802

Penguji II



(Dr. Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J)

NIDN. 0614087702

Mengetahui,

DEKAN FIK UNISSULA Semarang



(Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep)

NIDN.0622087403



## KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum wr:wb*

Puji Syukur pada Allah SWT atas berkah dan nikmat yang diberi, hingga peneliti bisa menuntaskan studi ini yang judulnya “Implementasi terapi pukul bantal untuk meningkatkan kemampuan mengontrol risiko perilaku kekerasan” untuk memenuhi tugas akhir pada Program Studi DIII Ilmu Keperawatan Unissula. Penulis juga menyadari bahwa penulisan karya ilmiah ini masih belum sempurna dan berusaha sebaik mungkin agar penyusunan ini selesai tepat waktu. Bersama ini pula dengan kerendahan hati penulis berterima kasih pada :

1. Allah SWT. Yang sudah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, hingga penulis bisa menuntaskan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH, M. Hum, Selaku Rektor Unissula.
3. Dr. Iwan Ardian, SKM. S.Kep., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula.
4. Ns. Indra Tri Astuti, M. Kep, Sp.Kep.An, selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula.
5. Para Dosen dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula.
6. Dr. Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep.,Sp. KepJ selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sabar dan selalu meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberi ilmu dan nasihat yang berguna pada perancangan KTI ini.
7. Ns. Betie Febriana, M.Kep, sebagai penguji pada KTI ini.
8. Teristimewa penulis mengucapkan Terimakasih pada kedua orang tua penulis yang di cintai yakni Ayahanda kurniaji dan teruntuk Ibunda Mas’adah, Terimakasih yang sudah memberi kasih sayang, serta memotivasi baik moral ataupun materi, ridho tercinta kasih yang tiada mungkin bisa penulis balas hanya dengan selebar kertas ucapan terimakasih ini. Saya harap ini bisa jadi tahap awal untuk membuat ibu dan ayah bahagia sebab penulis menyadari selama ini tidak bisa berbuat banyak. Terimakasih untuk kedua orang tua penulis Ayah Kurniaji dan Ibu

Mas' adah sudah menjadi alasan penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

9. Untuk sahabat penulis yang tidak bisa disebutkan satu persatu terimakasih yang sudah memberikan motivasi, membantu penulis dalam suka duka, memberi motivasi pada KTI ini.
10. Kepada teman-teman seperjuangan D3 keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula tahun 2022, yang sudah membantu, mendukung, menyemangati, serta berjuang bersama.

Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terimakasih kepada semua pihak dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa berguna untuk proses pelaksanaan penulisan Karya Tulis Ilmiah selanjutnya.

Semarang, Mei 2025

Penulis,

**Ika Amelia Salsabila**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
MEI 2025**

**ABSTRAK**

**Ika Amelia Salsabila**

**IMPLEMENTASI TERAPI PUKUL BANTAL UNTUK MENGONTROL  
MARAH PADA PASIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

**Latar belakang :** Gangguan jiwa dapat memengaruhi pikiran, perilaku, dan suasana hati seseorang. Salah satu jenis kendala itu adalah Risiko Perilaku Kekerasan, individu yang melakukan tindakan berbahaya terhadap diri sendiri atau orang lain, serta potensi merusak lingkungan.

**Tujuan :** Untuk mengevaluasi efektivitas terapi pukul bantal pada pasien yang berisiko melakukan kekerasan.

**Metode :** Metode yang dipakai pada analisis ini sifatnya deskriptif. Data disajikan dalam bentuk narasi yang didukung dengan pernyataan verbal dari responden sebagai data pendukung.

**Hasil :** dari Tn. S dan Tn. A, sama-sama dilatih untuk mengontrol kemarahan mereka. Hasilnya menunjukkan bahwa kedua pasien mengalami peningkatan signifikan dalam kemampuan mereka untuk mengendalikan emosi setelah menjalani terapi tersebut.

**Kesimpulan :** pemberian intervensi terapi pukul bantal selama tiga hari menunjukkan hasil yang efektif dalam mengatasi pasien dengan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan, dimana pasien mengatakan emosi dan marahnya terkontrol, serta pasien mampu mengendalikan marahnya dengan baik.

**Saran :** terapi pukul bantal dianjurkan sebagai salah satu tindakan fisik yang dapat digunakan dalam penanganan pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

**Kata kunci :** Terapi pukul bantal. Resiko perilaku kekerasan

**Daftar pustaka :** (2020-2024)



***NURSING DIPLOMA III STUDY PROGRAM  
FACULTY OF NURSING  
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG  
MEI 2025***

***ABSTRACT***

***Ika Amelia Salsabila***

***IMPLEMENTATION OF PILLOW HITTING THERAPY TO INCREASING  
THE ABILITY TO CONTROL THE RISK OF VIOLENT BEHAVIOR***

**Background:** Mental disorders can affect a person's thoughts, behavior, and mood. One type of obstacle is the Risk of Violent Behavior, individuals who commit dangerous acts against themselves or others, and the potential to damage the environment.

**Objective:** To evaluate the effectiveness of pillow hitting therapy in patients at risk of violence.

**Method:** The method used in this analysis is descriptive. Data is presented in narrative form supported by verbal statements from respondents as supporting data.

**Results:** from Mr. S and Mr. A, both were trained to control their anger. The results showed that both patients experienced a significant increase in their ability to control their emotions after undergoing the therapy.

**Conclusion:** the provision of pillow hitting therapy intervention for three days showed effective results in dealing with patients with a diagnosis of Risk of Violent Behavior, where patients said their emotions and anger were controlled, and patients were able to control their anger well.

**Suggestion:** pillow hitting therapy is recommended as one of the physical actions that can be used in treating patients at risk of violent behavior.

**Keywords:** Pillow hitting therapy. Risk of violent behavior

**Bibliography:** (2020-2024)

## DAFTAR ISI

|                                                              |      |
|--------------------------------------------------------------|------|
| HALAMAN JUDUL.....                                           | i    |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....                     | ii   |
| HALAMAN PERSETUJUAN.....                                     | iii  |
| HALAMAN PENGESAHAN.....                                      | iv   |
| KATA PENGANTAR.....                                          | v    |
| ABSTRAK .....                                                | vii  |
| <i>ABSTRACT</i> .....                                        | viii |
| DAFTAR ISI .....                                             | ix   |
| DAFTAR GAMBAR .....                                          | xii  |
| DAFTAR TABEL.....                                            | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN .....                                        | xiv  |
| BAB I PENDAHULUAN.....                                       | 1    |
| A. Latar Belakang .....                                      | 1    |
| B. Rumusan masalah.....                                      | 3    |
| C. Tujuan Studi Kasus.....                                   | 4    |
| D. Manfaat Studi Kasus .....                                 | 5    |
| 1. Bagi Masyarakat.....                                      | 5    |
| 2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi keperawatan .....    | 5    |
| 3. Bagi Penulis.....                                         | 5    |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....                                 | 6    |
| A. Tinjauan Pustaka .....                                    | 6    |
| 1. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan .....              | 6    |
| 2. Konsep Dasar Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....   | 11   |
| 3. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI Terapi Pukul Bantal..... | 18   |
| BAB III METODE PENULISAN.....                                | 21   |
| A. Desain atau Rancangan Studi Kasus .....                   | 21   |
| B. Subjek Studi Kasus.....                                   | 21   |
| C. Fokus Studi.....                                          | 21   |
| D. Definisi Operasional.....                                 | 21   |
| E. Tempat dan Waktu.....                                     | 22   |

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| F. Instrumen studi kasus .....                | 22 |
| G. Metode Pengumpulan Data .....              | 23 |
| 1. Metode wawancara.....                      | 23 |
| 2. Metode observasi.....                      | 23 |
| 3. Metode Dokumen.....                        | 23 |
| H. Analisis dan Penyajian Data.....           | 23 |
| I. Etika Studi Kasus .....                    | 24 |
| 1. <i>Information sheet</i> .....             | 24 |
| 2. Informed Consent.....                      | 24 |
| 3. <i>Beneficence</i> (Bermanfaat) .....      | 24 |
| 4. <i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan) ..... | 25 |
| 5. <i>Justice</i> (keadilan).....             | 25 |
| BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....  | 26 |
| A. Hasil Studi Kasus .....                    | 26 |
| 1. Pengkajian .....                           | 26 |
| 2. Analis Data.....                           | 37 |
| 3. Daftar Masalah Keperawatan.....            | 39 |
| 4. Pohon Masalah .....                        | 39 |
| 5. Diagnosa Keperawatan.....                  | 39 |
| 6. Rencana Tindakan Keperawatan .....         | 39 |
| 7. Implementasi .....                         | 40 |
| 8. Evaluasi .....                             | 48 |
| B. Pembahasan.....                            | 53 |
| 1. Pengkajian .....                           | 53 |
| 2. Diagnosa keperawatan.....                  | 56 |
| 3. Intervensi .....                           | 56 |
| 4. Implementasi .....                         | 57 |
| 5. Evaluasi keperawatan.....                  | 59 |
| C. Keterbatasan .....                         | 60 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....               | 61 |
| A. Kesimpulan.....                            | 61 |

|                     |    |
|---------------------|----|
| B. Saran.....       | 62 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | 64 |
| LAMPIRAN.....       | 66 |



## DAFTAR GAMBAR

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Rentang respon marah..... | 6  |
| Gambar 4.1 pohon masalah.....        | 39 |





## DAFTAR TABEL

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 4.1 Evaluasi sebelum dan sesudah terapi pukul bantal ..... | 53 |
|------------------------------------------------------------------|----|



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar (*Informed Consent*)

Lampiran 2. Hasil Turnitin KTI

Lampiran 3 Lembar Asuhan Keperawatan

Lampiran 4 Lembar Proses Bimbingan KTI



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Gangguan jiwa ialah perubahan dalam kesehatan mental yang berkaitan dengan suasana hati, perilaku, pemikiran, dan kognisi. Ini adalah suatu sindrom yang ditandai oleh perilaku individu yang menunjukkan adanya penderitaan atau gangguan, serta kesulitan dalam mengatasi masalah yang berdampak pada fungsi penting. Gangguan jiwa dapat memengaruhi hubungan antar individu dan interaksi sosial, dan dalam beberapa kasus, dapat memicu keinginan untuk melakukan kekerasan saat berinteraksi dengan orang lain (Aspi Kristiani, 2020). Gangguan jiwa merupakan perubahan dalam keadaan jiwa seseorang yang berakibat meningkatnya keinginan untuk menyakiti orang lain selama berinteraksi (Emelia et al., 2024).

Berdasarkan data dari WHO (World Health Organization, 2019) sekitar 970 juta orang di dunia, mempunyai gangguan mental contohnya skizofrenia. Sekitar 28 juta orang punya gangguan jiwa berat contohnya skizofrenia, yang setara dengan 300 orang. Angka ini juga menunjukkan bahwa 222 juta orang dewasa terpengaruh. Ada 280 juta orang yang mengalami depresi, termasuk 233 juta anak-anak dan remaja, sementara 40 juta orang mengalami gangguan bipolar. Gangguan kecemasan mempengaruhi sekitar 301 juta orang, termasuk 58 juta anak-anak dan remaja.

Berdasarkan data dari RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Provinsi

Jawa Tengah pada tahun 2022, mencatat 3.480 pasien dengan gangguan mental. Dari jumlah itu, 1.732 pasien, sekitar 47,75%, telah mencoba teknik memukul bantal di Ruang Endrotenoyo dengan diagnosis RPK. Penelitian ini bertujuan memberikan saluran untuk pasien yang merasa frustrasi dan emosional, berharap bahwa teknik ini dapat membantu mereka mengatasi kemarahan. Penerapan teknik memukul bantal ini tidak menimbulkan dampak negatif bagi siapa pun.

