

**PENERAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN CARA VERBAL
PADA PASIEN Ny. P DENGAN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG UTARI RS dr. H.
MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2023**

KARYA TULIS ILMIAH



Disusun oleh :

**Pipit Verawati Manalu
NIM 2036095**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI DIII KEPERAWATAN
2023**

**PENERAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN CARA VERBAL
PADA PASIEN Ny. P DENGAN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG UTARI RS dr. H.
MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2023**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Ujian Akhir
Program D3 Keperawatan



Disusun oleh

**Pipit Verawati Manalu
NIM. 2036095**

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO
PRODI DIII KEPERAWATAN
2023**

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Pipit Verawati Manalu

NIM : 2036095

Program Studi : D3 Keperawatan

Angkatan : 2020

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul .

Penerapan Tindakan Keperawatan Cara Verbal Pada Pasien Ny. P dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Utari RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 13 Juli 2023

Yang Menyatakan,

Pipit Verawati Manalu

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN CARA VERBAL
PADA PASIEN Ny. P DENGAN RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG UTARI RS dr. H.
MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2023**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji pada Program Studi D3 keperawatan STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO

Jakarta, 07 Juli 2023

Menyetujui
Pembimbing

Ns. Reni. S.Kep, M.Kep
NIDN. 1022098302

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN CARA VERBAL PADA
PASIEN Ny. P DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI
RUANG UTARI RS dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR
TAHUN 2023**

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan di depan Tim Penguji KTI
Prodi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

Ns. Reni. S. Kep. M.Kep
NIDN : 1022098302

Ns. Renta Sianturi, M.Kep, Sp, Kep J
NIDN : 0209028903

Mengetahui

Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin, S.Kp., MARS
NIDK. 8995220021

RIWAYAT HIDUP

Nama : Pipit Verawati Manalu
Tempat, Tanggal Lahir : Sibolga, 15 September 2002
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Dusun Sindang Jaya, Desa Jatihurip,
Kabupaten Sumedang, Jawa Barat.



Riwayat Pendidikan :

1. SD Parakanhonje Tasikmalaya
2. SMP N 2 Sumedang
3. SMA N 3 Sumedang

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan yang maha Esa, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir dengan judul **“Penerapan Tindakan Keperawatan cara verbal pada pasien Ny. P dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Utari RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor”** Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikannya karya tulis ilmiah ini berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama serta dorongan berbagai pihak sehingga dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Didin Syaefudin, S.Kp., MARS selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
2. Bapak Memed Sena Setiawan, S.Kp, M.Pd, MM selaku Wakil Ketua I bagian akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
3. Ibu Ns. Ita, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program D3 Keperawatan.
4. Ibu Ns. Reni. S.Kep, M.kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik tepat pada waktunya.
5. Ibu Ns. Renta Sianturi, M.Kep, Sp, Kep J selaku penguji II yang telah membimbing penulis untuk menyelesaikan tugas akhir ini serta memberikan masukan, arahan dan bimbingan agar ilmu yang didapat bermanfaat.
6. Ibu Dr.dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ selaku Direktur utama RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, dan kepala ruangan beserta seluruh staf di ruang Utari yang telah memberikan informasi dan bimbingan selama proses pengambilan kasus penelitian.

7. Ayah, ibu, kakak, adik saya yang telah memberikan bentuk dorongan yang sangat memotivasi dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
8. Teman-teman seperjuangan kami Angkatan XXXVI yang sudah memberikan support dan membantu dalam pelaksanaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir ini. Saya sadari bahwa penelitian dan penyusunan tugas akhir ini jauh dari sempurna, namun saya berharap bermanfaat kiranya penelitian dan penyusunan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 13 Juli 2023

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Pipit Verawati Manalu

NIM : 2036095

Program Studi : D3 Keperawatan

Jenis Karya : Tugas Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

PENERAPAN TINDAKAN KEPERAWATAN CARA VERBAL PADA PASIHEN Ny. P DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG UTARI RS dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR TAHUN 2023

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak dan Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada Tanggal : 13 Juli 2023
Yang Menyatakan

Pipit Verawati Manalu

ABSTRAK

Nama : Pipit Verawati Manalu

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Penerapan Tindakan Keperawatan Cara Verbal Pada Pasien Ny. P dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Utari RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor..

Resiko Perilaku Kekerasan merupakan suatu gejala dari skizofrenia dengan tanda dan gejala berkata kasar mengamuk dan agresif, pasien resiko perilaku kekerasan dapat merugikan pada diri sendiri dan orang lain, resiko perilaku kekerasan merupakan respon individu terhadap stressor, apabila tidak ditangani dapat merugikan orang lain. maka salah satu cara untuk mengontrol perilaku kekerasan adalah dengan cara verbal. Studi kasus ini bertujuan untuk melihat hasil tindakan keperawatan pada Ny. P dengan resiko perilaku kekerasan dengan penerapan Tindakan Keperawatan cara Verbal pada pasien Ny. P dengan resiko perilaku kekerasan di Ruang Utari RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Metode yang digunakan pada kasus ini adalah dengan metode deskriptif melalui pendekatan studi kasus (case study) dengan teknik analisis deskriptif intervensi. yang dilakukan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu cara verbal yang dilakukan selama 3 kali pertemuan dan durasi setiap pertemuan 20 menit. Hasil studi kasus pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah terdapat peningkatan kemampuan mengontrol emosi dengan cara verbal. Kesimpulan semakin baik cara verbal maka semakin baik juga cara mengontrol perilaku kekerasan.

Kata Kunci : Resiko perilaku kekerasan, Penerapan cara verbal, Tindakan Keperawatan.

DAFTAR ISI

PERNYATAAN TENTANG ORIGINALITAS.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat studi kasus	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Perilaku Kekerasan.....	5
B. Terapi Aktivitas Kelompok Resiko Perilaku Kekerasan	20
BAB III METODE DAN HASIL STUDI KASUS.....	23
A. Desain Studi Kasus.....	23
B. Subjek Studi Kasus.....	23
C. Lokasi dan Waktu	23
D. Fokus Studi Kasus	23
E. Instrument studi kasus.....	24
F. Metode pengumpulan data	24
G. Hasil Studi Kasus	25

BAB IV PEMBAHASAN.....	42
BAB V PENUTUP.....	48
A. Kesimpulan.....	48
B. Saran.....	48
DAFTAR PUSTAKA.....	50
LAMPIRAN.....	52

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data	30
Tabel 3. 2 Pohon Masalah.....	31
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan.....	37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Respon Rentan	7
Gambar 2. 2 Pohon Masalah.....	13

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sehat adalah kondisi yang bugar dan nyaman Kesehatan adalah keadaan sehat, mental spritual dan sosial yang memberikan kesempatan pada setiap orang untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomi (Krisna Triyono and K.Herdiyanto 2018). Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat fisik, mental, dan sosial bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan (WHO).

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan individu secara aktif mengatasi stres dengan normal dalam kehidupan (World Health Organization, 2021). Kesehatan jiwa adalah kondisi individu yang dapat berkembang secara fisik dan mental sehingga dapat menyadari setiap kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan dan berguna bagi lingkungan (Permani et al., 2023). Kesehatan jiwa adalah kondisi sehat psikologis, emosional, dan sosial yang terlihat dari hubungan dengan keluarga yang memuaskan, perilaku dan adaptasi stres efektif, konsep diri yang baik dan kestabilan emosional. seseorang dnegan kondisinya yang tidak seimbang mengakibatkan terjadi gangguan jiwa.

Gangguan jiwa yang dikenal dengan sebutan psikotik diantaranya yaitu skizofrenia yang dapat berpengaruh pada perilaku dan kondisi yang sangat mengganggu bagi individu yang mengalami gangguan kejiwaan (MCNamara, Same, Rosenmax, & Kelly, 2018). Menurut (Rohan, Hasdianah H, 2019) gangguan jiwa skizofrenia bisa muncul ketika lingkungan sekitarnya melakukan kekerasan fisik maupun verbal yang menyebabkan perubahan kimia otak, jenis ini sering kali menakuti karena perubahan sikap mereka yang lebih sering marah dan waspada. Menurut *World Health Organization* tahun (2022) mengatakan prevalensi masalah kesehatan mental saat ini masih cukup mengalami peningkatan gangguan jiwa berat skizofrenia menyerang hampir 1 dari 300 orang diseluruh dunia atau sekitar 24 juta jiwa di dunia mengalami skizofrenia.

World Health Organization mencatat data masalah gangguan kesehatan jiwa diseluruh dunia sekitar 135 juta orang mengalami halusinasi, gangguan jiwa di Indonesia sebanyak 1 sampai 1,5 juta jiwa diantaranya masalah halusinasi (Aritonang, 2021). Prevelensi gangguan jiwa berat skizofrenia sudah mencapai sekitar 400.000 jiwa atau sebanyak 1,7 per 1000 penduduk (Riskasdas,2018). Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan Kementerian Kesehatan (kemenkes) data 2020 terdapat terdapat sebanyak 277 ribu kasus kesehatan jiwa di Indonesisa data ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya yang hanya 197 ribu kasus, sebanyak 67,4 % memiliki gejala cemas dan sekiat 67,3 % mengalami depresi (Windya Puspasari et al., 2022).

Salah satu gejala positif skizofrenia yaitu Resiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah respon marah yang dilakukan oleh individu dimana perilaku ini beresiko membahayakan diri sendiri dan lingkungan sekitar, terdapat dua faktor yang menyebabkan resiko perilaku kekerasan yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Anisa et al., 2021). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang tujuannya melukai seseorang secara fisik maupun psikologi (buku Deden Dermawan,2019). Perilaku kekerasan ditandai dengan beberapa gejala seperti sering berbicara kasar dengan nada tinggi, berteriak, merusak barang atau benda,tidak punya kemampuan mengontrol perilaku kekerasan, mengepalkan tangan, melempar barang, mata melotot pandangan tajam, wajah memerah, sering berdebat, otot-otot tampak tegang, memaksakan kehendak dan melakukan kekerasan fisik yaitu melukai diri sendiri dan orang lain (Deden Dermawan, 2019).

Perilaku kekerasan dapat terjadi karena adanya rasa kekecewaan yang berkepanjangan serta tidak terwujudnya harapan terhadap suatu hal atau sebuah kegagalan sehingga membuat seseorang berperilaku agresif (Liviana & Suem, 2019). Tanda dan gejala yang sering muncul berupa gejala negatif seperti perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan merupakan satu reaksi marah yang seringkali ditunjukkan dengan melakukan sebuah ancaman, berusaha melukai diri sendiri maupun orang lain. dilihat pada keadaan aspek fisik diantaranya tekanan darah meningkat, pernapasan meningkat, dan denyut nadi

kuat, keadaan marah, memberontak, mudah tersinggung, dan bisa mencederai diri sendiri, perubahan pada kemampuan berpikir, afektif, psikologis, sehingga perilaku dan sosial dapat menyebabkan resiko perilaku kekerasan (Pardede, 2020). Resiko upaya untuk mencederai merupakan suatu tindakan yang dapat melukai dan membahayakan individu itu sendiri, lingkungan sekitar dan orang lain.