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan individu pernah atau memunyai riwayat melakukan tindakan berbahaya seperti ancaman, menyakiti diri atau orang lain, serta merusak lingkungannya baik secara fisik, emosionalnya ataupun seksual. Tanda-tanda yang bisa dikenali mencakup perubahan dalam pola pikir, emosi, kondisi fisik, sikap, dan interaksi sosial. Mereka juga cenderung lebih mudah tersinggung dan marah, amuk, serta berpotensi melakukan tindakan berbahaya pada diri sendiri atau orang lain (Mohd Syukri, 2023).

Terapi pukul bantal ialah terapi untuk mengurangi resiko melakukan menciderai diri atau orang lain dikarenakan status emosi pasien, maka perlu dilakukan terapi yang berguna untuk menyalurkan energi yang konstruktif dengan cara fisik, salah satunya adalah teknik memukul bantal. Teknik ini digunakan agar energi marah yang dialami oleh pasien dapat tersalurkan dengan baik sehingga tidak menciderai diri dengan orang lain dan maladaptif menjadi adaptif (TIM FIK UNISSULA, 2023).

Dampak dari penggunaan teknik memukul bantal pada pasien dengan

diagnosa RPK terdapat peningkatan RPK yang berbeda antara sebelum dan sesudah diterapkannya terapi pukul bantal. Namun, nilai signifikan yang mendekati angka sempurna terlihat pada pasien yang mendapat terapi tersebut. Ini mengindikasikan bahwa teknik memukul bantal memiliki pengaruh positif terhadap status emosional dan dapat memberikan bantuan yang baik (Nay Avelina, 2024).

Untuk mengurangi kemungkinan terjadinya kekerasan, penting untuk memiliki pendekatan yang tepat. Salah satu metode yang dapat dipakai teknik memukul bantal. Metode ini bertujuan untuk membantu orang menyalurkan emosi marah mereka tanpa membahayakan orang lain. Penulis ingin mengeksplorasi seberapa efektif terapi memukul bantal dalam mencapai tujuan ini (Hastuti, 2020).

Dari konteks yang telah dijelaskan, penulis merasa tertarik untuk menggagas penulisan KTI dengan judul “ Implementasi Terapi Pukul Bantal Untuk Mengontrol Marah Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan” .

## **B. Rumusan masalah**

Dari latar belakang yang sudah dipaparkan dan disusun oleh penulis, ingin mengetahui bagaimana keefektifan dari implementasi terapi pukul bantal untuk mengontrol marah pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Provinsi Jawa Tengah?

## **C. Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan umum**

Mendeskripsikan keefektifan asuhan keperawatan dengan implementasi terapi pukul bantal untuk mengontrol marah pada pasien risiko perilaku kekerasan.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada Tn. S dan Tn. A implementasi terapi pukul bantal untuk meningkatkan kemampuan mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- b. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan jiwa pada Tn. S dan Tn. A implementasi terapi pukul bantal untuk meningkatkan kemampuan mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan jiwa pada Tn. S dan Tn. A implementasi terapi pukul bantal untuk meningkatkan kemampuan mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- d. Melakukan tindakan implementasi terapi pukul bantal pada Tn. S dan Tn. A untuk meningkatkan kemampuan mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan.
- e. Melakukan evaluasi terapi pukul bantal pada Tn. S dan Tn. A untuk meningkatkan kemampuan mengontrol marah pada pasien resiko perilaku kekerasan.



## **D. Manfaat Studi Kasus**

### **1. Bagi Masyarakat**

Dengan terdapatnya studi kasus ini, diharapkan masyarakat terutama yang memiliki Perilaku Kekerasan dapat lebih efektif dalam mengendalikan kemarahan mereka dengan menggunakan teknik memukul bantal, sehingga tidak menimbulkan cedera pada orang lain.

### **2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi keperawatan**

Melalui hasil studi kasus ini, penulis berharap bisa memberikan kontribusi dan materi pengajaran, terutama dalam hal implementasi terapi pukul bantal untuk meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan.

### **3. Bagi Penulis**

Untuk memperluas serta melengkapi pengetahuan dan pemahaman mengenai hasil dalam implementasi terapi pukul bantal untuk meningkatkan kemampuan mengelola tindakan kekerasan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

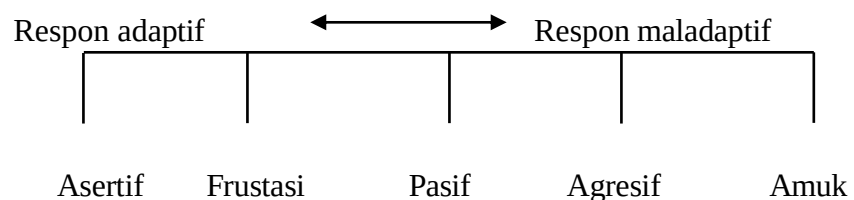
###### a. Definisi

Resiko perilaku kekerasan merupakan kondisi seseorang individu pernah atau memiliki riwayat mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungannya dengan cara fisik emosionalnya, seksual maupun lisan, dikarenakan individu tidak mampu mengendalikan dan mengontrol marahnya secara konstruktif (Ninik Yunitri, 2019).

Resiko perilaku kekerasan terjadi ketika seseorang pernah kehilangan kendali atas membahayakan tindakan mereka, baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Yusuf, A.H &, 2022).

###### b. Rentang respon marah

Rentang kemarahan yang dirasakan setiap seseorang bervariasi, mulai dari feedback yang bersifat adaptif sampai yang maladaptif.



**Gambar 2.1 Rentang respon marah**

(Yusuf, A.H &, 2022)

Keterangan :

**Adaptif :**

- 1) Asertif cara seseorang untuk menyatakan kemarahan tanpa menyakiti orang lain
- 2) Frustrasi seseorang ketika ada hambatan atau tidak tercapainya harapan menghalangi mereka untuk mencapai tujuannya.

**Maladaptif :**

- 1) Pasif merupakan respons yang tidak mampu ditunjukkan oleh pasien untuk mengkomunikasikan atau menunjukkan perasaan mereka saat itu.
- 2) Agresif merupakan tindakan yang dapat dikendalikan dan merusak, seperti membanting atau melempar sesuatu, tetapi tetap dalam batas kontrol.
- 3) Amuk merupakan rasa gaduh gelisah disertai hilangnya kontrol pada diri.

**c. Etiologi**

Salah satu alasan mengapa klien melakukan tindakan kekerasan adalah karena faktor sosial budaya. Individu biasanya akan merasa marah ketika mereka merasa terancam, baik secara fisik maupun psikis. Ketika seseorang menghadapi situasi seperti penghinaan, kehilangan, atau masalah dengan keluarga, emosi mereka cenderung meningkat (Ninik Yunitri, 2019).

Dalam buku SDKI (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) menyebutkan penyebab perilaku kekerasan sebagai berikut:

- 1) Individu tidak mampu mengendalikan emosi atau marah
- 2) Stimulus lingkungan
- 3) Terdapat permasalahan interpersonal
- 4) Status mental berubah
- 5) Penggunaan obat dihentikan atau terputus
- 6) Penggunaan alkohol

**d. Proses Terjadinya Masalah**

Proses terjadinya resiko perilaku kekerasan berawal dari adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun penjelasannya sebagai berikut : (sri Laela, 2018)

1) Faktor Presdiposisi meliputi :

a) Faktor Biologis

Terdapat faktor genetik yaitu ada anggota keluarga yang selalu menunjukan tindakan bahkan melakukan kekerasan, Selain itu, mengonsumsi alkohol dan obat-obatan terlarang dapat meningkatkan resiko gangguan jiwa atau perilaku kekerasan.

b) Faktor Psikologis

Individu mungkin merasa tidak berdaya dan kesulitan untuk mengungkapkan pikiran atau emosi. Mereka juga bisa merasakan penolakan dari keluarga atau masyarakat.

Hal ini bisa menyebabkan masalah yang tidak terungkap, yang dapat menyebabkan stres, kecemasan, dan kemarahan. Individu dengan ketidakstabilan emosional dan spiritual lebih rentan terhadap gangguan mental atau perilaku kekerasan.

## 2) Faktor Presipitasi

Faktor yang memengaruhi individu bisa berasal dari sumber eksternal dan internal. Faktor eksternal termasuk pengalaman menjadi korban kekerasan dan lingkungan yang tidak mendukung, seperti diskriminasi. Faktor internal meliputi pengalaman ditinggalkan oleh orang terkasih dan ketakutan yang berlebihan terhadap penyakit.

### e. Manifestasi klinis

Menurut (PPNI SDKI, 2016) menyatakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu:

Mayor:

- 1) Subjektif : berkata dengan kata-kata kasar, mengancam, suara tinggi, berbicara ketus.
- 2) Objektif : berkelahi dengan orang lain, menyakiti diri sendiri atau lingkungan, perilaku agresif atau amuk.

Minor:

- 1) Objektif : pandangan nya tajam, postur tubuh kaku, wajah memerah, mata melotot dan rahang mengatup.

**f. Penatalaksanaan****a. Penatalaksanaan medis**

- 1) Nozinan sebagai pengontrol perilaku kekerasan.
- 2) Haloperidol yaitu mengontrol psikis dan perilaku merusak diri.
- 3) Thrihexiphenidil mengontrol perilaku merusak diri dan memenangkan hiperaktivitas.
- 4) ECT (Elektro Convulsive Therapy) menenangkan pasien bila mengarah pada keadaan amuk.

**b. Penatalaksanaan keperawatan untuk resiko perilaku kekerasan meliputi beberapa strategi :**

- 1) Penting untuk membicarakan kejadian yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan dan mengidentifikasi penyebab perubahan emosi.
- 2) Pasien harus berlatih mengendalikan amarah untuk mengurangi beban emosional.
- 3) Ada cara untuk mengontrol tindakan kekerasan dengan teknik relaksasi, seperti bernapas dalam dan memukul bantal.
- 4) Pasien juga perlu mengetahui jadwal obat, dilatih secara verbal, dan untuk meningkatkan aspek spiritual (Mohd Syukri, 2023).

## 2. Konsep Dasar Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

### a. Pengkajian

Pengumpulan data melibatkan beberapa data yang butuh dituntaskan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu :

#### 1) Identitas pasien

Kaji pada pasien seperti nama, gender, usia, alamat, dan pekerjaan.

#### 2) Alasan masuk pasien

Menganalisis penyebab rawatan dan upaya keluarga.

#### 3) Faktor presipitasi

Kaji faktor penting yang mengakibatkan secara langsung pasien dirawat dirumah sakit

#### 4) Faktor presdiposisi

Kaji kekambuhan pada pasien seperti ekspresi emosional, kepatuhan pengobatan

#### 5) Pemeriksaan fisik

Mencakup tanda-tanda vital, pengukuran TB dan BB, keluhan pasien tentang kesehatan, dan riwayat pengobatan penyakit fiisk

#### 6) Psikososial

##### a) Genogram

Mengkaji mengenai genogram, genogram dibentuk 3 generasi



b) Konsep diri

Kaji mengenai gambaran diri, identitas diri pasien, citra tubuh pasien, peran diri, cita-cita diri, dan harga diri.

c) Hubungan social

Kaji terkait orang yang paling terdekat saat dirumah maupaun setelah dirumah sakit, tanyakan kegiatan kelompok apa yang sudah dilakukan

d) Spiritual

Kaji terkait nilai keyakinan, kegiatan ibadah

7) Status mental

Mengkaji mengenai penampilan pasien, cara berbicara, aktivitas otot, keadaan afektif, dan interaksi dengan pewawancara, persepsi dan proses pikir pada pasien (Ratnasari, 2021).

**b. Analisis Data**

Data yang perlu dikaji

Data yang butuh dianalisa pada pasien resiko perilaku kekerasan :

1) Data subjektif

a) Berbicara dengan kata-kata kasar

b) Mengancam

c) Berbicara dengan nada yang keras

d) Ketus saat di ajak bicara

2) Data objektif

a) Tatapan tajam

- b) Menyerang orang lain
- c) Wajah merah
- d) Postur tubuh kaku
- e) Mengepalkan tangan
- f) Mencederai diri sendiri
- g) Mencederai orang lain (PPNI SDKI, 2016).