Berdasarkan data dirilis RS. dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor diruang perawatan Utari terhitung dalam 3 bulan terakhir dari bulan Desember 2022 sampai Februari 2023 tercatat sebanyak 802 pasien yang dirawat, masalah yang paling sering muncul diruang Utari diantaranya Halusinasi 266 orang (33,12%) Isolasi sosial 267 orang (33,3%) Harga diri rendah 4 orang (0,5%) Resiko Perilaku Kekerasan 6 orang (0,75%) defisit perawatan diri 248 orang (30,9%) resiko bunuh diri 8 orang dan waham 3 orang.

Penatalaksanaan pasien dengan kasus resiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan empat strategi pelaksanaan diantaranya mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, minum obat, cara verbal dan spiritual. Salah satu intervensi yang akan diajarkan kepada pasien adalah menggunakan cara verbal yang akan membantu pasien dalam mengatasi perilaku kekerasan dan dapat menjadi cara untuk menggali kemampuan dalam mengungkapkan perasaan marah dengan cara hati yang tenang (Anggraini et al., 2023)

Berdasarkan data diatas dari prevelensi penulis tertarik untuk mengangkat masalah resiko perilaku kekerasan. Karena resiko perilaku kekerasan dapat merugikan diri sendiri dan lingkungan sekitar maka penulis memiliki ketertarikan untuk membangun dan membina hubungan saling percaya pada pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan yang bertujuan agar pasien dapat mengungkapkan perasaannya yang sedang dialami kepada penulis.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah bagaimana penerapan tindakan keperawatan cara verbal pada pasien Ny. P dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Utari Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dapat mengontrol perilaku kekerasan.

C. Tujuan

Mendeskripsikan asuhan keperawatan dengan pemberian tindakan keperawatan cara verbal pada pasien resiko perilaku kekerasan dalam mengontrol marah.

D. Manfaat studi kasus

Dalam penulisan Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

a. Masyarakat

Memberikan pengetahuan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan dan kemandirian individu mengontrol diri melalui cara verbal.

b. Pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Menambahkan keluasan ilmu dan teknologi terapan di bidang keperawatan dalam penerapan tindakan keperawatan cara verbal pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

c. Penulis

Hasil studi kasus ini untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis terkait asuhan keperawatan jiwa pada resiko perilaku kekerasan dalam mengontrol marah dengan cara verbal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini penulis akan menguraikan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan yang terdiri dari konsep teori keperawatan dan prosedur car verbal.

A. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Definisi

Resiko Perilaku kekerasan adalah suatu perilaku yang dapat melukai orang lain secara psikis maupun fisik, perilaku kekerasan juga merupakan respon dari kemarahan yang terjadi karena ketidakmampuan individu mengatasi stress yang sedang dialami dilingkungannya sendiri (Anisa et al., 2021). Resiko perilaku adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain baik secara fisik yang diungkapkan terhadap stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Tazqiyatus Sudia, 2021). Perilaku kekerasan yaitu suatu bentuk ungkapan kemarahan yang tidak tepat, ditandai dengan melakukan tindakan yang dapat melukai diri sendiri, orang lain maupun merusak lingkungan (Amalia, 2019)

2. Psikodinamika

Menurut (Akasyah & Apriyanto, 2022) Perilaku kekerasan disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya :

- a. Faktor Predisposisi merupakan faktor yang menyebabkan individu mengalami gangguan jiwa. Adapun faktor-faktor yang mendukung adanya masalah resiko perilaku kekerasan adalah :

- 1) Faktor biologis

Faktor biologis yaitu didalam keluarga terdapat anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa atau seseorang yang dahulunya pernah memili riwayat gangguan jiwa sebelumnya, faktor biologis ini juga bisa disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.

2) Faktor Psikologi

Seseorang yang memiliki kepribadian tertutup dan menerima penolakan dari anggota keluarga, pernah dipukul oleh orang tuanya maupun penolakan dari lingkungan. Faktor psikologi menjadi paling dominan penyebab perilaku kekerasan yang dimana seringkali seseorang mengalami trauma terhadap hal yang mengganggu sehingga ketidakpercayaan terjadi pada diri sendiri. Ketika seseorang mengalami stress, kekecewaan dan trauma akan suatu hal sehingga individu tersebut lebih memilih melakukan perilaku kekerasan kepada orang lain disekitarnya sebagai bentuk mekanisme koping untuk mengatasi masalah yang dihadapi.

3) Faktor sosiokultural

Kehilangan orang terdekat akan memberikan respon terhadap kehilangan tersebut dengan berbagai cara salah satunya bisa dengan reaksi kondisi psikologi yaitu terhadap emosi dan kognitif. Pada aspek emosi bisa timbul gejala seperti ketakutan, sedih, amarah, ketidakberdayaan. Sedangkan pada aspek kognitif muncul gejala pikiran kacau, persepsi yang salah, terkadang menyalahkan diri sendiri.

b. Faktor presipitasi

1) Faktor genetik

Yaitu adanya riwayat dahulu seperti putus obat dan ketidakpatuhan atas pengobatan yang dijalani.

2) Faktor psikologis

Gangguan konsep diri yang timbul atas reaksi orang lain, penolakan dari orang lain dan lingkungan.

3) Faktor sosial budaya

Yaitu lingkungan tempat tinggal yang tidak harmonis dan dengan adanya selisih paham di lingkungan dapat mencetuskan emosi yang tidak terkontrol sehingga bisa menyebabkan perilaku kekerasan.

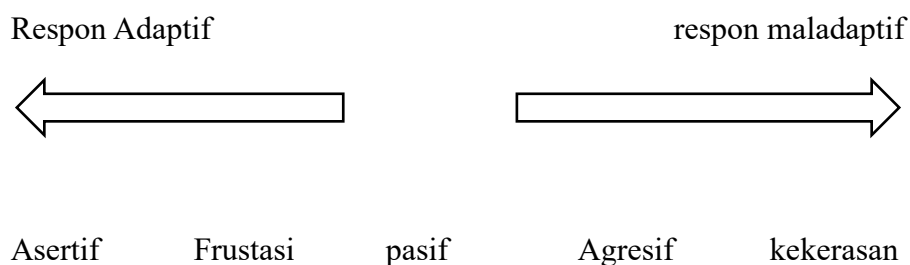
3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan menurut (Pardede, 2019) secara subjektif diantaranya suka membentak dan menyerang orang lain, mengatakan perasaan kesal atau marah, keinginan untuk mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan, merasa berkuasa, merasa tidak aman, penolakan. tanda dan gejala secara objektif yaitu mata melotot atau pandangan tajam terhadap orang lain, tangan mengepal dan rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku, mengancam dan mengumpat dengan kata-kata kotor, nada suara meninggi, berkata kasar, ketus, melukai dan menyerang diri sendiri dan orang lain, mengamuk dan agresif, merusak lingkungan, emosian.

Menurut (Anggraeni, dkk 2020) resiko perilaku kekerasan dapat memunculkan gejala seperti mata melotot, berbicara dengan kata kasar, pandangan mata tajam, ekspresi wajah tegang, berbuat gaduh, melakukan kekerasan fisik, wajah memerah, suka berdebat, mengancam, tidak bisa diam, gelisah.

4. Rentan respon

Menurut (Stuart dan Sudden dalam Sharma, 2017) Hubungan individu terhadap lingkungan sosial akan menimbulkan respon pada individu tersebut. Respon sosial diantaranya berada pada rentang adaptif sampai dengan maladaptif.



Gambar 2.1 Respon Rentan

Keterangan :

a. Asertif

Mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan tanpa merendahkan harga diri orang lain.

b. Frustrasi

Respon yang timbul atas kegagalan seseorang mencapai kepuasan ketika sedang marah dan tidak dapat mewujudnya dengan cara lain.

c. Pasif

Lanjutan dari respon sebelumnya dimana pasien tidak dapat mengungkapkan perasaannya

d. Agresif

Terdapat suatu upaya dan dorongan untuk mengungkapkan disertai perilaku marah tetapi masih dapat mengontrol.

e. Kekerasan

Perilaku destruktif tidak terkontrol, hilangnya kontrol pada menyebabkan perasaan marah dan ketidaksukaan terhadap orang lain.

5. Penatalaksanaan

Pelaksanaan Keperawatan

a. Pasien

1) SP I

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab Perilaku kekerasan
- c. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- d. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- e. Membantu pasien mempraktekan latihan dengan cara fisik I dan fisik II
- f. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I
- g. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II
- h. Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

2) SP II

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
- c. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

3) SP III

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
- c. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

4) SP IV

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- c. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

b. Keluarga

1) SP I

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- b. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta proses terjadinya perilaku kekerasan
- c. Menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.

2) SP II

- a. Melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan
- b. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien dengan perilaku kekerasan.

3) SP III

- a. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat
- b. Menjelaskan tindak lanjut pasien setelah pulang.

6. Pengkajian

1. Identitas

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

2. Alasan masuk

Pasien lebih sering masuk dengan alasan memukul orang, melakukan penyerangan, mengganggu lingkungan, bersifat kasar, dan pernah mengalami gangguan jiwa dahulu akibat ketidakpatuhan minum obat sehingga kambuh.

3. Faktor Predisposisi

- a. Pasien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan pernah dirawat
- b. Gangguan jiwa bisa karena anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa
- c. Adanya pengamalan yang tidak menyenangkan seperti penolakan.

4. Faktor Presipitasi

Faktor Presipitasi merupakan keadaan marah ketika dirinya merasa terancam baik secara fisik, psikis, ancaman konsep diri. Hal yang mencari faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

- a) Perasaan lemah fisik, putus asa, sering berada pada situasi agresif dan merasa tidak menyenangkan.
- b) Adanya upaya penghinaan, mengalami kekerasan, kehilangan orang terdekat, merasa terancam baik internal maupun eksternal dari lingkungan.
- c) Faktor lingkungan dengan suasana panas, padat dan berisik.