#### **c. Diagnosa keperawatan**

Adapun Diagnosa keperawatan pasien yang muncul pasien dengan gangguan resiko perilaku kekerasan ialah Resiko Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah Kronis (PPNI SDKI, 2016).

#### **d. Perencanaan**

Tujuan perawatan pasien yang rentan terhadap perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- 1) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan
- 2) Klien dapat mematuhi program pengobatan dengan sepenuhnya.

#### **Strategi pelaksanaan**

##### **a) Strategi pelaksanaan pasien**

- 1) SP 1 Pasien : Latih pasien mengelola perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 ialah tarik nafas dalam :

- a) Jelaskan penyebab, gejala klinis, tindakan kekerasan yang dilakukan, dampak yang ditimbulkan, serta metode untuk mengendalikan marah.

- b) Bantu klien dalam berlatih cara mengendalikan tindakan kekerasan dengan tarik napas dalam
  - c) Sarankan klien untuk mencatat aktivitas tersebut dalam jadwal harian mereka.
- 2) SP 2 Pasien : Latih pasien mengelola tindakan kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal :
- a) Evaluasi SP 1
  - b) Lakukan melatih mengontrol dengan menggunakan bantal, dan bantu klien dalam melaksanakan latihan tersebut dengan tepat
  - c) Sarankan klien untuk mencatat kegiatan tersebut ke pada jadwal harian
- 3) SP 3 Pasien : Latih mengelola tindakan kekerasan dengan cara verbal :
- a) Evaluasi SP II
  - b) Bantu klien untuk belajar mengendalikan tindakan kekerasan dengan komunikasi verbal. Juga, dampingi klien agar bisa menerapkan cara ini dengan benar dan efektif.
  - c) Sarankan klien untuk mencatat kegiatan tersebut ke dalam jadwal hariannya
- 4) SP 4 Pasien : berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual :

- a) Evaluasi SP 3
- b) Bantu klien dalam melatih mengontrol marah melalui aktivitas spiritual, dan bantu klien dalam menerapkan metode tersebut dengan tepat
- c) Anjurkan klien untuk mencatat kegiatan tersebut ke dalam jadwal harian pribadinya

5) SP 5 Pasien : Berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat :

- a) Evaluasi SP 4
- b) Bantu klien dalam mengelola tindakan kekerasan melalui disiplin minum obat, dan bantu klien dalam menerapkan metode tersebut.

**b) Tata cara perlakuan keluarga**

- 1) SP 1 Keluarga : Beritahu keluarga klien dan beri apa saja tindakan yang akan diberikan pada klien
  - a) Identifikasi permasalahan yang dialami keluarga saat akan melakukan perawatan pada klien
  - b) Jelaskan definisi, sebab, manifestasi klinis, akibat, dan akibat yang ditimbulkan
  - c) Jelaskan cara merawat klien tindakan kekerasan
- 2) SP 2 Keluarga : Beritahu cara mengontrol perilaku kekerasan
  - a) Latih keluarga praktek merawat klien

3) SP 3 Keluarga :

- a) Melatih secara langsung keluarga menjalankan cara mengurus klien

4) SP 4 Keluarga :

Tindakan :

- a) Fasilitasi keluarga merancang jadwal aktivitas di rumah untuk klien dan obat
- b) Menjelaskan apa yang harus dilakukan sesudah pasien diperbolehkan untuk pulang (TIM FIK UNISSULA, 2023).

Tujuan perawatan pasien yang rentan terhadap harga diri rendah kronis yaitu:

- 1) Pasien bisa mengenali keterampilan positif yang pasien punya
- 2) Pasien bisa memilah keterampilan yang bisa dipakai
- 3) Pasien bisa melakukan aktivitas sesuai kondisi sakit dan kemampuannya

**Strategi pelaksanaan**

**a) Strategi pelaksanaan pasien**

1) SP I pasien

- a) Mengidentifikasi keterampilan positif pasien
- b) Membantu menilai keterampilan yang bisa dilakukan
- c) Membantu kegiatan pasien untuk dilatih selaras dengan keterampilan pasien

- d) Melatih pasien
  - e) Mengapresiasikan kemampuan positif pasien
  - f) Memfasilitasi pasien membuat jadwal harian
- 2) SP II pasien
- a) Mengevaluasi SP I
  - b) Belajar keterampilan selanjutnya (kedua)
  - c) Mendukung pasien untuk latihan keterampilan kedua di jadwal yang dibuat.

**b) Strategi pelaksanaan keluarga**

- 1) SP I keluarga
- a) Memfasilitasi keluarga mengungkapkan keadaan yang dihadapi saat merawat pasien
  - b) Menjelaskan semua hal mengenai HDR (definisi, simptom, akibat dan sebab)
  - c) Menjelaskan bagaimana perawatan pasien HDR
- 2) SP II keluarga
- a) Mencontohkan keluarga praktek bagaimana menjaga pasien.
- 3) SP III keluarga
- a) Mencontohkan keluarga menjalankan cara menjaga pasien langsung pada pasien HDR
- 4) SP IV keluarga

- a) Bersama keluarga membuat rencana kegiatan dirumah including obat
  - b) Menyatakan folow up pasien sesudah pulang
- (TIM FIK UNISSULA, 2023).

#### **e. Implementasi**

Dalam keperawatan implementasi benar-benar menjalankan hal untuk mengapai maksud yang sudah ditetapkan. Tugas lain yang terlibat dalam implementasi termasuk mengumpulkan data secara terus-menerus, meninjau data yang baru lalu dikumpulkan (Hadinata, D. & Abdillah, 2021).

#### **f. Evaluasi**

Evaluasi ialah suatu perlakuan intelektual yang bertujuan untuk menuntaskan proses asuhan perawat, dengan melakukan evaluasi menunjukan seberapa jauh rencana tindakan, diagnosis keperawatan dan proses asuhan keperawatan yang tercapai sudah dilaksanakan (Rahmayanti et al., 2024).

### **3. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI Terapi Pukul Bantal**

#### **a. Pengertian**

Terapi pukul bantal merupakan teknik untuk meluapkan energi marah secara konstruktif agar perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif. Terapi ini digunakan pada pasien yang memiliki resiko perilaku kekerasan dan dapat digunakan pada saat pasien mengalami peningkatan status emosi (marah).



Resiko perilaku kekerasan dengan terapi pukul bantal dapat digunakan untuk mengontrol perilaku kekerasan. Selain itu, terapi pukul bantal yang diberikan kepada klien dapat meningkatkan kemampuan klien dalam mengontrol marahnya. Mengenai pengaruh terapi pukul bantal pada pasien dengan perilaku kekerasan, diketahui bahwa terapi pukul bantal efektif dalam mengontrol perilaku kekerasan (sri Laela, 2018).

#### **b. Indikasi**

Terapi ini ditujukan untuk pasien yang mengalami kecemasan, kemarahan, atau emosi negatif lainnya yang dapat memicu perilaku kekerasan. Dalam konteks ini, pendekatan terapeutik berfokus pada pengelolaan dan pengendalian emosi, sehingga individu dapat belajar mengenali pemicu yang menyebabkan reaksi negatif dan mengembangkan strategi coping yang lebih sehat. Dengan demikian, terapi ini tidak hanya bertujuan untuk meredakan gejala kecemasan dan kemarahan, tetapi juga untuk mencegah potensi perilaku agresif yang bisa membuat rugi dirinya sendiri maupun orang lain. Melalui proses ini, diharapkan pasien dapat mencapai keseimbangan emosional yang lebih baik dan menaikkan kualitas hidup mereka (Aspi Kristiani, 2020).

#### **c. Prosedur Intervensi**

Prosedur tindakan keperawatan dengan teknik pukul bantal pada pasien yang mengalami perilaku kekerasan sebagai berikut:

- 1) Persiapan
  - a) Bantal
  - b) Kursi
- 2) Pelaksanaanya
  - a) Klien dalam posisi duduk dikursi
  - b) Bantal ditempatkan dipangkuan
  - c) Tarik napas dalam kemudian tahan lalu dikeluarkan lewat mulut
  - d) Kepalkan satu tangan lalu pukul bantal dengan kencang
  - e) Ketika salah satu tangan lelah dapat bergantian tangan satunya
  - f) Teknik ini dilakukan selama 10-15 menit
  - g) Hentikan memukul bantal ketika merasa kelelahan dan perasaan marah telah tersalurkan
  - h) Kembalikan bantal dan rapikan tempat seperti semula (Aspi Kristiani, 2020).

### **BAB III**

#### **METODE PENULISAN**

##### **A. Desain atau Rancangan Studi Kasus**

Studi kasus dengan memakai metode deskriptif merupakan bentuk rancangan penulisan yang dipakai pada KTI ini. Studi kasus yang dirancang untuk mempelajari sesuatu unit secara menyeluruh, seperti individu klien, keluarga, komunitas ataupun institusi.

Rancangan penulisan yang digunakan dalam penyusunan dengan judul “ Implementasi Terapi Pukul Bantal Untuk Meningkatkan Kemampuan Mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan ”.

##### **B. Subjek Studi Kasus**

Studi kasus ini membahas resiko tindakan kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo, khususnya pada pasien skizofrenia yang agresif. Penelitian ini melibatkan dua pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan di rumah sakit tersebut.

##### **C. Fokus Studi**

Fokus studi penulisan yaitu mengimplementasikan pemberian terapi pukul bantal untuk meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan.

##### **D. Definisi Operasional**

1. Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami kesulitan dengan persepsinya terhadap kehidupan, kesulitan dalam menentukan sikap bagi dirinya sendiri (Ratnasari, 2021).

2. Resiko perilaku kekerasan merupakan bentuk Risiko perilaku kekerasan merupakan sebuah tindakan yang berpotensi membahayakan baik orang lain maupun diri sendiri secara fisik, emosi dan atau seksual (PPNI SDKI, 2016). Hal ini berbeda dengan keadaan atau kondisi perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan merupakan sebuah emosi marah yang dirasakan oleh seseorang dan ditunjukkan secara berlebihan dan tidak terkendali baik itu secara lisan atau bahkan mencederai orang lain dan atau merusak sekitarnya (Pongdatu et al., 2020).
3. Terapi pukul bantal merupakan suatu metode yang digunakan untuk meminimalkan resiko perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa, dengan terapi pukul bantal, pasien dapat melepaskan ketegangan dan energi negatif dengan cara yang sehat, yang pada akhirnya dapat membantu mereka mengontrol marah dengan lebih baik dan mencegah potensi bahaya terhadap diri sendiri dan orang lain (Nay & Avelina, 2024).

#### **E. Tempat dan Waktu**

Penulis menerapkan studi kasus ini di Ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah selama 3 hari, yakni dari hari Senin hingga Rabu, pada tanggal 16 sampai 18 Desember 2024.

#### **F. Instrumen studi kasus**

Instrumen studi kasus ini menggunakan format evaluasi pasien dengan gangguan jiwa, fokus pada pasien beresiko perilaku kekerasan. Data diperoleh dari pengkajian langsung dan catatan medis untuk diagnosa

keperawatan. Diagnosa ini akan memandu penulis dalam merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan yang tepat serta mengevaluasi hasilnya.

### **G. Metode Pengumpulan Data**

Metode penghimpunan data pada kasus ini memakai tiga cara yaitu:

#### **1. Metode wawancara**

Untuk mendapatkan data spesifik, wawancara harus mencakup pertanyaan mengenai keluhan utama, identitas pasien, riwayat penyakit dahulu, riwayat sekarang, riwayat penyakit keluarga, dan informasi tambahan dari pasien.

#### **2. Metode observasi**

Metode pengumpulan data dilakukan dengan mengamati pasien untuk mendapatkan gambaran dari subjek penelitian. Penulis memilih observasi partisipatif, di mana peneliti terlibat langsung dalam situasi tertentu untuk mencari data. Metode ini mempermudah peneliti dalam mengumpulkan informasi. Penulis juga menggunakan lembar observasi checklist untuk mencatat subjek dan informasi tambahan dari pengamatan.

#### **3. Metode Dokumen**

Memperoleh data dan informasi yang bersumber dari catatan riwayat pasien.

### **H. Analisis dan Penyajian Data**

Analisis data dimulai setelah data dikumpulkan. Metode ini membuat pendapat dalam diskusi dengan mempresentasikan fakta yang dibandingkan

dengan teori. Rumusan masalah ditentukan melalui observasi dari studi dokumentasi dan narasi jawaban wawancara. Teori juga digunakan untuk membuat saran keperawatan.

Penyajian data disesuaikan dengan studi kasus deskriptif, dengan fokus tentang bagaimana terapi pukul bantal membantu pasien mengontrol marah di RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Provinsi Jawa Tengah mengurangi kemarahan.

## **I. Etika Studi Kasus**

Masalah etika dalam studi kasus keperawatan penting karena melibatkan interaksi langsung dengan manusia. Aspek etika mesti dipedulikan sebab setiap orang memiliki hak asasi yang perlu dihormati. Studi kasus yang mempertimbangkan masalah etika mencakup beberapa hal yaitu (Pardede, 2021) :

### **1. *Information sheet***

Merupakan dokumen yang memuat informasi tentang calon subjek penelitian dan keluarganya sebelum mereka mengambil keputusan untuk menyetujui atau menolak partisipasi dalam penelitian.

### **2. *Informed Consent***

Studi harus mempertimbangkan hak subjek untuk mendapatkan informasi terbuka tentang proses penelitian, otonomi, dan kebebasan untuk membuat keputusan sendiri.

### **3. *Beneficence (Bermanfaat)***

Pasien diberitahu bahwa latihan pukul bantal tidak membahayakan.

Prinsip moral benefice menekankan tindakan untuk kebaikan pasien. Ini memberikan informasi tentang kemajuan keperawatan serta meningkatkan kualitas perawatan yang sesuai dengan keinginan pasien. Perawat didorong untuk memikirkan manfaat setiap prosedur. Misalnya, pasien dapat merasa lebih baik dan kurang stres setelah terapi pukul bantal.

#### **4. *Confidentiality* (Kerahasiaan)**

Setiap orang punya hak dasar, yaitu kebebasan pribadi dan privasi. Ini berarti bahwa pengungkapan informasi pribadi, terutama yang pribadi, harus dilakukan dengan hati-hati dalam penelitian. Untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan subjek penelitian, tidak boleh ada data identitas seperti alamat atau nama subjek pada kuesioner atau alat ukur (Madhani & Kartina, 2020).

#### **5. *Justice* (keadilan)**

Penulis tidak membedakan pasien, dalam bekerja memberikan asuhan keperawatan sesuai hukum, standar praktek dalam memperoleh kualitas layanan keperawatan.



## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Pada studi kasus penulis membahas mengenai penerapan terapi pukul bantal pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan pada Tn.S dan Tn.A dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan dan halusinasi di ruang Endrotenoyo RSJD Dr. Amino gondohutomo semarang. Asuhan keperawatan di lakukan selama 3 hari pada tanggal 16 Desember 2024 sampai dengan 18 Desember 2024. Berdasarkan pengamatan, pemeriksaan fisik, dan diskusi dengan pasien. Selama proses pengkajian awal di lakukan tindakan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **1. Pengkajian**

##### **a. Identitas**

##### **1) Pasien 1**

Penulis melakukan pengkajian pada 16 Desember 2024 di Ruang Endrotenoyo RSJD Dr Amino Gondohutomo di Jawa Tengah. Data pasien menunjukkan bahwa pasien bernama Tn. S, berumur 58 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dan beragama Islam. pasien tinggal di Desa Bojongnangka, Kecamatan Pemalang, Kabupaten Pemalang, dengan tanggung jawab pasien dipegang oleh tetangganya.

## 2) Identitas pasien 2

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 16 Desember 2024 Di Ruang Endrotenoyo RSJD Dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Data pasien menunjukkan bahwa pasien bernama Tn. A, berumur 42 tahun, jenis kelamin laki-laki, dan beragama islam. Pasien tinggal di Desa Watusari Rt 02 rw 06 patemon, dengan tanggung jawab pasien dipegang oleh ipar.

### b. Alasan masuk

Pasien mengatakan pasien dibawa ke RSJ pada tanggal 15 desember 2024 di bawa oleh tetangganya karena dirumah tiba-tiba marah dan merusak kaca rumah milik tetangganya, lalu ibunya meminta tetangganya membawanya untuk dibawa ke RSJD Amino Gondohutomo agar mendapatkan perawatan yang intensif.

Untuk pasien Tn. A dibawa ke RSJD Amino pada tanggal 14 desember 2024 di bawa oleh iparnya karena dirumah klien suka melempari batu orang yang lewat, mengamuk dan menyakiti diri sendiri dengan memukul tembok.

### c. Faktor presdiposisi dan presipitasi

Untuk Tn. S mengatakan pernah dibawa ke RSJD pada tahun 2024. Pasien sebelumnya dianggap pasien kurang berhasil, pasien dapat beradaptasi dimasyarakat tetapi masih belum bisa untuk mengontrol atau mengendalikan emosinya dan kadang merasakan tegang di saraf punggung, pasien kontrol di RSJD Amino namum 1 bulan terakhir

tidak kontrol dan obatnya habis, pasien kambuh yang ke sekian kalinya. Selain itu pasien adalah seorang kepala keluarga yang memiliki istri yang pemarah, jika pasien marah pasien tidak pernah mengungkapkan marah kepada istrinya, pasien selalu diam. Setelah pasien mengalami riwayat yang sekarang pasien ditinggal istri dan anak-anaknya. Keluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit serius dan penyakit psikis seperti dirinya.

Tn. A mengatakan pernah merasakan gangguan jiwa di masa lalu dan pernah dirawat inap di RSJ Dr. Amino pada bulan Mei 2024 yang lalu dengan keluhan yang sama. Pasien sebelumnya dianggap pasien kurang berhasil, karena selama di rumah pasien mengatakan tidak rutin minum obat dan jarang kontrol akhirnya terjadi kekambuhan pada pasien. Sebelumnya pasien pernah mengalami bullying oleh teman-temannya bahkan sampai dipukul hingga terluka, selain itu pasien mempunyai riwayat sebagai korban tindakan penolakan dari keluarganya, pasien sering mendapatkan penolakan dari keluarga sejak kecil karena dianggap sebagai beban. Sehingga pasien meluapkannya dengan memukul tembok. Selain itu, pasien mengalami trauma karena teman- temannya selalu membuli dan memukulnya. Keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit serius dan penyakit psikis seperti dirinya.

d. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik ditemukan data Tn. S meliputi TD :160/90 mmHg, Respirasi : 20x/menit, Nadi : 89x/menit, Suhu : 36,7<sup>0</sup>C, SPO2 : 99%, TB : 160 Cm, BB : 65 Kg, pasien tidak mengalami keluhan fisik dan hasil dari tanda-tanda vital tensinya tinggi.

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik ditemukan data Tn. A meliputi TD :125/93 mmHg, Respirasi : 20x/menit, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,5<sup>0</sup>C, SPO2 : 99%, TB : 169 Cm, BB : 59 Kg dan pasien tidak mengalami keluhan fisik dan hasil dari tanda-tanda vital normal semua.

e. Psikososial

1) Genogram

Dari analisa genogram ditemukan data Tn. S bahwa pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara dan menikah dengan istrinya anak ke 3 dari 4 bersaudara. Pasien mempunyai tiga anak laki-laki semua. Untuk ayahnya sudah meninggal dan pasien tinggal bersama ibunya.

Dari analisis genogram ditemukan data bahwa Tn. A ialah anak terakhir dari 8 bersaudara, ayahnya sudah meninggal, pasien tinggal bersama ibunya, pasien belum menikah dan berkeluarga.

## 2) Konsep diri

Tn. S mengatakan senantiasa bersyukur dengan bentuk tubuhnya yang rapi dan bersih dan tidak pernah mengeluh dengan identitasnya sebagai laki-laki yang berusia 58 tahun. Di rumah pasien berperan sebagai suami, tetapi anak dan istrinya meninggalkannya, sekarang pasien tinggal bersama ibunya. Pasien merasa tidak percaya diri dengan orang disekitarnya karena tidak dapat melakukan apapun, pasien merasa harga dirinya rendah karena tidak berguna.

### **Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronis**

Tn. A menyatakan senantiasa bersyukur dengan bentuk tubuhnya yang rapi dan bersih dan tidak pernah mengeluh dengan identitasnya sebagai laki-laki berusia 42 tahun yang belum menikah. Di rumah pasien berperan sebagai anak, sekarang dirinya tinggal bersama ibunya. Harga diri pasien menyatakan dirinya tidak dianggap oleh kakaknya, pasien menyatakan malu dengan orang lain karena merasa diri sendiri tidak bermanfaat.

### **Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronis**

## 3) Hubungan sosial

Setelah dilakukan pengkajian Tn. S menyatakan orang yang paling berharga ialah ibunya sebab membuat ia semangat untuk hidup. Pada aktivitas grup sebelum sakit pasien tidak sering ikut aktivitas masyarakat dikarenakan hubungannya dengan

tetangganya tidak harmonis. Tetapi, saat pasien mengalami gangguan lebih pasien lebih memilih menyendiri, karena merasa malu, dan tidak ada kontak mata saat berbicara.

Setelah dilakukan pengkajian Tn. A menyatakan orang yang paling berharga ialah ibunya sebab membuat ia semangat untuk sembuh. Pada aktivitas grup sebelum sakit pasien termasuk tidak pernah ikut acara disekitar rumah seperti kerja bakti dan gotong royong. Saat pasien mengalami gangguan lebih pasien lebih memilih menyendiri, Pasien mengatakan sering tersinggung saat berbicara dengan orang lain dan klien merasa dirinya dinilai jelek oleh lingkungannya.

#### 4) Spiritual

Tn. S mengatakan beragama islam, sebelum di Rumah sakit pasien jarang untuk melakukan sholat 5 waktu. Di RS pasien juga jarang menjalankan sholat 5 waktu.

Tn. A mengatakan beragama islam, tetapi pasien terkadang melakukan ibadah sholat 5 waktu. Di RSJ pasien pun tidak menjalankan sholat 5 waktu.

#### f. Status mental

Penampilan Tn. S berpakaian dengan rapi, penampilan pasien terlihat begitu rapi serta kuku pasien tidak panjang. Pasien memakai pakaian sesuai antara atas dan bawah. Pasien mandi sehari 2 kali di pagi hari dan sore hari. Pasien mandi dengan menggunakan sabun



dan menggosok gigi. Pasien selalu menjemur handuknya dengan baik setelah mandi. Ketika di wawancarai pasien berbicara menggunakan nada tinggi, cepat tetapi masih bisa dipahami dan mudah tersinggung (Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan). Sebelum dijalankan peninjauan pada pasien sudah terlihat pandangannya tajam, postur tubuh agak kaku dan saat dilakukan pengkajian pasien merasa gelisah dan khawatir pasien mengatakan tidak pernah dijenguk keluarganya dirinya merasa tidak di anggap (Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronis). Pasien menyatakan tidak pernah melihat, mendengar, mengecap, meraba, bahkan mencium hal yang tidak jelas wujudnya. Pasien mampu merespon percakapan dengan baik dan tidak mengalami gangguan memori. Saat dilakukan pengkajian pasien menyalahkan orang lain karena membawa dirinya ke rumah sakit jiwa.