5. Pengkajian fisik
 - a. Mengukur tanda-tanda vital seperti tekanan darah tinggi, suhu, nadi, pernapasan cepat
 - b. Mengukur tinggi badan dan berat badan
 - c. Yang biasa ditemukan pada pasien perilaku kekerasan seperti tangan sering menggepal, tatapan mata tajam, tubuh kaku, nada bicara tinggi.
 - d. Perilaku verbal lebih sering mengutarakan ancaman, berbicara dengan nada tinggi
6. Psikososial
 - a. Genogram 3 generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga
 - b. Konsep diri terkait penolakan yang ada dalam diri pasien yang mempengaruhi keadaan pasien saat berinteraksi dengan orang lain sehingga membuat pasien merasa tidak sepadan.
7. Hubungan sosial
 - a. Orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat untuk mencurahkan isi hatinya, yang dapat membantu pasien.
 - b. Organisasi atau suatu perkumpulan yang diikuti
8. Spritual
 - a. Nilai dan keyakinan, pasien lebih sering melakukan penolakan atas gangguan jiwa yang dialami
 - b. Kegiatan ibadah, selama sakit jarang melakukan kegiatan ibadah.
9. Status mental
 - a. Penampilan pasien tidak rapi dari ujung rambut sampai ujung kaki, pakaian dalam dipakai diluar baju
 - b. Pembicaraan, terkadang cepat, keras, gagap, apatis, dan pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lain yang tidak ada kaitannya dengan topik sebelumnya.
 - c. Aktivitas motorik, terlihat gelisah, lesu, tegang
 - d. Alam perasaan, pasien terkadang sedih, putus asa, ketakutan, khawatir
 - e. Afek, emosi yang cepat berubah-ubah

- f. Interaksi selama wawancara, pasien tidak kooperatif, mudah teringgung, kontak mata kurang, tidak percaya pada orang lain.
- g. Persepsi, pasien masih bisa menjawab pertanyaan dengan jelas
- h. Proses pikir, pembicaraan yang meloncat dar satu topik ke topik lainnya masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuannya
- i. Isi pikir, keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi lingkungan yang bermakna dan terkait pada dirinya
- j. Tingkat kesadaran, terkadang pasien tampak bingung
- k. Memori pasien pada saat wawancara, pasien mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang
- l. Kemampuan penilaian, kemampuan penilaian ringan dan sedang namun belum mampu mengambil keputusan
- m. Daya tilik, lebih sering menyalahkan orang lain yang menyebabkan kondisi saat ini.

10. Mekanisme koping

Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego menurut (Wuryaningsih, 2018 dalam Pratama A, Senja A, 2022). Perilaku yang sering ditunjukkan diantaranya :

- 1. Menyerang, kewaspadaan yang meningkat, dan reflek yang cepat
- 2. Menyatakan secara asertif, kondisi yang sering ditunjukkan individu dalam mengespresikan kemarahannya dengan perilaku agresif
- 3. Memberontak, perilaku yang muncul untuk menarik perhatian orang lain.

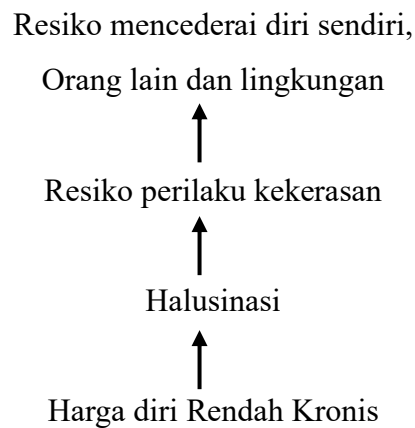
11. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pada kasus perilaku kekerasan pasien sering kali menerima penolakan sehingga kesulitan berinteraksi dengan lingkungan.

12. Pengetahuan

Pasien seringkali tidak mengetahui akan penyakitnya dan seringkali putus obat yang menyebabkan kekambuhan.

13. Pohon masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah

14. Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditentukan dari data yang didapatkan meskipun saat ini pasien tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi dahulunya pernah melakukannya atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan pada dasarnya tidak punya kemampuan mencegah perilaku kekerasan tersebut.

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Halusinasi
3. Harga diri rendah kronis

7. Intervensi

Intervensi keperawatan berupa pemberian penerapan tindakan strategi pelaksanaan dapat diberikan dalam mengatasi masalah pada seseorang dengan harapan setelah diberikan asuhan keperawatan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dapat menurun dan adanya peningkatan kemampuan kognitif pasien dalam mengontrol marah, stres, dan emosi (Akasyah & Apriyanto, 2022). Dari teori yang didapatkan pada saat perkuliahan penulis menggunakan intervensi berikut :

Dx	Perencanaa		
keperawat an	TUM : klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK :	Setelah x pertemuan klien menunjukkan tanda-tanda	Bina hubungan saling percaya dengan : a. beri saran setiap berinteraksi

	<p>1. klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>percaya kepada perawat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. wajah cerah, tersenyum 2. mau berkenalan 3. ada kontak mata 4. bersedia menceritakan perasaan 	<ol style="list-style-type: none"> b. perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi c. tanyakan dan panggil nama kesukaan klien d. tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi e. tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien f. buat kontrak interaksi yang jelas g. dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
	<p>2. klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dikerjakannya.</p>	<p>Setelah x pertemuan klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menceritakan penyebab perasaan 	<p>Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya</p> <ol style="list-style-type: none"> a. motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya

		jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya	b. mendengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien
	2. klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan	Setelah x pertemuan klien menceritakan tanda-tanda saat terjadinya perilaku kekerasan 1. tanda fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang 2. tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar 3. tanda social : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya a. motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi b. motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan c. motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi kekerasan

	<p>3. klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya</p>	<p>Setelah x pertemuan klien menjelaskan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya 2. perasaannya saat melakukan kekerasan 3. efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah 	<p>Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini</p> <ol style="list-style-type: none"> a. motivasi klien untuk menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya b. motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi c. diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami terapi
	<p>4. klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah x pertemuan klien menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya</p>	<p>Diskusikan dengan klien akibat negative (kerugian) cara yang dilakukan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. diri sendiri b. orang lain/keluarga c. lingkungan

		<p>1. diri sendiri : luka, dijauhi teman</p> <p>2. orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan</p> <p>3. lingkungan</p>	
	<p>5. klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan</p>	<p>Setelah x pertemuan klien:</p> <p>1. menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah</p>	<p>Diskusikan dengan klien :</p> <p>a. apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat</p> <p>b. jelaskan berbagai alternative pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien</p> <p>c. jelaskan cara sehat untuk mengungkapkan marah :</p> <p>d. cara fisik napas dalam, pukul bantal atau kasur</p>

			<p>e. verbal mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain</p> <p>f. sosial : latihan asersif dengan orang lain</p> <p>g. spiritual sembahyangdoa,zikir sesuai agamanya.</p>
	<p>2. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah x pertemuan klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>1. Fisik : tarik napas dalam, memukul bantal/kasur</p> <p>2. Verbal : mengungkapkan</p>	<p>a. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara untuk mengungkapkan kemarahan</p> <p>b. Latih klien memperagakan cara yang dipilih</p> <p>c. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih</p> <p>d. Jelaskan manfaat cara tersebut</p> <p>e. Anjurkan klien menirukan peragaan.</p>

8. Strategi pelaksanaan

Tindakan yang dilaksanakan oleh perawat yang bertujuan mengurangi resiko perilaku kekerasan yaitu dengan penerapan strategi pelaksanaan yang merupakan suatu metode pendekatan kepada pasien untuk membina hubungan saling percaya dan apabila tindakan strategi pelaksanaan tidak diberikan maka memperlambat kesembuhan pasien (Akasyah & Apriyanto, 2022).

a. Pasien

1) SP I

- a) Membina hubungan saling percaya
- b) Mengidentifikasi penyebab Perilaku kekerasan
- c) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- d) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- e) Membantu pasien mempraktekan latihan dengan cara fisik I dan fisik II
- f) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I
- g) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II
- h) Menganjurkan pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian

2) SP II

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
- c) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

3) SP III

- a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
- c) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

- 4) SP IV
 - a) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - b) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
 - c) Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

9. Evaluasi

Evaluasi kemampuan pasien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil ketika pasien dapat melakukan :

- a. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan dapat melakukan cara fisik 1 dan 2 mandiri
- b. Pasien mampu melakukan latihan patuh obat secara mandiri
- c. Pasien mampu melakukan latihan cara verbal secara mandiri
- d. Pasien mampu melakukan dengan cara spritual.

B. Terapi Aktivitas Kelompok Resiko Perilaku Kekerasan

Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok merupakan terapi non farmakologi yang diintervensikan oleh perawat terlatih terhadap pada pasien dengan masalah keperawatan yang ada. Terapi aktivitas kelompok memfokuskan pada pasien, kelompok, keluarga dan komunitas. Adapun terapi aktivitas yang sesuai dengan teori diantaranya :

1. Sesi pertama : mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

Tujuan :

- a. Pasien dapat menyebutkan stimulasi penyebab kemarahannya
- b. Pasien dapat menyebutkan respons yang dirasakan saat marah (tanda dan gejala marah).
- c. Pasien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah (perilaku kekerasan)
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan.

Evaluasi :

Aspek yang dievaluasi yaitu kemampuan pasien sesuai dengan tujuan Terapi Aktivitas Kelompok. Untuk Terapi Aktivitas Kelompok stimulasi persepsi perilaku kekerasan sesi 1 kemampuan yang diharapkan adalah mengetahui penyebab perilaku, mengenal tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan dan akibat perilaku kekerasan.

2. Sesi dua : mencegah perilaku kekerasan secara fisik

Tujuan :

- a. Pasien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang biasa dilakukan oleh pasien
- b. Pasien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan.
- c. Pasien dapat mendemonstrasikan dua kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan.

Evaluasi :

Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan mencegah perilaku kekerasan secara fisik.

3. Sesi tiga : mencegah perilaku kekerasan dengan cara interaksi sosial asertif (cara verbal)

Tujuan :

- a. Pasien dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan tanpa memaksa
- b. Pasien dapat mengungkapkan penolakan dan rasa sakit hati tanpa kemarahan.

Evaluasi :

aspek yang dievaluasi yaitu terkait kemampuan pasien yang diharapkan adalah mencegah perilaku kekerasan secara sosial (cara verbal)

4. Sesi empat : mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual

Tujuan :

- a. Pasien dapat melakukan mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Evaluasi :

aspek yang dievaluasi terkait perilaku kegiatan ibadah untuk mencegah perilaku kekerasan

BAB III

METODE DAN HASIL STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Desain Studi kasus adalah Desain penulisan karya tulis ilmiah dengan study kasus menggunakan penulisan metode deskripsi (Sahir, 2022). Penulis menggambarkan hasil dari study kasus dengan penerapan tindakan keperawatan pada pasien Ny.P dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Utari RS dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus merupakan suatu bagian dari sampel yang dijadikan sebagai sumber informasi dari karya tulis ilmiah (Fauzi & dkk, 2022) . Subjek studi pada kasus ini merupakan seorang pasien dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan yang mengalami Skizofrenia paranoid di ruang pemulihan Utari RS dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor.

C. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi

Lokasi merupakan tempat dimana penulis memperoleh informasi mengenai data yang diperlukan, Studi kasus dilakukan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Utari RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

2. Waktu

Waktu yang digunakan penulis untuk studi kasus ini dilakukan pada tanggal 28 februari sampai dengan 09 maret 2023.

D. Fokus Studi Kasus

Fokus penelitian dalam studi kasus ini dengan memfokuskan pada 1 responden melalui asuhan keperawatan jiwa khususnya penerapan cara verbal dalam mengontrol marah pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

E. Instrument studi kasus

Instrumen adalah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data dari responden. Pengumpulan data yang digunakan berupa format pengkajian asuhan keperawatan jiwa yang digunakan saat praktik. Setelah mempelajari data yang didapat oleh penulis baik dari catatan medis atau tim kesehatan lain yang berhubungan dengan kasus dapat digunakan untuk bahan menunjang tindakan keperawatan untuk perkembangan pasien, penulis juga menggunakan strategi pelaksanaan, dan lembar aktivitas kegiatan harian pasien.

F. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data diperlukan dalam studi kasus karya ilmiah ini yang bertujuan untuk mengumpulkan data-data dari pasien. Menurut (Syahza & Riau, 2021) Adapun metode pengumpulan data yang digunakan diantaranya :

- a. Data primer didapat melalui wawancara untuk mendapatkan data dari pasien berupa keluhan pasien, penyebab pasien marah, sikap atau perilaku yang biasanya pasien lakukan ketika marah, ketika sedang dalam keadaan marah. Berikutnya bisa dengan Observasi pasien untuk mendapatkan data objektif berupa gerakan tubuh, intonasi suara, dan luapan eksresi pasien. Data selanjutnya yang bisa dilakukan dengan pemeriksaan fisik untuk mengetahui kesehatan pasien terutama pada tanda-tanda vital pasien.
- b. Data sekunder didapatkan melalui studi dokumen untuk mendapatkan data riwayat penyakit pasien dahulu dan sekarang, diagnosa medis pasien, terapi penatalaksanaan berupa psikofarmaka yang diberikan, catatan perkembangan pasien dan data penunjang lainnya. Wawancara dengan perawat untuk mendapatkan perkembangan pasien selama perawatan. Penulis juga melakukan studi pendahuluan tentang data prevalensi terkait pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

G. Hasil Studi Kasus

Pengkajian

Tanggal Pengkajian : Tanggal 28 Februari 2023 pukul 08.00 WIB,

Ruang Rawat : Utari

Tgl. Masuk Perawatan : 26 Februari 2023

Nomor Registrasi : 0410321

Diagnosa Medis : Skizofrenia Paranoid

I. Identitas Klien

Nama : Ny. P Suku Bangsa : Sunda
Umur : 52 Tahun Pendidikan : SD
Status Perkawinan : Menikah Sumber : Pasien, perawat
Agama : Islam
Alamat : Toragong 004/02 Bogor

II. Alasan Masuk

pasien masuk Rumah Sakit diantarkan oleh keluarga dengan tanda dan gejala gelisah, terkadang memukul tetangga dan suami, sering marah-marah dan mengamuk, klien mengatakan memukul tetangga sampai terluka karena kesal, dan pasien tampak mudah tersinggung, pasien mengatakan penyebab dari perilaku yang dilakukan karena tetangga sering mempermasalahkan hal yang sepele sehingga pasien jadi tidak mempercayai tetangga lagi.

III. Faktor Predisposisi

Didapatkan data faktor predisposisi pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya kurang lebih 2 tahun, pengobatan pasien sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak rutin minum obat, pada saat lupa minum obat pasien akan lebih sensitive dan mudah tersinggung terhadap lingkungan sekitar karena pasien merasa selalu dicurigai.

IV. Pemeriksaan Fisik

Dalam pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital TD : 119/74 mmHg N : 84 x/menit S : 36,2 °C, P : 20 x/menit TB : 171 cm BB : 82

Kg, keluhan fisik pasien mengatakan kaki sering kesemutan dan sering pusing.

V. Psikososial

A. Genogram

Dalam data Psikososial didapatkan pola komunikasi pasien dua arah dapat bertukar pikiran, untuk pengambil keputusan pasien dibantu oleh suami dan saudara untuk melakukan musyawarah.

B. Konsep diri

1. Citra Tubuh

pasien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang tidak disukai

2. Identitas diri

pasien mampu menyebutkan identitas diri yaitu nama, riwayat hidup, keluarga, pekerjaan.

3. Peran

Pasien mengatakan selama di Rawat pasien tidak bisa memenuhi perannya sebagai orang tua.

4. Ideal diri

Pasien mengatakan bisa kembali lagi merawat keluarga terutama anak.

5. Harga diri

Pasien merasa tidak berharga karena tidak bisa merawat anaknya.

C. Hubungan Sosial

Pasien mengatakan memiliki hubungan yang tidak harmonis dengan tetangga rumah karena tetangga sering menuduh hal yang tidak sesuai.

D. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Dalam spritual atau nilai agama yang dianut pasien yaitu agama islam, pasien mengatakan tidak ada Tuhan adanya Allah SWT.

b. Kegiatan Ibadah

yang dilakukan yaitu sholat tetapi selama di Rumah Sakit pasien jarang sholat atau berdoa dan pasien mengatakan sudah banyak bacaan doa.

VI. Status Mental

1. Penampilan

Penampilan pakaian tampak rapih, rambut kotor terdapat kutu, tercium bau tidak sedap saat berdekatan dengan pasien

2. Pembicaraan

Pasien akan meninggikan nada bicara saat membicarakan tentang hubungan dengan suami.

3. Aktivitas Motorik

Pasien tampak gelisah, lesu dan merasa curiga pada orang lain pada saat ditanya tentang alasan berperilaku kasar pada tetangga.

4. Afek

Emosi pasien berubah-ubah jika tidak sesuai dengan pendapat pasien.

5. Interaksi selama wawancara

Pasien menjawab semua pertanyaan yang diajukan perawat, pasien tampak tidak nyaman saat ditanya tentang suami pasien mudah tersinggung dan mudah marah, pasien selalu saja ketika diajak komunikasi selalu berkata ingin keluar dari rumah sakit dan pulang ke rumah. Pasien tidak tau sebab dia dirawat di rumah sakit jiwa. pertanyaan dengan mengalihkan pembicaraan ke hal lain

6. Persepsi

Pasien mengatakan pernah mendengar suara orang berbicara tidak jelas dan bayangan hitam muncul sesekali namun tidak sering.

7. Isi Pikir

Pasien mengatakan masih mengingat kejadian yang membuatnya ada diposisi sekarang.

8. Proses Pikir

Pasien sering berbicara berulang-ulang, pembicaraan yang meloncat-loncat dari satu topik ke topik yang lain.

9. Tingkat Kesadaran

Kesadaran Compos mentis, pasien mengenal tempat dan waktu.

10. Memori

pasien mampu menceritakan kejadian dimasa lalu dengan jelas.

11. Tingkat Konsentrasi dan berhitung

Pasien mengatakan sulit berhitung dan tidak bisa menulis dikarenakan hanya lulusan SD

12. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain.

13. Daya tilik diri

Pasien tidak tau sebab dia dirawat di rumah sakit jiwa, pasien mengatakan tetangga dan ketua rt yang menyebabkan dirinya ada di rumah sakit jiwa.

VII. Mekanisme Koping

Berdasarkan mekanisme koping pasien memiliki koping adaptif yaitu dapat berkomunikasi dengan orang lain meskipun sesekali ingin menyendiri.

VIII. Alasan Psikososial dan Lingkungan

Berdasarkan masalah psikososial dan lingkungan, pasien mengatakan dapat bersosialisasi dengan orang lain, pasien mengatakan pernah sekolah dasar. Pasien mengatakan bekerja sebagai penjual kripik untuk sekolah anaknya. Pasien pernah memukul tetangga dan menonjok pintu rumah.

IX. Aspek Medik

Diagnosa medis pasien yaitu Skizofrenia Paranoid

Terapi Medik :

- Lorazepam 2 mg/24 jam per oral
- Trihexyphenidyl 2 mg/24 jam per oral
- Haloperidol 5 mg/12 jam per oral
- Metformin
- Glimepiride.

X. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan.

XI. Analisa Data

Analisa data yang penulis dapatkan dari hasil observasi, wawancara dan dokumentasi didapatkan :

No	Data Subjektif dan Data Objektif	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sedang merasa kesal - Pasien mengatakan tidak terlalu suka dengan teman sekamar - Pasien mengatakan kesal dengan pasien yang sering berteriak dan ingin memukulnya. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menatap dengan sinis - Pasien sering melamun - Pasien mudah tersinggung - Pandangan mata tidak fokus - Wajah tampak kesal - Pasien sesekali mengepal tangan - intonasi suara tinggi 	Resiko Perilaku Kekerasan
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pernah mendengar suara orang berbicara tidak jelas dan bayangan hitam muncul sesekali namun tidak sering. - pasien mengatakan akan menutup mata ketika mendengar dan melihat bayangan 	Halusinasi

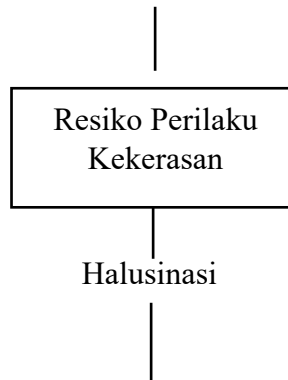
3.	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak melamun - pandangan mata kosong - terkadang berbicara sendiri <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama di Rawat pasien tidak bisa memenuhi perannya sebagai orang tua - pasien mengatakan jarang bersosialisasi dan berbaur dengan orang lain terutama di rumah sakit. pasien mengatakan tidak bisa merawat anak. - Pasien merasa tidak berharga karena tidak bisa merawat anaknya. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien menyendiri - pasien banyak melamun - rambut kotor, mulut berbau 	Harga Diri Rendah
----	--	-------------------

Tabel 3. 1 Analisa Data

XII. Pohon Masalah

Berdasarkan hasil pengkajian dapat ditegakkan diagnosa, sebagai berikut : Risiko perilaku kekerasan

Resiko mencederai diri sendiri & orang lain



Harga diri Rendah



Koping individu tidak efektif

Tabel 3. 2 Pohon Masalah

VIII. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan diterapkan sesuai dengan data yang didapatkan, meskipun pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pasien pernah melakukan atau memiliki riwayat perilaku kekerasan.