Penampilan Tn. A berpakaian dengan rapi, penampilan pasien terlihat begitu rapi serta kuku pasien tidak panjang. Pasien memakai pakaian sesuai antara atas dan bawah. Pasien mandi sehari dua kali di pagi hari dan sore hari. Pasien mandi dengan menggunakan sabun dan menggosok gigi. Pasien selalu menjemur handuknya dengan baik setelah mandi. Ketika di wawancarai pasien berbicara menggunakan nada tinggi, cepat tetapi masih bisa dipahami dan mudah tersinggung (Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan). Sebelum dijalankan peninjauan pada pasien kurang bersemangat, pasien sudah



terlihat pandangnya tajam, postur tubuh agak kaku, wajah pasien tampak memerah dan saat dilakukan pengkajian pasien merasa gelisah, putus asa, khawatir pasien mengatakan merasa tidak dianggap oleh keluarga sebab tidak pernah dijenguk selama dirawat di RSJD Amino dan minder karena tidak bisa menjalankan sesuatu (Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronis). Respon klien datar dan labil, terkadang ada perubahan raut muka saat ada stimulus yang mengasyikan dan menyedihkan, emosional dan perasaan saat ini belum stabil, kadang menjawab pertanyaan kadang diam. Pasien mengatakan tidak pernah melihat, mendengar, mengecap, meraba, bahkan mencium hal yang tidak jelas wujudnya. Pasien memikirkan ingin keluar dari RSJD, pasien mampu merespon percakapan dengan baik dan tidak mengalami gangguan memori. Saat dilakukan pengkajian pasien menyalahkan iparnya karena membawa dirinya ke rumah sakit jiwa.

g. Kebutuhan persiapan pulang

Tn. S mengatakan bisa makan mandiri 3 kali dalam sehari, BAB/BAK, berpakaian, mandi dan berdandan secara mandiri dengan bantuan sekurangnya dari perawat, pasien mampu menjaga kebersihan diri secara mandiri seperti memotong kuku, mandi secara teratur. Pasien menyatakan tidak mengalami kendala tidur, tidur siang jam 13:00-14:00 dan tidur malam kurang lebih 9 jam mulai jam 21:00-05:00, untuk minum obat pasien bisa melakukan secara

mandiri dan ketika sakit pasien langsung berbicara kepada perawat. Klien menjalani perawatan lanjutan di RSJD Amino Gudohutomo sampai keadaanya stabil. Sebelumnya klien tidak rutin kontrol sehingga tidak rutin meminum obat. Saat di rumah kegiatan pasien hanya menonton tv dan membersihkan rumah, untuk kegiatan di luar rumah pasien biasanya pergi bertani ke sawah.

Tn. A mengatakan bisa makan mandiri 3 kali sehari, BAB/BAK, mandi, berbusana dan berdandan secara mandiri dengan pertolongan sekurang kurangnya dari perawat, pasien mampu menjaga kebersihan diri secara mandiri seperti memotong kuku, mandi secara teratur. Pasien menyatakan tidak mengalami kendala tidur, tidur siang jam 13:00-14:00 dan tidur malam terganggu mulai jam 23:35-05:00, untuk minum obat pasien bisa melakukan secara mandiri dan ketika sakit pasien langsung berbicara kepada perawat. Klien menjalani perawatan lanjutan di RSJD Amino Gudohutomo sampai keadaanya stabil. Sebelumnya pasien mengatakan tidak rutin minum obat dan jarang kontrol akhirnya terjadi kekambuhan pada pasien. Saat di rumah kegiatan pasien hanya menonton tv dan membersihkan rumah, untuk kegiatan di luar rumah pasien tidak pernah bepergian.

#### h. Mekanisme koping

Tn. S terkadang mampu mengendalikan emosinya dengan istighfar tetapi jika suasana hati kacau pasien sering marah tanpa sebab, membanting barang dengan meletakkan gelas setelah minum,

meletakkan piring setelah makan dengan keras dan hampir menyakiti diri sendiri.

**Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan**

Tn. A terkadang mampu mengendalikan emosinya dengan tarik nafas tetapi jika suasana hati kacau pasien sering marah tanpa sebab, membanting barang dengan meletakkan gelas setelah minum, memberontak dan menyakiti diri sendiri.

**Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan**

i. Kendala psikososial dan lingkungan

Tn. S mengatakan istri dan anak-anaknya meninggalkan dan tidak mendukung kesembuhannya, pasien mengatakan bahwa dirinya masih jengkel karena mengingat masa lalunya, sehingga pasien kala itu sampai merusak kaca rumah milik tetangganya, pasien mengatakan ekonomi keluarga pasien sulit dikarenakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai petani, pasien mengatakan tinggal di daerah yang bersih dan tidak kumuh dan tidak padat penduduk.

Tn. A mengatakan dirinya pernah mengalami bullying oleh teman-temannya bahkan sampai dipukul hingga terluka, selain itu pasien sering mendapatkan penolakan dari keluarga sejak kecil karena dianggap sebagai beban tetapi ibu pasien masih menganggap sebagai anaknya. Sehingga pasien meluapkannya dengan memukul tembok dan melempari batu orang yang lewat. Sehingga dirinya dinilai jelek oleh lingkungan perumahannya, karena selama di rumah

pasien menyatakan tidak rutin minum obat dan jarang kontrol akhirnya terjadi kambuh pada pasien, pasien menyatakan tinggal di daerah yang bersih dan tidak kumuh.

j. Sumber daya

Tn. S menyatakan tidak tahu mengenai gejala dan sakit jiwa yang sedang di deritanya, pasien kurang mampu menahan diri dan susah untuk mengontrol marahnya. Pasien sering merasa gelisah dan marah-marah dengan orang lain, pasien tidak mendapatkan dukungan dari orang lain dan keluarga sebab pasien temperamental sehingga orang-orang takut pada pasien, untuk penyakit fisik pasien mengatakan mengetahui tetapi untuk penyakit fisik yang serius pasien belum mengetahui, dan untuk obat pasien mengatakan belum memahami.

Tn. A menyatakan tidak tahu mengenai gejala dan sakit jiwa yang sedang di deritanya. Pasien sering merasa gelisah dan marah-marah dengan orang lain, pasien tidak mendapatkan dukungan dari orang lain dan keluarga sebab pasien temperamental sehingga orang-orang takut pada pasien, untuk penyakit fisik pasien mengatakan mengetahui tetapi untuk penyakit fisik yang serius pasien belum mengetahui, dan untuk obat pasien mengatakan belum memahami.

k. Aspek medik

Diagnosa medik yang ditegakkan terhadap Tn. S yaitu skizofrenia dengan diberikan terapi interna, Trihexyphenidhyl 2x2 mg, Amlodipin 1x10mg, Candesartan 1x16 mg, Haloperidol 2x5 mg

Diagnosa medik yang ditegakkan terhadap Tn. A yaitu skizofrenia dengan diberikan Risperidon 2 mg, Haloperidol 2mg 2x1 dan Diazepam 1 amp.

## 2. Analis Data

- a. Dari hasil peninjauan yang dijalankan penulis tanggal 16 Desember 2024 ditemukan masalah Tn. S sebagai berikut :

Pada tanggal 16 Desember 2024 pukul 09:00 WIB dihasilkan data subyektif yang pertama adalah saat pengkajian pasien mengatakan bahwa pasien sering melempari batu ke orang lain, pasien mengatakan masih jengkel dan kesal, pasien mengatakan sering marah-marah ketika berhadapan dengan orang yang dibenci. Data objektif pasien saat diajak berbicara menjawab dengan nada tinggi, pandangan tajam, postur tubuh kaku, serta berbicaranya cepat.

### **Problem Resiko perilaku kekerasan**

Data fokus kedua tanggal 16 Desember 2024 pukul 09:10 WIB, di dapatkan data subyektif bahwa pasien menyatakan merasa malu dengan orang lain karena merasa diri sendiri tidak bermanfaat, pasien menyatakan takut dengan reaksi orang lain, pasien merasa tidak percaya diri sebab tidak dapat menjalankan sesuatu di

hidupnya. Untuk data objektif pasien terlihat sedih, pasien tampak murung, pasien merasa tidak berguna dan kontak mata pasien kurang.

### **Problem Harga diri rendah kronis**

- b. Dari hasil kajian yang dilakukan penulis pada 16 Desember 2024 ditemukan masalah pada Tn. A sebagai berikut:

Pada tanggal 16 Desember 2024 pukul 11:00 WIB dihasilkan data subyektif yang pertama adalah saat pengkajian pasien mengatakan bahwa pasien sering melempari batu ke orang lain, pasien mengatakan sering marah-marah dengan orang lain dan pasien mengatakan pasien kadang melukai diri sendiri dengan memukul tembok. Untuk data objektif pasien saat diajak berbicara menjawab dengan nada tinggi, pandangan tajam dan postur tubuh kaku.

### **Problem masalah : Resiko Perilaku Kekerasan**

Pada data fokus kedua pada tanggal 16 Desember 2024 pukul 11:10 WIB, di dapatkan data subyektif pasien mengatakan bahwa dirinya tidak dianggap oleh kakaknya dan merasa tidak berguna, pasien merasa bersalah pada ibunya, pasien menyatakan tidak bisa dan merasa malu untuk menyatakan suatu hal. Untuk data objektif sendiri yaitu pasien tidak berhubungan dengan orang lain, kontak mata pasien kurang, pasien terlihat sedih, dan pasien terlihat lemas.

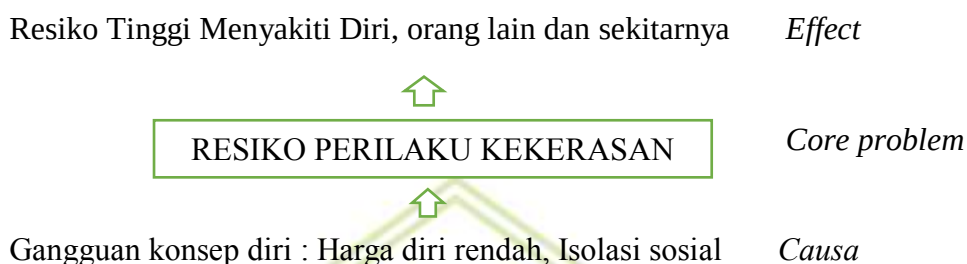
### **Problem Harga Diri Rendah Kronis**



### 3. Daftar Masalah Keperawatan

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Harga diri rendah kronis

### 4. Pohon Masalah



**Gambar 4.1 pohon masalah**

### 5. Diagnosa Keperawatan

Dari analisa data yang sudah diperoleh pada Tn. S dan Tn. A diagnosa utama yang muncul adalah Resiko Perilaku Kekerasan.

### 6. Rencana Tindakan Keperawatan

Penulis akan menjelaskan langkah-langkah dalam intervensi, termasuk memberikan Strategi Pelaksanaan dan terapi pukul bantal. Intervensi ini fokus pada Tn. S dan Tn. A, yang beresiko terhadap kekerasan. Tujuannya adalah membangun hubungan saling percaya, mengontrol resiko kekerasan, dan mengelola emosi. Intervensi akan dilakukan dalam tiga pertemuan untuk membantu pasien mengatasi emosi. Kriterianya adalah penurunan rasa jengkel, pengurangan resiko kekerasan, dan pasien dapat minum obat dengan benar.

Masalah yang muncul yaitu Resiko perilaku kekerasan. Penulis merencanakan tindakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku



tersebut. Setelah 3 x 8 jam interaksi, diharapkan pasien tidak lagi marah, mengurangi agresi, meningkatkan kontrol diri, dan mengurangi suara keras. Intervensi termasuk mendorong pasien menunjukkan kepercayaannya kepada perawat, menjelaskan penyebab dan gejala resiko kekerasan, serta cara mengontrolnya. Latihan yang diajarkan adalah menarik napas, memukul bantal, mengungkapkan kemarahan dengan kata-kata, melakukan latihan spiritual, dan mengikuti jadwal minum obat.

Penulis membuat rencana tindakan untuk masalah keperawatan dengan tidak percaya diri kronis. Tujuannya adalah agar pasien punya konsep diri yang positif. Setelah 3 sesi interaksi selama 8 jam, diharapkan perasaan tidak mampu, perasaan malu, dan perasaan negatif lainnya menurun, sementara perasaan positif dan minat untuk mencoba hal baru meningkat. Intervensi yang dilakukan meliputi diskusi tentang kemampuan positif pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang ada, memilih kegiatan yang tepat untuk dilatih, memberikan dukungan saat pasien berhasil, membantu pasien membuat jadwal harian, mengevaluasi jadwal tersebut, melatih keterampilan selanjutnya, dan mendorong pasien untuk masukan latihan ke dalam jadwal.

## **7. Implementasi**

### **a. Implementasi pasien 1**

Implementasi hari pertama diagnosa resiko perilaku kekerasan pada hari Senin, 16 Desember 2024 pukul 09:00 WIB dengan data subjektif : pasien mengatakan bahwa pasien sering melempari batu ke

orang lain, pasien mengatakan masih merasa jengkel, pasien mudah marah-marah ketika mengingat orang yang dibenci. Data objektif : pandangan pasien tajam, pasien saat diajak berbicara menjawab dengan nada tinggi, postur tubuh kaku, serta berbicara cepat. Tindakan keperawatan yang diberikan SP 1 Resiko perilaku kekerasan yaitu menjelaskan sebab terjadi resiko, menjelaskan tanda dan gejala, melatih cara mengelola resiko tindakan kekerasan, melatih pasien dengan mengelola resiko tindakan kekerasan cara fisik 1 yaitu Tarik nafas dalam. Rencana tindak lanjut perawat akan diberikan pada tanggal 17 Desember 2024 yaitu SP 2 latihan fisik mengelola marah dengan pukul bantal atau kasur, planning perawat terapi memukul bantal.

Implementasi diagnosa kedua yaitu harga diri rendah kronis pada pukul 09:50 WIB dengan data subjektif : pasien menyatakan merasa malu dengan orang lain karena merasa dirinya tidak berguna, pasien mengatakan merasa minder karena tidak bisa melakukan suatu hal apapun kehidupannya. Data objektif : pasien terlihat menyendiri, pasien merasa tidak berguna, pasien terlihat sedih, kontak mata pasien kurang. Tindakan keperawatan yang diberikan SP 1 harga diri rendah kronis yaitu mengobrolkan keterampilan positif pasien, membantu menilai keterampilan yang masih bisa dilakukan, membantu memilih kegiatan pasien untuk dilatih relevan dengan keterampilan dan keinginan pasien, melatih pasien, mengapresiasi

kemampuan positif pasien, memfasilitasi pasien membuat jadwal harian. Rencana tindak lanjut perawat akan diberikan pada tanggal 17 Desember 2024 yaitu SP 2 melatih kemampuan berikutnya (kedua), planning perawat membuang sampah pada tempatnya.

Pada tanggal 17 Desember 2024 penulis melakukan implementasi kedua. Diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan dilakukan pada pukul 09.00 WIB, melakukan SP2 yaitu dengan melatih pasien mengelola tindakan kekerasan dengan cara pukul bantal atau kasur, ditemukan data subjektif bahwa pasien mengatakan ingin minum kopi di pagi hari namun tidak bisa mendapatkannya sehingga pasien merasa kesal, pasien mengatakan tidak bisa mengendalikan emosinya jika mengingat orang yang dibenci. Sedangkan untuk data objektifnya ditemukan data pandangan pasien masih tajam, pasien tampak jengkel karena tidak bisa meminum kopi, dan nada bicara masih tinggi. Untuk rencana tindak lanjut pada hari rabu, tanggal 18 Desember 2024 yang akan dilakukan yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan SP3 (Mengelola tindakan kekerasan dengan latihan berbicara verbal dengan baik), SP4 (latih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual) dan SP5 (berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat), planning perawat terapi pukul bantal dan terapi bernyanyi.

Implementasi diagnosa kedua adalah harga diri rendah kronis. Tindakan pertama dilakukan pada pukul 09:40 WIB dengan data

subjektif : pasien mengatakan merasa bahwa merasa dirinya tidak bisa apa-apa, pasien merasa tidak percaya diri sebab tidak bisa melaksanakan suatu hal pun dalam kesehariannya, pasien menyatakan tidak bisa melakukan apa-apa untuk ibunya. Data objektif : pasien tampak sedih, pasien merasa tidak berguna, pasien terlihat murung, kontak mata pasien kurang. Tindakan keperawatan yang diberikan SP 2 Harga Diri Rendah Kronis yaitu mengkaji jadwal ri pasien, berlatih keterampilan selanjutnya (kedua), mendorong pasien lain untuk menambahkan latihan keterampilan kedua dalam jadwal. Rencana tindak lanjut perawat akan diberikan pada tanggal 18 Desember 2024 yaitu mengevaluasi SP 1 dan SP 2, planning perawat membuang sampah pada tempatnya.

Pada tanggal 18 Desember 2024 penulis melakukan implementasi hari ketiga. Implementasi diagnosa pertama yaitu resiko perilaku kekerasan pada pukul 09:00 WIB dengan melakukan tindakan keperawatan SP3 (latih pasien mengelola kelakuan kekerasan dengan cara verbal), SP4 (latih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual) dan SP5 (berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat) dengan data subjektif : pasien mengatakan dirinya sudah tidak marah-marah. Sedangkan data objektif : pasien tampak berbicara dengan normal, bicara pasien sudah normal, tatapan pasien sudah tidak tajam. Rencana tindak lanjut perawat adalah hentikan intervensi, planning

perawat tetap anjurkan terapi SP1-SP5 dengan didampingi perawat.

Implementasi diagnosa kedua yaitu harga diri rendah kronis pada pukul 09:50 WIB dengan melakukan tindakan keperawatan evaluasi SP 1 dan SP 2 pasien (kemampuan positif) dengan data Subjektif : pasien mengatakan sudah membereskan makan setelah makan, pasien menyatakan bahwa dirinya sudah tidak takut pada reaksi orang lain. Sedangkan data objektif : pasien tampak senyum dan semangat, kontak mata pasien cukup. Dilanjutkan evaluasi SP1 sampai SP2 dan dilanjutkan tindakan keperawatan kemampuan positif berikutnya. Planning perawat membereskan makan setelah makan.

b. Implementasi pasien 2

Pada tanggal 16 Desember 2024 penulis mulai melakukan tindakan pada jam 11:00 WIB dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan, ditemukan bahwa data subjektif : pasien mengatakan belum bisa mengontrol marah, pasien mengatakan pernah melampiaskan marahnya dengan melempari batu ke orang lain, pasien mengatakan pernah menyakiti dirinya sendiri dengan memukul tembok, pasien mengatakan pernah mengalami riwayat bullying oleh teman-temannya. Data objektif : pandangan mata pasien tajam, pasien terlihat kesal, berbicara cepat, wajah pasien terlihat memerah. Untuk diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah Resiko tindakan kekerasan. Tindakan keperawatan yang

diberikan SP 1 Resiko tindakan kekerasan yaitu menjelaskan sebab terjadinya perilaku kekerasan, menjelaskan tanda dan gejala, mengajari dan mengelola resiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan mengelola resiko perilaku kekerasan cara fisik 1 yaitu Tarik nafas dalam, menyusun jadwal harian. Rencana tindak lanjut perawat akan diberikan pada tanggal 17 Desember 2024 akan melakukan SP 2 ialah latihan fisik mengelola marah dengan pukul bantal atau kasur, planning perawat terapi memukul bantal.

Implementasi diagnosa kedua harga diri rendah kronis pada pukul 11:20 WIB dengan data subjektif : pasien menyatakan dirinya tidak dianggap oleh kakaknya, pasien mengatakan malu dengan orang lain sebab merasakan dirinya tidak berguna. Data objektif : pasien terlihat sedih, pasien merasa tidak berguna, kontak mata pasien kurang. Tindakan keperawatan yang diberikan SP 1 Harga Diri Rendah Kronis yaitu membicarakan keterampilan positif pasien, memfasilitasi menilai kemampuan yang masih bisa digunakan, membantu memilih kegiatan pasien untuk dilatih sesuai kemampuan pasien, melatih pasien, mengapresiasi kemampuan positif pasien, memfasilitasi pasien membuat jadwal harian. Rencana tindak lanjut perawat akan diberikan pada tanggal 17 Desember 2024 yaitu SP 2 Melatih kemampuan berikutnya (kedua), planning perawat membereskan tempat tidur.

Pada tanggal 17 Desember 2024 pukul 11:00 WIB penulis



melakukan implementasi hari kedua. implementasi diagnosa pertama ialah sebab akibat tindakan kekerasan yang akan melakukan SP2 yaitu dengan mengajarkan pasien mengelola tindakan kekesarasan dengan cara pukul bantal atau kasur, ditemukan data subjektif bahwa pasien menyatakan tidak bisa mengendalikan emosinya dan merasa masih kesal saat mengingat kejadian masa lalu. Sedangkan untuk data objektifnya ditemukan data pandangan pasien masih tampak tajam, pasien saat diajak bicara tidak tenang, dan nada bicara masih tinggi. Untuk rencana tindak lanjut pada hari rabu, tanggal 18 Desember 2024 yang akan dilakukan yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan SP3, SP4 dan SP 5, planning perawat terapi pukul bantal dan mendengarkan musik.

Implementasi diagnosa kedua yaitu harga diri rendah kronis pada pukul 11:30 WIB dengan data subjektif : pasien menyatakan malu dengan reaksi orang lain karena merasa bahwa dirinya tidak berguna. Data objektif : pasien tampak lesu, ekspresi pasien datar, kontak mata pasien kurang. Tindakan keperawatan yang diberikan SP 2 Harga Diri Rendah Kronis yaitu meninjau jadwal dari pasien, latih keterampilan kedua, mendorong pasien untuk menambahkan latihan keterampilan tersebut dalam jadwalnya. Rencana tindak lanjut perawat akan diberikan pada tanggal 18 Desember 2024 yaitu mengevaluasi SP 1 dan SP 2, planning perawat membereskan peralatan makan setelah makan.



Pada tanggal 18 Desember 2024 penulis melakukan implementasi hari ketiga. Implementasi diagnosa pertama ialah resiko perilaku kekerasan yang akan dilakukan pada pukul 11:00 WIB dengan melakukan tindakan keperawatan SP3 (latih pasien mengelola tindakan kekerasan dengan acara verbal) SP3 (Mengelola tindakan kekerasan dengan latihan berbicara verbal dengan baik), SP4 (latih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual) dan SP5 (berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat), Ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan senang dan tidak marah-marah lagi. Sedangkan data objektif pasien ditemukan data yaitu pasien tampak berbicara dengan normal, tatapan pasien sudah tidak tajam dan wajahnya sudah tidak memerah lagi. Rencana tindak lanjut perawat adalah hentikan intervensi, Planning perawat tetap berikan terapi SP1-SP5 dengan didampingi perawat.

Pertemuan ketiga dengan diagnosa harga diri rendah kronis pada pukul 11:45 WIB dengan melakukan tindakan keperawatan evaluasi SP 1 dan SP 2 pasien (kemampuan positif) dengan data subjektif : pasien menyatakan kurang nyaman jika bertemu dengan teman-temannya. Sedangkan data objektif : pasien tampak senang, kontak mata pasien cukup, postur tubuh pasien menunduk, pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan. Rencana tindak lanjut perawat akan dilanjutkan evaluasi SP1 sampai SP2 dan dilanjutkan tindakan keperawatan kemampuan positif berikutnya,

melakukan SP 1 dengan SP 2 pasien dilanjutkan tindakan keperawatan kemampuan positif, planning perawat bernyanyi dan terapi musik.

## 8. Evaluasi

### a. Evaluasi pasien ke 1

Setelah dilakukan implementasi selama 3 kali kunjungan didapatkan hasil evaluasi pasien mampu melakukan strategi-strategi yang sudah dilatih dalam 3 kali pertemuan. Langkah berikutnya ialah menjalankan evaluasi yang pertama dilakukan pada hari Senin, 16 Desember 2024 didapatkan data Subjektif : pasien mengatakan masih merasa jengkel, kesal dan marah-marah ketika mengingat orang yang dibenci. Data Objektif : Pasien pandangan tajam, pasien saat diajak berbicara menjawab dengan nada tinggi, postur tubuh kaku, serta berbicara cepat. A : Resiko perilaku kekerasan (+) masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan SP2 dan mengevaluasi SP1, tidak lupa untuk memberikan jadwal rutin untuk mengontrol marah menggunakan SP yang diajarkan.