Masalah keperawatan yang muncul diantaranya :

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Halusinasi pendengaran dan penglihatan
- c. Harga diri rendah

XIV. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang digunakan penulis yaitu menggunakan teori yang dipelajari pada materi perkuliahan, berikut intervensi yang menjadi pedoman penulis :

Dx	Perencanaa		
keperawatan	TUM : klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK : 1. klien dapat membina hubungan saling percaya	setelah x pertemuan klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat : 1. wajah cerah, tersenyum 2. mau berkenalan 3. ada kontak mata	Bina hubungan saling percaya dengan : a. Beri saran setiap berinteraksi b. Perkenalan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi

		4. bersedia menceritakan perasaan	<p>c. Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien</p> <p>d. Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi</p> <p>e. Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien</p> <p>f. Buat kontrak interaksi yang jelas</p> <p>g. dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien</p>
	5. klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dikerjakannya.	<p>Setelah x pertemuan klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> <p>1. menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal</p>	<p>Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya</p> <p>a. motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya</p> <p>b. mendengarkan tanpa menyela</p>

		baik dari diri sendiri maupun lingkungannya	atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien
	6. klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan	Setelah x pertemuan klien menceritakan tanda-tanda saat terjadinya perilaku kekerasan 1. tanda fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang 2. tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar 3. tanda social : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya a. motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi b. motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan c. motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi kekerasan

	<p>7. klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya</p>	<p>Setelah x pertemuan klien menjelaskan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya 2. perasaannya saat melakukan kekerasan 3. efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah 	<p>Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini</p> <ol style="list-style-type: none"> a. motivasi klien untuk menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya b. motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindakan kekerasan tersebut terjadi c. diskusikan apakah dengan tindakan kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami terapi
	<p>8. klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah x pertemuan klien menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya</p>	<p>Diskusikan dengan klien akibat negative (kerugian) cara yang dilakukan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. diri sendiri b. orang lain/keluarga

		<p>1. diri sendiri : luka, dijauhi teman</p> <p>2. orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan</p> <p>3. lingkungan : barang atau benda rusak.</p>	c. lingkungan
	<p>9. klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan</p>	<p>Setelah x pertemuan klien:</p> <p>1. menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah</p>	<p>Diskusikan dengan klien :</p> <p>a. apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat</p> <p>b. jelaskan berbagai alternative pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien</p> <p>c. jelaskan cara sehat untuk mengungkapkan marah :</p>

			<p>d. cara fisik napas dalam, pukul bantal atau kasur</p> <p>e. verbal mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain</p> <p>f. sosial : latihan asersif dengan orang lain</p> <p>g. spiritual sembahyang, doa, zikir sesuai agamanya.</p>
	<p>10. Klien dapat mendemonstrasikan, cara mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>Setelah x pertemuan klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>1. Fisik : tarik napas dalam, memukul bantal/kasur</p> <p>2. Verbal : mengungkapkan</p>	<p>a. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara untuk mengungkapkan kemarahan</p> <p>b. Latih klien memperagakan cara yang dipilih</p> <p>c. Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih</p> <p>d. Jelaskan manfaat cara tersebut</p>

			e. Anjurkan klien menirukan peragaan.
--	--	--	---------------------------------------

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

XV. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang diberikan berupa strategi pelaksanaan yang penulis lakukan pada pasien dimulai pada tanggal 01 Maret 2023 sampai dengan tanggal 06 Maret 2023.

Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Rabu, 01 Maret 2023	Resiko perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan - Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan - Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan - Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan - Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan lebih tenang dan perasaan lebih lega - Pasien mengatakan lebih memilih latihan tarik napas dalam <p>O :</p> <p>pasien dapat memperagakan cara tarik napas dalam dengan baik</p> <p>A :</p> <p>Resiko perilaku kekerasan masih ada</p> <p>P :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 - Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 - Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. 	menerapkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal atau kasur.
Kamis, 02 Maret 2023	Resiko perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien - menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat - menganjurkan pasien memasukkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan memahami bentuk obat, warna obat dan manfaat dari obat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien bisa menyebutkan ulang warna

		dalam jadwal kegiatan harian	<p>obat, waktu minum obat, manfaat dari obat, efek samping obat.</p> <p>A : resiko perilaku kekerasan masih ada.</p> <p>P : menerapkan mengontrol dengan cara verbal.</p> <p>P : menerapkan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.</p>
Jumat,03 Maret 2023	Resiko perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien - Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal - menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perasaan kesal berkurang - Pasien mengatakan sudah berbicara langsung ke teman sekamar. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dapat memperagakan cara yang dilatih

			<ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lega - pasien mau bercakap-cakap dengan teman <p>A : resiko perilaku kekerasan masih ada</p> <p>P : menerapkan mengontrol perasaan marah dengan cara verbal.</p>
Sabtu,04 Maret 2023	Resiko perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien - Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mempraktekan dengan teman) - menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. 	
Senin, 06 Maret 2023	Resiko perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 	S : pasien mengatakan dapat menahan kesal dan marah

		<ul style="list-style-type: none"> - Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan rasa kesal) - menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. 	<p>O : pasien dapat memperagakan cara yang dilatih agar dan dapat menahan marah</p> <p>A : resiko perilaku kekerasan masih ada</p> <p>P : menerapkan cara spiritual dalam mengontrol perilaku marah.</p>
--	--	--	--

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang hasil dari observasi pada pasien Ny.P dengan resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dr. H Marzoeki Mahdi Bogor. Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Februari – 09 maret 2023. Penulis melakukan pengkajian dengan menggunakan pengkajian keperawatan jiwa, kemudian membina hubungan saling percaya dengan memberikan dorongan untuk selalu semangat, perkenalan nama, tujuan perawat berinteraksi, menanyakan pasien, menunjukkan sikap empati, dan menepati setiap janji setiap pertemuan, menanyakan perasaan dan keluhan pasien, lalu membuat kontrak yang tepat dan jelas, mendengarkan setiap keluhan pasien. Dari kegiatan tersebut pasien dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien dapat menyebutkan nama dan keluhan setiap kunjungan. Dari identifikasi pasien, perawat akan melaksanakan penerapan latihan cara verbal. Resiko Perilaku kekerasan masih ada. Perawat melakukan pengenal tentang perasaan marah, hasil pasien kurang mengetahui tentang perasaan marah dan setelah dilakukan penjelasan pasien akhirnya paham tentang perilaku kekerasan, perawat melakukan kontrak untuk pertemuan berikutnya.

Pengkajian pada Ny. P didapat tanda dan gejala yaitu berbicara dengan nada tinggi, mudah tersinggung, sesekali mengepalkan tangan, pandangan tidak fokus, ingin menyendiri, emosional, menatap dengan sinis, intonasi suara tinggi saat pada saat membahas mengenai hubungan dengan suami. Pasien berhasil dikaji. sejalan dengan dengan penelitian sebelumnya (Malfasari et al., 2020) penulis melakukan pengkajian terhadap pasien didapatkan data tanda dan gejala yang dapat menunjukkan risiko perilaku kekerasan diantaranya berbicara kasar, suara tinggi, tangan mengepal, menjerit atau berteriak. Penulis menyimpulkan tanda dan gejala yang didapat dari studi kasus dan penelitian sebelumnya pada pasien resiko perilaku kekerasan yaitu perasaan emosi berlebihan terhadap keadaan yang dialami dan perilaku yang dapat melukai orang lain dan lingkungan. Pasien mengatakan sedang merasa kesal

Diagnosa keperawatan pada pasien Ny. P pada saat pengkajian didapatkan permasalahan diantaranya Resiko perilaku Kekerasan sebagai masalah utama, Halusinasi, dan harga diri rendah. Sejalan dengan penelitian sebelumnya yaitu menurut (Naomi & Gustina, 2022) Penulis melakukan pengkajian pada dua pasien dan didapatkan masalah dari pasien yaitu pasien mudah tersinggung atau marah jika ditanya tentang masalah pribadinya dengan ayahnya dan mau memukul orang sekitar, Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol marahnya dan mau memukul temannya jika merasa terganggu, Pasien sering marah-marah, memukul ayahnya, mengamuk, mudah tersinggung, merusak barang-barang, bicara kasar, dan suka mengancam orang lain dan lingkungan. diagnosa pada pasien tersebut yaitu perilaku kekerasan sebagai masalah utama, gangguan sensori persepsi: Halusinasi sebagai penyebab. maka penulis menyimpulkan hasil studi kasus dan penelitian sebelumnya bahwa diagnosa keperawatan berupa fokus masalah utama yaitu resiko perilaku kekerasan dan halusinasi sebagai penyebab.

Tindakan Keperawatan yang dilakukan kepada pasien Ny. P disesuaikan dengan intervensi yaitu membina hubungan saling percaya, melatih cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1, latihan fisik 2 dan fokus utama mengontrol marah cara verbal dengan komunikasi terapeutik yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan kesal atau marah dengan tepat. Diharapkan mampu memberikan dampak positif bagi kesembuhan Ny. P. Sejalan dengan penelitian sebelumnya (Anisa et al., 2021) pada studi kasus yang dilakukan penulis memfokuskan intervensi mengontrol perilaku kekerasan agar pasien bisa membina hubungan saling percaya, dapat mengontrol marah, memahami dan mengetahui akibat dari perilaku kekerasan, dan dapat mengungkapkan kemarahan dengan cara yang tepat. Penulis menyimpulkan bahwa pada kasus pasien dengan resiko perilaku kekerasan penerapan yang diberikan yaitu mengontrol dengan cara fisik 1 dan 2, dengan cara minum obat, dengan cara verbal.

Implementasi hari ke 1 pada tanggal 01 maret 2023 Sesuai dengan kontrak program sebelumnya perawat melaksanakan penerapan yang pertama adalah mengenal perilaku kekerasan dan latihan fisik 1 tarik napas dalam dan pukul bantal. Penulis menjelaskan kontrak program kepada pasien. Kemudian penulis menjelaskan langkah-langkah tarik napas dalam dan pukul bantal. Dan pasien

melaksanakan latihan yang sudah dijelaskan oleh penulis. Hasil setelah penulis memfasilitasi dan menjelaskan, respon pasien tampak rileks setelah latihan tarik napas dalam dan pukul bantal, pasien sesekali mempraktekan yang sendiri dan terlihat pasien lebih sering menggunakan tarik napas dalam dibandingkan pukul bantal dan memfasilitasi pasien untuk memasukkan pada kegiatan harian. Pasien melaksanakan latihan cara fisik yaitu tarik napas dalam dan pukul bantal. Pada saat penulis bertanya mengenai tarik napas dalam dan pukul bantal pasien lebih senang menggunakan cara tarik napas dalam dibandingkan dengan cara pukul bantal. Alasan pasien lebih memilih tarik napas dalam karena lebih rileks dan tidak membutuhkan tenaga yang berlebih dalam mengontrol marah dan pasien juga memiliki tekanan darah tinggi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yaitu menurut (Tazqiyatus Sudia, 2021) setelah penulis melakukan implementasi relaksasi napas dalam selama 3 hari didapatkan hasil pasien lebih tenang dan mampu mengontrol emosi. Dan menyimpulkan bahwa relaksasi napas dalam efektif berpengaruh dalam pengontrolan marah pada pasien perilaku kekerasan. Sejalan juga dengan penelitian (Desak Made Ari Dwi Jayanti et al., 2022) dengan melakukan teknik napas dalam secara bertahap dan rutin akan memberikan efek yang signifikan dalam mengontrol marah, teknik napas dalam juga dapat membantu mengurangi kemungkinan perilaku kekerasan. Penulis menyimpulkan teknik tarik napas lebih efisien dilakukan dan teknik ini juga mudah untuk dilakukan tanpa memerlukan tenaga yang berlebih dan bisa dilakukan kapanpun.

Implementasi hari ke 2 tanggal 02 maret 2023. Sesuai kontrak sebelumnya penulis melatih cara yang kedua yaitu minum obat. Penulis menjelaskan tujuan dari minum obat secara teratur, akibat apabila tidak minum obat, waktu untuk minum obat, menyebutkan warna obat, jenis obat. Penulis mempersiapkan alat obat dan gelas berisi air putih. Kemudian penulis menjelaskan langkah-langkah minum obat. Dan pasien melakukan kembali sesuai arahan. Dari hasil observasi kegiatan pasien tampak paham tentang manfaat dari minum obat, kerugian apabila tidak minum obat, waktu yang tepat minum obat, dan dapat menyebutkan warna obat. Evaluasi tanggal 02 maret pasien mampu memahami warna obat, efek samping obat dan manfaat minum obat. Resiko perilaku kekerasan masih ada. Pertahankan latihan

kepatuhan minum obat, perawat melakukan kontrak selanjutnya yaitu penerapan latihan cara verbal. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya menurut penelitian (Nanang Khosim et al., 2022) bahwa adanya hubungan kepatuhan minum obat terhadap mengontrol perilaku kekerasan dengan didukung oleh keluarga dan perawat ruangan sehingga pasien patuh untuk minum obat dan hal ini akan berdampak baik bagi pasien agar dapat melakukan interaksi dengan orang lain. penulis menyimpulkan dari studi kasus dan hasil penelitian sebelumnya mengatakan latihan cara minum obat ini dapat mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien.

Implementasi hari ke 3 tanggal 03 Maret 2023. Sesuai kontrak sebelumnya perawat melakukan penerapan latihan cara verbal dengan tiga cara yaitu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar dan tepat. Penulis menjelaskan tujuan dari latihan cara verbal. Kemudian penulis menjelaskan langkah-langkah latihan verbal yaitu mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar. Lalu pasien melakukan latihan cara verbal yang sudah disimulasikan terlebih dahulu oleh penulis. Hasil pasien bisa melakukan cara verbal dengan cara yang benar tetapi sering kali masih menggunakan cara kasar dan latihan masih akan terus dilatih. Evaluasi tanggal 03 maret 2023 pasien sudah bisa bicara dengan tenang, dan mau berbincang bincang dengan waktu yang lama, sudah mulai terbuka, masih mudah tersinggung. Lanjutkan latihan cara verbal dengan 3 cara yaitu mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Anggraini et al., 2023) mengontrol perilaku kekerasan dengan komunikasi terapeutik cara verbal dapat menurunkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan terdapat perbedaan antara sebelum dan sesudah dilakukan penerapan startegi cara verbal. Cara verbal ini dapat membantu dalam mengambil tindakan serta mempengaruhi orang lain, dan lingkungan disekitarnya. Penulis menyimpulkan bahwa teknik latihan cara verbal dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan dengan cara sosial asertif.

Implementasi Hari ke 4 tanggal 04 Maret 2023. Sesuai dengan kontrak sebelumnya perawat melatih mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Perawat menjelaskan tujuan dari latihan cara verbal kemudian perawat menjelaskan langkah-langkah latihan

cara verbal diantaranya meminta dengan cara baik, menolak dengan tepat, dan mengungkapkan dengan benar. Selanjutnya pasien melakukan latihan cara verbal, pasien terlihat sudah bisa melakukan langkah-langkah cara verbal dengan meminta barang dari pasien lain dengan cara yang baik, pasien juga mempraktekkannya ke pasien lain ketika meminta makanan dengan cara yang benar. Evaluasi tanggal 04 Maret 2023 yaitu pasien tampak tenang, mau berinteraksi dengan orang lain, perilaku kekerasan tidak ada. Pertahankan dan evaluasi melalui jadwal kegiatan pasien dan Lanjutkan latihan cara verbal di hari berikutnya. Hal ini didukung penelitian yang dilakukan oleh (Suryaningsih, 2019) yang mengatakan bahwa pemberian penerapan cara verbal terhadap mengendalikan marah pada pasien perilaku kekerasan dalam penelitian ini berhasil meningkatkan kemampuan mengontrol marah selama dilakukan implementasi pada setiap pertemuan. Penulis menyimpulkan dengan melakukan komunikasi cara verbal secara rutin pasien dapat mengendalikan keadaan dengan pengungkapan rasa kesal dengan cara yang tepat.

Implementasi hari ke 5 tanggal 06 Maret 2023. Sesuai dengan kontrak sebelumnya pasien akan melaksanakan latihan cara verbal untuk mengontrol marah tidak lupa perawat menyampaikan tujuan dari penerapan cara verbal dan meningkatkan dan mengevaluasi kembali cara mengontrol marah dengan cara verbal. Pasien melakukan latihan dengan pasien lain agar memberikan kesan yang nyata dan pasien bisa melakukan latihan cara verbal dengan baik lagi memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Respon pasien sangat tenang, mau berbincang-bincang dengan durasi yang cukup, dapat melakukan cara verbal dengan sangat baik, berinteraksi dengan orang lain. Dalam implementasi mengontrol marah dengan cara verbal yaitu komunikasi terapeutik meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan dengan baik. Pasien Ny. P mampu mengontrol emosinya dengan mengekspresikan yaitu pasien sudah lebih tenang, pasien terkesan mau terbuka dengan mau mengungkapkan perasaannya, mau berbaur dengan pasien lain, berbagi cerita dengan pasien lain, pasien juga sudah bisa meminta dengan cara baik dan tepat. Sejalan dengan penelitian sebelumnya menurut (Ananda & Niriyah, 2023) setelah peneliti melakukan intervensi komunikasi asertif selama 4 hari didapatkan penurunan resiko perilaku kekerasan, perubahan yang ditemukan pada pasien yaitu berupa perubahan respon perilaku yang semula pasien terkadang merusak benda

disekitarnya dan terkadang menyakiti orang lain secara fisik setelah dilakukan penerapan komunikasi asertif menjadi tidak pernah merusak benda dan menyakiti orang lain. dan sejalan dengan penelitian sebelumnya dari (Biahimo, 2023) dalam penelitian terhadap pasien didapatkan data kondisi klien sebelum diberikan implementasi keperawatan berbicara dengan suara keras, menganggap orang lain musuh dan sering mengumpat, setelah dilakukan implementasi cara verbal didapatkan hasil pasien sudah mampu berkomunikasi dengan nada yang terkontrol terhadap orang lain dan mampu melakukan kontak mata dengan lawan bicara.

Evaluasi keperawatan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari pasien dapat melaksanakan latihan mengontrol marah dengan latihan tarik napas dalam, cara dan kepatuhan minum obat, dan cara verbal meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan baik.. Didapatkan perubahan pada pasien mampu melaksanakan latihan dengan tenang, perkembangan interaksi yang baik, pandangan mata fokus, terbuka dengan penulis, mampu melakukan beberapa kegiatan harian yang sudah dibuat, sudah tidak melakukan gerakan mengepal tangan, pasien sudah dapat mengontrol perilaku kekerasan. Perencanaan tindak lanjut yang akan dilakukan penulis yaitu tetap mempertahankan dan meningkatkan latihan verbal yang sudah dijalankan. Evaluasi setelah dilakukan implementasi cara verbal dalam 3 hari latihan asertif ini bisa membuat keadaan saat bersama orang lain menjadi tenang dan mengubah suasana hati menjadi lebih baik sehingga dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan. sejalan juga dengan penelitian terdahulu (Martini et al., 2021) pada hasil penelitian terlihat dengan keadaan pasien yang menunjukkan kemajuan dalam mengontrol emosinya yakni nada bicara pasien sudah tidak ketus lagi, pasien bisa memperagakan cara mengungkapkan marah dengan baik, meminta, dan menolak dengan baik, pasien mampu mengungkapkan marah dengan baik pada pasien yang berselisih dengannya, pasien juga bisa meminta dan menolak dengan baik seperti yang telah disampaikan perawat. Penulis menyimpulkan berdasarkan penerapan pada pasien risiko perilaku kekerasan didapatkan hasil bahwa penerapan komunikasi asertif mampu menurunkan nilai risiko perilaku kekerasan. Latihan asertif ini juga bisa membuat keadaan saat bersama orang lain menjadi tenang dan mengubah suasana hati menjadi lebih baik sehingga dapat menurunkan resiko perilaku kekerasan.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Perilaku kekerasan adalah suatu respon yang maladaptif dari kemarahan yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun lingkungan secara verbal maupun nonverbal. Pengkajian yang didapat pada pasien berupa tanda dan gejala diantaranya pandangan tidak fokus, mudah tersinggung, tidak banyak bersosialisasi dengan orang lain, nada bicara tinggi. Penatalaksanaan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penulis berupa penerapan latihan mengontrol marah dengan latihan fisik, cara minum obat, dan fokus utama penatalaksanaan ini yaitu mengontrol dengan cara verbal dapat menurunkan perilaku kekerasan. Hasil penelitian pada Ny. P yaitu pasien sudah dapat mengontrol marah dengan tarik napas, pukul bantal dan cara verbal serta respon pasien sangat antusias selama latihan penerapan 6 kali pertemuan. Hasil evaluasi pada pasien Ny. P didapatkan hasil pasien mampu mengetahui penyebab, tanda dan gejala akibat, cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik napas dalam dan pukul bantal, kepatuhan minum obat, dan cara verbal. Pada studi kasus ini pasien mampu mengontrol dan melakukan penerapan cara verbal yang sudah penulis ajarkan dan dapat memperagakan latihan tersebut dengan orang lain.