Evaluasi pertama diagnosa harga diri rendah kronis pada hari Senin, 16 Desember 2024 didapatkan Data Subjektif : pasien mengatakan tidak percaya kemampuannya sendiri. Data Objektif : Pasien bisa mengenali keterampilan dan faktor yang dipunyai, kontak mata pasien kurang. A : Harga Diri Rendah Kronis (+), P :

Menjalankan intervensi harga diri rendah kronis SP2 dan mengevaluasi SP1, tidak lupa untuk memberikan jadwal rutin untuk kemampuan positif yang dipilih.

Pada hari Selasa, 17 Desember 2024 evaluasi hari kedua diagnosa resiko perilaku kekerasan yang ditemukan data subjektif bahwa pasien mengatakan sudah bisa melakukan SP 1 tarik napas dan SP 2, pasien juga ingin melakukan terapi pukul bantal dengan mandiri saat marah. Sedangkan untuk data objektifnya ditemukan pandangan pasien masih tajam akan tetapi pasien mendengarkan serta mempraktikan cara mengontrol marah dengan pukul bantal. A : Resiko perilaku kekerasan (+) masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan SP3, SP4 dan SP5, serta mengevaluasi SP1 dan SP2. Latih melakukan kemampuan positif seperti membereskan peralatan makan setelah makan.

Evaluasi kedua diagnosa harga diri rendah kronis, didapatkan data subjektif : pasien menyatakan baru saja menyapu dan membuang sampah pada tempatnya. Data objektif : pasien senang dan antusias membereskan makan setelah makan, kontak mata pasien kurang. A : Harga Diri Rendah Kronis (+), P : menjalankan intervensi harga diri rendah kronis, mengevaluasi SP1 sampai SP II dan tidak lupa untuk memberikan jadwal rutin untuk kemampuan positif yang dipilih.

Pada hari Rabu, 18 Desember 2024 dilakukan evaluasi ketiga diagnosa resiko perilaku kekerasan, ditemukan data subjektif : pasien

mengatakan sudah bisa menahan diri agar tidak mudah marah dengan cara mengontrol marah. Sedangkan data objektif : pasien sudah bisa mengontrol marahnya, pasien tampak senang. A : Resiko perilaku kekerasan (-), P : hentikan intervensi, tetap anjurkan evaluasi kontrol marah SP1 sampai SP5 dengan didampingi perawat.

Evaluasi ketiga dilakukan diagnosa harga diri rendah kronis pada hari Rabu, 18 Desember 2024 ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan bahwa dirinya merasa mempunyai kemampuan, Sedangkan data objektif pasien ditemukan data yaitu pasien tampak senang, pasien tampak semangat, pasien mampu melakukan aktivitas relevan dengan keterampilan. A : Harga Diri Rendah Kronis (-), P : hentikan intervensi, evaluasi keterampilan hal-hal yang positif yang diadwalkan.

b. Evaluasi pasien ke 2

Setelah melakukan tiga kunjungan, penulis melihat bahwa pasien sudah bisa menerapkan strategi yang diajarkan. Langkah selanjutnya adalah melakukan evaluasi pertama diagnosa resiko perilaku kekerasan pada hari Senin, 16 Desember 2024 didapatkan Data Subjektif : pasien mengatakan belum bisa mengendalikan marahnya karena mengingat masa lalunya. Data Objektif : Pasien tampak pandangan tajam, pasien berbicara dengan nada yang tinggi dan berbicara cepat. A :Resiko perilaku kekerasan (+), P : Lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan SP2 dan mengevaluasi SP1,

tidak lupa untuk memberikan jadwal rutin untuk mengontrol marah menggunakan SP yang diajarkan.

Evaluasi pertama diagnosa harga diri rendah kronis, didapatkan Data Subjektif : pasien mengatakan tidak percaya kemampuannya sendiri yaitu membereskan tempat tidur. Data Objektif : Pasien tampak sedih dan cemas, kontak mata pasien kurang. A : Harga Diri Rendah Kronis (+), P : Melanjutkan intervensi harga diri rendah kronis SP2 dan mengevaluasi SP1, tidak lupa untuk memberikan jadwal rutin untuk kemampuan positif yang dipilih.

Pada hari Selasa, 17 Desember 2024 evaluasi hari kedua diagnosa resiko perilaku kekerasan yang ditemukan data subjektif menyatakan sudah bisa menjalankan tarik napas dalam dan pasien ingin menjalankan pukul bantal secara mandiri saat marah. Sedangkan untuk data objektifnya ditemukan data pandangan mata pasien tampak tajam, wajah pasien tampak memerah, pasien saat diajak bicara menjawab dengan nada tinggi dan berbicara cepat. A : Resiko perilaku kekerasan (+), P : Lanjutkan intervensi resiko perilaku kekerasan SP3, SP4 dan SP5, serta mengevaluasi SP1 dan SP2. Latih melakukan kemampuan positif seperti membereskan peralatan makan setelah makan.

Evaluasi hari kedua dengan diagnosa harga diri rendah kronis, yang ditemukan data subjektif menyatakan sudah merapikan tempat tidurnya, pasien mengatakan dirinya tidak berguna. Sedangkan untuk

data objektifnya ditemukan kontak mata pasien kurang, ekspresi muka pasien datar, pasien tampak lesu. A : Harga Diri Rendah Kronis (+), P : Lanjutkan intervensi hal-hal positif yang dipilih pasien yaitu membereskan tempat tidur dan membereskan peralatan makan setelah makan.

Pada hari Rabu, 18 Desember 2024 evaluasi ketiga diagnosa resiko perilaku kekerasan, ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan sudah bisa menahan cara mengontrol marah. Sedangkan data objektif pasien ditemukan wajah pasien tidak memerah lagi, tatapan pasien tampak normal, nada bicara pasien normal. A : Resiko perilaku kekerasan (-), P : hentikan intervensi, tetap anjurkan evaluasi kontrol marah SP1 sampai SP5 dengan didampingi perawat.

Evaluasi ketiga dengan diagnosa harga diri rendah kronis, ditemukan data subjektif yaitu pasien menyatakan dirinya merasa senang bisa membersihkan tempat tidur dan membereskan makan setelah makan. Sedangkan data objektif pasien ditemukan data yaitu pasien tampak senang, pasien tampak semangat, pasien mampu melakukan kegiatan sesuai kemampuan. A : Harga Diri Rendah Kronis (-), P : hentikan intervensi, evaluasi kemampuan hal-hal yang positif yang sudah dijadwalkan.



**Tabel 4.1 Evaluasi sebelum dan sesudah terapi pukul bantal**

| Hari / tanggal           | Pasien | Resiko awal | Resiko akhir (setelah terapi) | Keterangan singkat perubahan                            |
|--------------------------|--------|-------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Senin, 16 desember 2024  | Tn.S   | Tinggi      | Masih tinggi                  | Tn.S mengatakan emosinya masih tinggi                   |
|                          | Tn.A   | Tinggi      | Sedang                        | Tn. A mengatakan emosinya tidak bisa dikontrol          |
| Selasa, 17 desember 2024 | Tn.S   | Sedang      | Rendah                        | Tn.S mengatakan emosinya sedikit menurun                |
|                          | Tn.A   | Sedang      | Rendah                        | Tn.A mengatakan agak tenang                             |
| Rabu, 18 desember 2024   | Tn.S   | Rendah      | Tidak ada                     | Tn.S mengatakan rileks dan emosinya sudah stabil        |
|                          | Tn.A   | Rendah      | Tidak ada                     | Tn. A mengatakan sudah rileks dan emosinya sudah stabil |

## B. Pembahasan

Penulis akan membahas asuhan keperawatan jiwa untuk klien yang beresiko melakukan kekerasan di ruang Endrotenoyo RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari pada tanggal 16-18 Desember 2024, Berdasarkan pengamatan, pemeriksaan fisik, dan wawancara dengan pasien. Selama proses pengkajian di lakukan tindakan keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

### 1. Pengkajian

Kedua pasien mengalami gangguan resiko perilaku kekerasan penulis mendapatkan data pada kedua pasien yaitu Tn.S mengatakan bahwa dirinya tiba-tiba marah dan merusak kaca rumah milik tetangganya. Data objektifnya pasien tampak menatap tajam saat di ajak berbicara menjawab dengan nada yang tinggi. Pasien kedua Tn.A mengatakan pasien suka



melempari batu orang yang lewat, mengamuk dan menyakiti diri sendiri dengan memukul tembok. Untuk data objektif pasien saat diajak berbicara menjawab dengan nada tinggi, pandangan tajam dan postur tubuh kaku.

Faktor predisposisi yang menjadi penyebab terjadinya perilaku kekerasan pada Tn. S adalah berdasarkan teori yang membahas tentang perawatan dalam pemberian obat pada pasien, penulis memperoleh data pengkajian dari riwayat sebelumnya pasien kontrol di RSJ amino namum 1 bulan terakhir tidak kontrol dan obatnya habis, pasien kambuh yang ke sekian kalinya. Sedangkan faktor presipitasi pada Tn. S pasien mengamuk jika teringat dengan orang yang dibenci. Setelah pasien mengalami riwayat yang sekarang pasien ditinggal istri dan anak-anaknya. Disini dapat dilihat bahwa antara teori dan pengkajian yang didapatkan oleh penulis terdapat kesamaan data-data pengkajian.

Tn. A mengatakan selama di rumah tidak rutin minum obat dan jarang kontrol akhirnya terjadi kekambuhan pada pasien. Sebelumnya pasien pernah mengalami bullying oleh teman-temannya bahkan sampai dipukul hingga terluka, selain itu faktor presipitasi pasien mempunyai riwayat sebagai korban dari tindakan penolakan dari keluarganya, pasien sering mendapatkan penolakan dari keluarga sejak kecil karena dianggap sebagai beban. Sehingga pasien meluapkannya dengan memukul tembok. Selain itu, pasien mengalami trauma karena teman- temannya selalu membuli dan memukulnya.

Sedangkan menurut (Agnesia Lissa, 2024) Faktor presipitasi mencakup hal-hal yang mempengaruhi individu baik dari luar maupun dalam. Faktor luar meliputi pengalaman menjadi korban kekerasan dan lingkungan yang tidak mendukung, seperti diskriminasi dan ejekan. Terdapat kesamaan antara pengkajian dan teori mengenai pasien yang mengamuk saat mengingat orang dengan masalah dengannya, menunjukkan adanya interaksi antara pasien dan orang lain.

Tanda dan gejala yang terlihat selama wawancara dengan pasien, menurut (Amimi et al., 2020) adalah wajah memerah, tatapan tajam, rahang terkatup, tangan mengepal, ucapan kasar, nada suara tinggi, teriakan, ancaman verbal, dan kesulitan mengontrol perilaku kekerasan. Data dari wawancara menunjukkan bahwa pasien menunjukkan pandangan tajam dan suara tinggi ketika ditanya tentang sakit yang dirasakannya, sementara gejala lainnya tidak muncul karena pasien terlihat lebih kooperatif.

Penulis mengamati status mental dua pasien, Tn. S dan Tn. A, saat mereka beraktivitas. Keduanya menunjukkan pandangan tajam dan nada suara tinggi. Mereka berbicara tentang masalah yang membuat mereka jengkel dan sering tersinggung saat berbicara. Ketika pembicaraan mengarah ke masa lalu, mereka cenderung mengalihkan topik dengan nada tinggi. Penulis membandingkan pengamatan ini dengan teori yang ada dan menemukan bahwa data yang diperoleh memenuhi kriteria perilaku kekerasan yang sudah dijelaskan dalam teori.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan peninjauan yang dilakukan pada 16-18 Desember 2024 penulis menarik diagnosa utama keperawatan yang perlu dilakukan tindakan segera jika tidak diatasi akan resiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain (PPNI SDKI, 2016).