B. Saran

1. Bagi pengembangan ilmu dan Teknologi

Bagi pengembangan ilmu dan pengetahuan dan teknologi keperawatan Setelah dilakukan penelitian ini, diharapkan sebagai tambahan bagi ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya penerapan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan bagi mahasiswa dan dapat

diaplikasikan dari laporan studi kasus yang sudah ada sebelumnya untuk menerapkan proses keperawatan lainnya.

2. Bagi penulis

Pengalaman yang penulis dapatkan dengan mengimplementasikan penerapan cara verbal pada masalah resiko perilaku kekerasan. Selain itu juga menjadi dasar bagi penulis untuk mengaplikasikan keperawatan lainnya dengan berpedoman pada penulisan dan studi kasus ilmiah lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Akasyah, W., & Apriyanto, B. (2022). *Jurnal Keperawatan Medika*. 1(1), 41–53.
- Ananda, R. G., & Niriyah, S. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Penerapan Terapi Suportif Asertif Untuk Menurunkan Nilai Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ners*, 7(1), 797–803. <https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.8748>
- Anggraini, D., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2023). The application of verbal therapeutic communication implementation strategies in patients at risk of violence behavior in room jasmine psychiatric hospital in Lampung Province. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2), 218–225.
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Biahimo, N. U. I. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Penerapan Terapi Latihan Asertif pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Kerja Puskesmas Limboto Kabupaten Gorontalo*. 1(3).
- Desak Made Ari Dwi Jayanti, I Wayan Budianto, & I Gusti Ayu Putu Satya Laksmi. (2022). Pengaruh Teknik Relaksasi Pernafasan Dalam terhadap Perilaku Marah Pasien Skizofrenia di UPTD RSJ Provinsi Bali. *Journal of Health (JoH)*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.30590/joh.v9n1.287>
- Fauzi, A., & dkk. (2022). Metodologi Penelitian. In *Suparyanto dan Rosad (2015)*.
- Liviana, & Suem, T. (2019). Faktor predisposisi pasien resiko perilaku kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 1(1), 27–38.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Martini, S., Endriyani, S., & Febriani, A. (2021). Manajemen Pengendalian Marah Melalui Latihan Asertif Klien Skizofrenia Dengan Masalah Perilaku Kekerasan. *JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(2), 302–308. <https://doi.org/10.36086/jkm.v1i2.1013>
- Nanang Khosim, Sonia Selviana, Afifah Kurniawati, Ainnur Rizqiana D, Fitriana Noor S, & Inka Nur Safitri. (2022). Refresing Tentang Program Pencegahan Kekambuhan Di Rumah Sakit Jiwa Soerojo Magelang. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Sisthana*, 4(1), 01–04. <https://doi.org/10.55606/pkmsisthana.v4i1.55>
- 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

- Pardede, J. A. (2019). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. December. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
- Permani, N., Apriliani, I., & Dewi, F. K. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia pada Pasien Gangguan Jiwa. *Journal of Management Nursing*, 2(2), 191–195. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.81>
- Sahir, S. H. (2022). *Buku ini di tulis oleh Dosen Universitas Medan Area Hak Cipta di Lindungi oleh Undang-Undang Telah di Deposit ke Repository UMA pada tanggal 27 Januari 2022*.
- Suryaningsih, C. (2019). Jurnal sabhanga. *Jurnal Sabhanga*, 1(1), 74–82. <http://ejournal.stikessatriabhakti.ac.id/index.php/sbn1/article/view/21/21>
- Syahza, A., & Riau, U. (2021). *Buku Metodologi Penelitian , Edisi Revisi Tahun 2021* (Issue September).
- 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>
- Windya Puspasari, H., Agustiya, R. I., Riset, P., Masyarakat, K., Gizi, D., Riset, B., & Nasional, I. (2022). *Upaya Preventif Dan Promotif Kesehatan Jiwa Di Kota Denpasar*. 148–157.

LAMPIRAN

STRATEGI PELAKSANAAN LATIHAN FISIK 1

RABU 01 MARET 2023

1. Proses keperawatan
 - a. kondisi Pasien :

pasien menatap dengan wajah sinis, tampak melamun, klien
 - b. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan
 - c. Tujuan Khusus :
 - 1) Klien dapat Membina hubungan saling percaya
 - 2) Klien dapat Mengidentifikasi perasaan marah
 - 3) Klien dapat Mengidentifikasi tanda dan gejala yang dirasakan
 - 4) Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
 - 5) Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
 - 6) Klien dapat mengontrol secara fisik 1
 - d. Tindakan Keperawatan
 - 1) Membina hubungan saling percaya
 - 2) mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
 - 3) mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
 - 4) mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
 - 5) menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
 - 6) melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik satu
 - 7) menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
2. Proses Pelaksanaan Tindakan
 1. Fase Orientasi
 - a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, selamat pagi bu, perkenalkan nama saya Pipit Verawati Manalu, panggil saya Pipit, saya mahasiswa STIKes RSPAD GATOT SOEBROTO yang dinas diruangan ini. Hari ini saya dinas pagi

dari pukul 07.30-14.00. saya akan merawat ibu dirumah sakit ini. Nama ibu siapa ? senangnya dipanggil apa ?”

b. Validasi :

“bagaimana perasaan ibu saat ini ? apakah ada keluhan fisik ataupun keluhan emosional ?”

c. Kontrak :

“Bagaimana kalau kita berbincang-bincang dengan ibu dan membantu mengatasi masalah ibu ?”

“Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah ibu”

Waktu :

“berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit ?”

Tempat :

“ibu mau berbincang-bincang dimana ?bagaimana kalau di ruang tamu”

2. Fase Kerja

“Apa yang sedang ibu rasakan hari ini ? selain kesal dan marah apa yang ibu rasakan hari ini ? selain kesal dan marah apa yang ibu rasakan lagi ? bisa ceritakan kenapa ibu kesal dan marah?”

“apa yang biasanya ibu lakukan ketika marah ?”

“baik disini saya akan mengajarkan ibu bagaimana cara mengatasi marah selain dengan cara melempar barang

“jadi ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan ibu, maukah ibu belajar cara pertama dahulu.

“begini bu, kalau ada tanda-tanda seperti tadi yang ibu rasakan, maka ibu berdiri/duduk dengan rileks, lalu tarik nafas dari hidung tahan sebentar lalu keluarkan/tiup pelan-pelan melalui mulut”.

“ayo ibu coba lakukan apa yang saya praktikan tadi, ibu berdiri atau duduk dengan rileks tarik nafas dari hidung, bagus bu dan tiup melalui mulut. Nah lakukan sebanyak 5 kali”.

“bagus sekali, ibu sudah melakukannya dengan baik”

“ibu tadi telah melakukan latihan teknik tarik napas dalam dengan baik jadi jika ibu sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah bisa melakukannya”.

3. Fase Terminasi

Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan ibu setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

“Ada beberapa cara yang sudah kita latih, coba ibu sebutkan lagi ?
bagus!”

“Mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari bu.

Kontrak

Waktu :

“baik bu, bagaimana kalau dua jam lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah / mengontrol marah”

Tempat :

“dimana sebaiknya kita bertemu nanti bu ? untuk tempatnya disini lagi ya bu”.

“baiklah bu, cukup sampai sini saja ya bu. Ibu tadi sudah sangat bagus sekali mau menceritakan tentang perasaan ibu kepada saya. Saya permisi dulu ya bu”.

STRATEGI PELAKSANAAN LATIHAN FISIK 2

RABU 01 MARET 2023

1. Proses keperawatan
 - a. kondisi Pasien :

melamun, menyendiri, mudah tersinggung
 - b. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan
 - c. Tujuan Khusus :
 - 1) Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik II
 - 2) Klien mampu memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
 - a. Tindakan Keperawatan
 - 1) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II
 - 2) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
2. Proses Pelaksanaan Tindakan
 1. Fase Orientasi
 - a. Salam Terapeutik

“selamat siang bu, apakah ibu masih ingat dengan saya ?”

“sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu, sekarang saya datang lagi”
 - b. Validasi

“bagaimana perasaan ibu saat ini ? adakah hal-hal yang menyebabkan ibu marah ?”
 - c. Kontrak

“baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

Waktu :
“ibu mau berapa lama ? bagaimana kalau 20 menit”

Tempat :

“bagaimana kalau kita berbincang-bincang diruang tamu ?”setuju bu?”

2. Fase Kerja

“kalau suatu ketika ada yang yang menyebabkan ibu marah dan muncul perasaan dan muncul perasaan kesal, mata jadi melotot, selain teknik tarik napas dalam ibu dapat melakukan memukul kasur dan bantal”.

“sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Boleh kita ke kamar ibu ? jadi kalau nanti ibu kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali ibu melakukannya”.

“kekesalan lampiaskan ke kasur dan bantal”

“nah cara inipun bisa dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya”.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi/validasi

“bagaimana perasaan ibu setelah latihan cara menyalurkan marah tadi ?”

“ada beberapa cara yang sudah kita laatih, coba ibu sebutkan lagi ? bagus!”

“mari kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan sehari-hari ibu. Pukul kasur dan bantal mau jam berapa ? bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi dan jam 15.00 sore”

“lalu kalau ada keinginan untuk marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya bu.

b. Kontrak

Waktu :

“ besok siang kita akan ketemu lagi, kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik

Tempat :

“sebaiknya besok kita berbincang-bincang dimana bu ? bagaimana kalau di depan kamar ibu ?”

“baiklah bu, untuk saat ini kita cukupkan sampai disini saja. Saya permisi ya bu”.

STRATEGI PELAKSANAAN MINUM OBAT

RABU 02 MARET 2023

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Pasien :

Wajah tampak kesal, sesekali tangan mengepal, pandangan mata tidak fokus, mengatakan ingin pulang, pasien bertanya tentang obat yang dikonsumsi.

b. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

c. Tujuan Khusus :

- 1) klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
- 2) klien mampu memasukkan kegiatan mengontrol perilaku kekerasan dalam jadwal kegiatan harian.

2. Tindakan Keperawatan

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

1. Proses Pelaksanaan Tindakan

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum bu, selamat pagi bu, masih ingat dengan saya ?