Ketika kedua pasien mengalami ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah hal tersebut dipahami sebagai resiko perilaku kekerasan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017). Kendala ketidakmampuan mengontrol marah dapat disebabkan oleh Individu biasanya akan merasa marah ketika mereka merasa terancam, baik secara fisik maupun psikis. Ketika seseorang menghadapi situasi seperti penghinaan, kehilangan, atau masalah dengan keluarga, emosi mereka cenderung meningkat. Telah dijelaskan pada BAB 2 yang terdapat etiologi resiko perilaku kekerasan. Dari hasil kajian analisa data yang dilakukan penulis dalam mengkaji pasien telah didapatkan dengan data subjektif dan objektif yang dapat mendorong untuk ditegakkannya diagnosa resiko perilaku kekerasan sebagai core problem diagnosa yang utama.

## **3. Intervensi**

Intervensi yang sudah direncanakan oleh penulis sudah sesuai dengan standar asuhan keperawatan secara generalis dimana penulis menerapkan strategi pelaksanaan (SP) resiko perilaku kekerasan SP 1-5 dan

memberikan terapi pukul bantal untuk mengontrol perilaku kekerasan agar membuat pasien lebih bisa mengontrol marahnya.

Terapi pukul bantal merupakan metode yang sesuai untuk diterapkan, terutama karena dapat dilakukan secara mandiri. Terapi ini menjadi solusi efektif bagi masalah perilaku kekerasan. Saat menjalani terapi ini, pasien akan fokus pada pukul bantal sebagai cara untuk mengendalikan kemarahan. Dengan demikian, ketika pasien merasa sulit mengontrol emosi, terapi pukul bantal memberikan alternatif yang lebih aman, tanpa merugikan diri sendiri atau orang lain. Teknik pelaksanaannya dilakukan dengan posisi duduk, di mana bantal diletakkan di pangkuan. Pasien diminta untuk menarik napas dalam, tahan sejenak, kemudian mengepal tangan dan memukul bantal dengan kekuatan maksimum. (Nay & Avelina, 2024).

#### **4. Implementasi**

Implementasi dilaksanakan dalam 3 hari dimulai dari tanggal 16-18 Desember 2024, penulis melakukan implementasi hanya dilakukan 3 SP karena keterbatasan waktu yang ada. Berikut penulis memaparkan strategi pelaksanaan yang dilakukan.

Pada hari pertama implementasi, yaitu 16 Desember 2024, diberikan tindakan SP1 yang menjelaskan penyebab dan tanda kekerasan, serta jenis kekerasan. Diskusikan akibat kekerasan dan ajarkan cara mengontrolnya dengan tarik nafas dalam dan membuat jadwal aktivitas. Rencana tindak lanjut adalah melakukan SP 2, karena pasien

sudah paham tentang resiko kekerasan dan dapat praktek tarik nafas dalam secara mandiri.

Penulis menghadapi tantangan saat memberi terapi SP1 kepada pasien. Ketika menanyakan riwayat masa lalu pasien, pasien menunjukkan reaksi yang negatif, seperti mengepal tangan dan melototkan mata. Penulis mencoba mengajarkan teknik bernapas dalam tetapi terlebih dahulu menenangkan pasien agar lebih rileks.

Pada hari kedua, tanggal 17 Desember 2024, tindakan untuk pasien menggunakan SP2 yaitu melatih cara mengelola marah dengan memukul kasur atau bantal. Setelah pasien diajari untuk melakukan pukul bantal, pasien sudah bisa melakukannya secara mandiri. Rencana selanjutnya adalah melaksanakan SP3, SP4 dan SP5 pada pertemuan berikutnya, di mana perawat akan melatih terapi pukul bantal dan membereskan makan setelah makan.

Pada hari ketiga implementasi, tanggal 18 Desember 2024, akan dilakukan evaluasi hasil terapi yang telah dilakukan pada hari pertama dan kedua sebelum melanjutkan tindakan. Setelah evaluasi, tindakan SP3, SP4 dan SP5 akan diberikan, yaitu melatih pasien untuk mengontrol marah secara verbal, latih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual dan berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat. Pasien menunjukkan kooperatif saat diajarkan dan mencoba menyampaikan marah dengan baik dan tepat.

Penulis mengalami kesulitan dalam menerapkan strategi untuk pasien Tn. S dan Tn. A. Di hari kesatu, pasien bisa melakukan tugas sendiri tanpa latihan. Di hari kedua, pasien tidak mengerti cara memukul bantal, tetapi setelah diajari, dirinya bisa melakukannya. Di hari ketiga, pasien bersikap kooperatif dalam mengekspresikan kemarahan.

Penulis tidak melakukan SP 1-4 untuk keluarga karena keluarga pasien tidak datang saat terapi. Penulis hanya fokus pada pasien, meskipun keluarga sangat penting sebagai pendukung dalam kesembuhan penderita gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan teori. (Mendrofa et al., 2022).

#### **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi ialah proses menilai respon pasien sesudah intervensi keperawatan dan meninjau kembali asuhan yang diberi. Penulis menggunakan metode SOAP (subjektif, objektif, analisis, dan perencanaan) untuk evaluasi dan mengikuti konsep teori dengan benar (Untari & Kartina, 2019).

Evaluasi keperawatan yang dijalankan penulis selama 3 hari pada kedua pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan yaitu masalah diatasi dengan data subjektif pasien mengatakan sudah bisa menahan diri agar tidak mudah marah dengan cara mengontrol marah. Sedangkan data objektif didapatkan pasien sudah bisa mengontrol marahnya, pasien tampak senang. Analisisnya masalah teratasi, penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi, tetapi tetap anjurkan evaluasi kontrol terapi anjurkan marah SP1 sampai SP5 sesuai jadwal.



### C. Keterbatasan

Dalam studi kasus ini, penulis merasa kurangnya peran dan keterlibatan keluarga dalam terapi karena keluarga tidak hadir saat perawatan klien. Hal ini menyulitkan penulis memberi motivasi kepada keluarga dalam proses penyembuhan. Tidak adanya dokumentasi berupa foto/video pada saat implementasi karena dari pihak RSJD Dr.Amino tidak memperbolehkan. Penulis juga tidak melakukan kuesioner dan pre test dan post test kepada responden.



## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Hasil studi kasus pada tanggal 16-18 Desember 2024 dengan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. S dan Tn. A dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Endrotenoyo Di RSJD Dr. Amino Gundohutomo Provinsi Jawa Tengah, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Resiko Perilaku Kekerasan:

1. Hasil dari pengkajian Tn. S dan Tn. A mempunyai masalah tidak bisa terkontrol emosinya dan amarahnya yang disebabkan karena kurangnya pengetahuan yang berdampak menyebabkan kemarahannya pasien bisa merugikan diri sendiri ataupun orang lain.
2. Berdasarkan analisa data perilaku kekerasan merupakan diagnosa utama yang harus ditegakkan dengan kode D.0145.
3. Intervensi yang direncanakan untuk asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dan Tn. A dengan resiko perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gundohutomo Provinsi Jawa Tengah meliputi 5 intervensi yang akan diterapkan pada pasien dan 4 intervensi pada keluarga penulis memfokuskan pada SP yang kedua yaitu cara mengelola perilaku kekerasan dengan terapi pukul bantal.
4. Implementasi yang telah dilakukan penulis masih belum sempurna sehingga masih perlu menambahkan implementasi SP 1-4 pada keluarga, serta implementasi terapi pukul bantal efektif untuk meningkatkan

kemampuan mengontrol perilaku kekerasan.

5. Evaluasi yang diperoleh penulis yaitu pasien mampu melakukan strategi pelaksanaan terutama strategi pelaksanaan terapi pukul bantal yang diajarkan penulis pada implementasi dengan dibuktikan kedua pasien ada perubahan cara mengontrol marah.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Masyarakat**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi tambahan pengetahuan baru bagi masyarakat bahwa terapi pukul bantal efektif bagi pasien resiko perilaku kekerasan.

### **2. Bagi institusi pendidikan**

Penulis berharap karya ilmiah ini bisa menjadi rujukan untuk mempebanyak pengetahuan, pemahaman dan bisa berkembang di dalam mendapatkan pengalaman terutama pada pasien dengan kendala resiko perilaku kekerasan

### **3. Bagi rumah sakit**

Dari hasil studi kasus ini diinginkan rumah sakit bisa menerapkan tindakan terapi pukul bantal untuk mengelola perilaku kekerasan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

### **4. Bagi pasien**

Kedua pasien diharapkan berlatih mandiri dengan strategi yang diajarkan sesuai jadwal harian. Penting untuk minum obat rutin agar tidak kambuh. Jika merasakan marah tanpa sebab, pasien harus dapat mengontrol emosi

seperti yang diajarkan perawat.

#### **5. Bagi penulis selanjutnya**

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber referensi untuk melakukan studi kasus selanjutnya.



## DAFTAR PUSTAKA

- Agnesia Lissa, Fitria Prihatini, E. V. (2024). Jurnal Persada Husada Indonesia Asuhan Keperawatan Pada Ny . V dan Ny . S Yang Mengalami Isolasi Sosial dengan Nursing Care for Mrs . V and Mrs . S Who Experience Social Isolation with Schizophrenia at Dr . Soeharto Heerdjan Mental Hospital , Jakarta. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 11(43), 1–10.
- Aspi Kristiani. (2020). *Buku Kesehatan Jiwa* (pp. 1–34).
- Emelia, L., Fitria, S., Adillah, N., Dari, P. W., Wulandari, C. O., Sari, R. N., & Direja, A. H. S. (2024). Upaya Perawatan Odgj Dengan Gangguan Proses Pikir Waham Dan Defisit Perawatan Diri Di Kecamatan Kampung Melayu Kota Bengkulu. *Jurnal Dehasen Untuk Negeri*, 3(1), 105–110. <https://doi.org/10.37676/jdun.v3i1.5578>
- Hadinata, D., & & Abdillah, A. J. (2021). Metodologi Keperawatan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(April), 49–58.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). ANALISIS TANDA DAN GEJALA RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA SIGN AND SYMPTOMP ANALYSIS OF VIOLENCE BEHAVIOUR FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS. 3(1), 65–74.
- Mendrofa, F. A. M., Iswanti, D. I., & Cabral, G. C. (2022). Pengaruh Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Kekambuhan Pasien ODGJ. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 5((9)), 1689–1699. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj>
- Mohd Syukri. (2023). *Buku Keperawatan Jiwa*.
- Nay, A., & Avelina, Y. (2024). Intervensi Relaksasi Napas Dalam dan Pukul Bantal Dalam Mengurangi Gejala Risiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan Saintika Meditory*, 7(1), 231–235. <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id>
- Ninik Yunitri. (2019). Buku ajar keperawatan jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, 1–91.
- Pardede, S. & H. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa : Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. 5(2), 106–110.
- Pongdatu et al. (2020). Jiwa. In *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Purbalingga. Penerbit Eureka Media Aksara (Vol. 21, Issue 2).
- PPNI SDKI. (2016). STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA - PDF Free Download (p. 11). <https://adoc.pub/standar-diagnosis->

keperawatan-indonesia.html

Rahmayanti, C. R., Mahdarsari, M., Maurissa, A., Yuswardi, & Yusuf, M. (2024). Pendokumentasian Asuhan Keperawatan: Studi Observasi Di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6, 1767–1778. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/inde.php/jppp>

Ratnasari, H. 2021. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN*. 3, 8–89.

sri Laela. (2018). *Buku Ajar keperawatan jiwa resiko perilaku kekerasan*.

TIM FIK UNISSULA, 2023. (2023). *Buku Panduan Praktikum Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan. Faculty of Nursing, Islamic Sultan Agung University*.

Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Srandar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI. *Artikel*.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II*.

Untari, S. N., & Kartina, I. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan*. 2((3)), 149.

World Health Organization. (2019). World Health Organization. *Who, December, 5*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality%0Ahttps://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/arsenic>

Yusuf, A.H &, R. & N. (2022). *KEPERAWATAN*. Yusuf, A.H &, R. & N. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.