“baik bu, hari ini saya dinas pagi dari jam 07.30-14.00 sesuai dengan janji kita kemarin tepat dijam 09.00 saya kembali”.

b. Evaluasi/validasi

Bagaimana perasaan ibu saat ini ? apakah ada keluhan yang ingin diungkapkan ?”

c. Kontrak

“bagaimana kalau sekarang kita berbincang-bincang tentang perasaan marah”

Tujuan : “agar ibu dapat mengontrol perasaan marah dengan kepatuhan minum obat”

Tempat

“sesuai janji kemarin kita akan berbincang-bincang di depan kamar saja”

Waktu

“untuk waktunya mau berapa lama bu ? 15 menit saja bagaimana?”

2. Fase Kerja

“sebelumnya ibu sudah dapat obat dari dokter ?”

“kalau boleh tau ada berapa obat yang ibu minum ? ibu ingat warnanya apa saja?”

“obatnya ada 3 macam bu, yang warna merah jambu namanya Haloperidol gunanya agar pikiran teratur dan rasa marah berkurang. Obat warna putih namanya Trihexyphenindyl (THP) agar ibu tenang dan rileks. Dan obat warna kuning agar tenang dan tidak cemas berlebihan. Semuanya ini harus ibu minum 3 kali sehari, jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam”.

“bila merasa agak pahit setelahnya ibu bisa minum air putih agar pahitnya hilang”

“ apabila nanti bisa merasa mata berkunang-kunang, ibu sebaiknya istirahat dan berhenti beraktivitas sementara”

“jangan pernah berhenti minum obat karena bisa terjadi kekambuhan”

“sekarang kita masukan masukkan waktu minum obatnya ke dalam jadwal ya bu”.

3. Fase Terminasi

a. Validasi / evaluasi

“bagaimana perasaan ibu setelah kita berbincang-bincang tentang cara minum obat yang benar”

“boleh ibu sebutkan lagi jenis obat yang ibu minum ! untuk minum obat waktu kapan saja bu ?”

“latihan mengontrol perasaan marah sudah kita praktekan sebanyak 3 cara, sekarang kita tambahkan jadwal kegiatannya dengan minum obat. Ibu bisa melakukannya untuk hari selanjutnya”.

b. Kontrak

Waktu :

“baik bu, besok pukul 15.30 kita ketemu lagi untuk latihan mengontrol perasaan marah dengan cara verbal yaitu mengungkapkan, meminta dan menolak dengan benar”.

Tempat :

“untuk tempatnya bagaimana kalau di ruang tamu bu ?”

“baiklah sampai disini dulu bincang-bincang kita, saya mohon permisi bu”.

STRATEGI PELAKSANAAN CARA VERBAL

RABU 03 MARET 2023

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Pasien :

Pasien mengatakan sedang merasa kesal, Masih mudah tersinggung, pasien mengatakan mengantuk, pandangan mata tidak fokus

b. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

c. Tujuan Khusus :

- 1) Klien mampu mengontrol perasaan marah dengan cara verbal
- 2) Klien mampu memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.

d. Tindakan Keperawatan

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2) Melatih pasien mengontrol perasaan marah dengan cara verbal
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

2. Proses Pelaksanaan Tindakan

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, selamat siang bu. Masih ingat dengan saya ?”

“baik bu, sesuai dengan janji kita kemarin, sekarang kita bertemu lagi di jam 15.30”

b. Evaluasi/validasi

“bagaimana pak, kemarin dan tadi pagi minum obat dengan benar ?

“coba saya liat jadwal kegiatan hariannya”

“bagus, nah bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah perasaan marah yang berlebih ?”

c. Kontrak

Tempat :

“sesuai janji kemarin kita bercakap-cakap di depan kamar ibu saja”

Waktu :

“berapa lama ibu mau kita bercakap-cakap ? bagaimana kalau 20 menit ?”

2. Fase Kerja

“sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah perasaan marah yang berlebih. Kan kita sudah latihan mengontrol marah dengan tarik napas dalam, dan cara minum obat yang benar nah sekarang kita akan berlatih berbicara dengan baik kepada orang yang membuat kita marah”
“jadi ada tiga cara nih bu yaitu :

1. Meminta sesuatu dengan baik tanpa emosi dengan nada suara rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar yang bisa melukai hati orang tersebut. Kemarin ibu bercerita bahwa penyebab marah ibu karena ketika ibu minta cangkir ibu yang diambil oleh temen tetapi tidak diberi. Coba ibu minta cangkir ibu dengan baik”. “bu, saya boleh minta kembalikan cangkir saya ? karena itu sudah bekas dipakai sama saya”. Coba ibu minta cangkir temennya dengan baik. Coba ibu praktekan. “bagus bu”
2. Menolak dengan baik, jika ada yang meminta makanan punya ibu dan ibu tidak ingin memberikannya, katakan : “maaf ya saya tidak mau memberikannya karena saya masih lapar”. Coba ibu praktekan. Ya bagus bu”
3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada ada yang berbuat salah ke ibu sehingga membuat ibu kesal dan marah, ibu bisa mengatakan. “saya tidak senang dengan apa yang kamu katakan membuat saya jadi kesal”. Coba ibu praktekan. Bagus bu”.

3. Fase Terminasi :

a. Validasi / evaluasi

“bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol perasaan marah dengan bicara yang baik?”

“coba ibu bisa sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari”

“bagus bu, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta sesuatu berupa barang. Bagus nanti dicoba ya bu !”

b. Kontrak

Waktu :

“ besok kita akan bertemu untuk berlatih berbicara baik untuk mengontrol marah”.

Tempat :

“tempatnya di ruang tamu saja ya bu”

“saya permisi dan sampai bertemu besok lagi bu”.

STRATEGI PELAKSANAAN CARA VERBAL

RABU 04 MARET 2023

1. Proses Keperawatan
 - a. Kondisi Pasien :

Pasien mengatakan tidak terlalu suka dengan teman sekamar, pandangan mata tidak fokus
 - b. Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan
 - c. Tujuan khusus :
 - 1) Klien mampu mengontrol marah dengan cara verbal
 - 2) Klien mampu memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
 - d. Tindakan Keperawatan
 - 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - 2) Melatih pasien mengontrol marah dengan cara verbal
 - 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.
2. Proses Pelaksanaan Tindakan
 1. Fase Orientasi
 - a. Salam Terapeutik

“selamat siang bu. Masih ingat dengan saya ?”

“baik bu, sesuai dengan janji kita kemarin, siang ini kita bertemu lagi untuk berbincang-bincang kembali”.
 - b. Evaluasi / validasi

“bagaimana perasaan ibu saat ini, apakah ada hal yang membuat ibu merasa kesal atau marah ?”

c. Kontrak

Waktu :

“bu sekarang kita akan berbincang-bincang, untuk waktunya mau berapa lama bu ? 15 menit saja bagaimana ?

Tempat :

“untuk tempatnya sesuai kesepakatan kita kemarin ya bu yaitu di ruang tamu”.

2. Fase kerja

“nah, sekarang kita akan berlatih lagi tentang mengontrol marah dengan cara meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan kesal dengan tepat”

“nantinya ibu akan mempraktekan latihan ini langsung dengan teman”

“sekarang kita akan mulai mempraktekannya dengan tiga cara yang kemarin sudah kita latihan”

“pertama meminta makanan teman dengan baik tanpa ada pemaksaan dan nada suara rendah, coba ibu meminta seperti yang akan saya contohkan “ibu boleh saya minta makanan ? ibu sedikit saja”.

“apabila diberi jangan lupa ibu bilang terimakasih” boleh sekarang ibu praktekkan. “ya bagus bu”

“kedua menolak bercakap-cakap dengan teman ketika ibu sedang tidak ingin”. Ketika ibu tidak ingin bercakap-cakap ibu bisa mengatakan “maaf ya, saya saat ini sedang tidak ingin bercakap-cakap karena saya sedang cape”. Coba sekarang ibu praktekkan dengan teman “ya, bagus bu”

“kita lanjut cara ketiga ya bu, yaitu mengungkapkan perasaan kesal dengan tepat, ketika ibu merasa kesal ibu bisa berkata seperti ini “saya saat ini sedang kesal karena perilaku kamu, lain kali jangan berbuat seperti itu”.

“nah ibu bisa mencoba dengan teman ibu”. “ya, bu sangat bagus”

3. Fase terminasi

a. Validasi / evaluasi

“bagaimana bu perasaannya saat kita tadi sudah latihan cara verbal?”

“ibu bisa melakukan latihan praktek ini dihari berikutnya lagi”

b. Kontrak

Waktu :

“besok kita bertemu lagi ya bu, untuk berbagi cerita dan sekaligus berlatih cara verbal.

Tempat :

“tempatny mau dimana bu ?, bagaimana kalau di depan kamar”

“saya akhiri percakapan kita hari ini ya bu, saya permisi”.

STRATEGI PELAKSANAAN CARA VERBAL

RABU 06 MARET 2023

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Pasien

Pasien mengatakan ingin pulang, mengatakan tidak nyaman dengan pasien baru yang sering teriak dan ingin memukulnya.

b. Diagnosa Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

c. Tujuan Khusus :

- 1) pasien mampu mengontrol marah dengan cara verbal
- 2) pasien mampu memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

d. Tindakan Keperawatan

- 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2) Melatih pasien mengontrol marah dengan cara verbal
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

2. Proses Pelaksanaan Tindakan

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“selamat pagi bu, masih ingat dengan saya ? “

“kita bertemu lagi hari ini sesuai dnegan janji kita kemarin, pagi ini saya dan ibu akan bercakap-cakap kembali dan berlatih cara verbal lagi agar ibu terbiasa”

b. Evaluasi / Validasi

“hari ini bagaimana perasaan ibu ? apakah ada keluhan ?”

c. Kontrak

Waktu :

“bu, sekarang kita akan bercakap-cakap dan berlatih ulang mengontrol marah, untuk waktunya berapa lama bu ? 15 menit saja bagaimana bu ?”

Tempat :

“untuk tempatnya sesuai dengan janji kita yaitu di depan kamar”.

2. Fase Kerja

“baik bu, sekarang ibu akan berlatih lagi mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan kesal dengan cara baik”

“ketika ibu menginginkan suatu hal atau barang, ibu bisa meminta dengan cara yang baik tanpa harus memaksa melukai dengan fisik.

“pada saat ibu ingin menolak harus dengan baik agar respon orang baik terhadap ibu”

“dan pada saat ibu merasa kesal dan marah ibu bisa mengungkapkannya dengan baik tanpa menyakiti perasaan orang lain”.

3. Fase Terminasi

a. Validasi / evaluasi

“bagaimana perasaan ibu setelah tadi melatih ulang secara verbal dengan baik”

“ibu bisa melakukan kedepannya agar bisa mengontrol marah”.

“saya cukupkan percakapan kita hari ini, saya permisi”.

