

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI PADA PASIEN RISIKO PERILAKU**  
**KEKERASAN DENGAN *SKIZOFRENIA***



**OLEH :**  
**ADE TRI KARUNIAWATI**  
**NIM : 2317001**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI PADA PASIEN RISIKO PERILAKU**  
**KEKERASAN DENGAN *SKIZOFRENIA***

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

ADE TRI KARUNIAWATI

NIM : 2317001

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ade Tri Karuniawati

Nim : 2317001

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bahwa merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta,.....2020

Pembuat Pernyataan

Ade Tri Karuniawati

NIM : 2317001

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI PADA PASIEN RISIKO PERILAKU**  
**KEKERASAN DENGAN *SKIZOFRENIA***

OLEH :

ADE TRI KARUNIAWATI

NIM : 2317001

Telah Memenuhi Persyaratan Untuk Diujikan dan  
Disetujui pada Tanggal

02 Juni 2020

Dewan Penguji :

Tanda Tangan

Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep

.....

Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep

.....

Prastiwi Puji R, M.Kep.Ns.Sp.Kep.J

.....

Mengesahkan  
Direktur Akper “YKY”  
Yogyakarta

Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep

NIK : 114103052

## **MOTTO**

Tidak ada masalah yang tidak bisa diselesaikan selama ada komitmen bersama untuk menyelesaikannya.

( Ade Tri Karuniawati )

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai ( dari sesuatu urusan ), tetaplah bekerja keras ( untuk urusan yang lain ). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.”

( Q.S Al-Insyiroh : 6-8 )

“Dan Allah bersama orang-orang yang sabar”

( Q.S Al-Anfal : 66 )

## **PERSEMBAHAN**

Dari semua yang penulis kerjakan dan penulis peroleh tidak luput dari doa dan dukungan banyak pihak, maka dari itu penulis ingin mempersembahkan karya tulis ilmiah ini untuk :

1. Kedua orangtua saya Bapak Daldiri dan Ibu Nur Hidayah tercinta yang tidak pernah lelah memberikan dukungan berupa doa, materi dan semangat yang luar biasa.
2. Untuk kakak tersayang, Dadang Febriyanto dan keluarga besar yang selalu memberi motivasi, dukungan dan doa yang tiada henti serta menguatkan saya.
3. Teman berjuang Seno Setiadi yang setia menemani dalam keadaan susah dan senang selama berjuang di Akper YKY.
4. Pembimbing tugas akhir saya Ibu Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Ibu Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep yang telah sabar membimbing saya serta dewan penguji Ibu Prastiwi Puji Rahayu, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J sehingga dapat terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Sahabat-sahabatku Linggar Hanum Kusnatifah, Tri Okfia, Rio Surya Adegata yang selalu memberi semangat, membantu, menemani dan mau direpotkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Teman-teman seperjuangan di Akper “YKY” khususnya kelas 3A, terima kasih sudah menjadi keluarga kedua selama ini dalam menempuh pendidikan di Akper

“YKY”. Teruskan perjuangan kalian dan salurkan ilmu-ilmu yang sudah kalian dapatkan.

7. Almamater tercinta Akper “YKY” Yogyakarta yang telah menuntutku sehingga mempunyai ilmu yang bermanfaat.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan karya tulis ilmiah dengan judul **“Studi Dokumentasi Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan Skizofrenia”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ilmiah ini dapat disusun dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Tri Arini S.Kep.Ns.,M.Kep selaku direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan karya tulis ini.
2. Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji dan dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.
3. Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji dan dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.



4. Prastiwi Puji Rahayu, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
5. Daldiri dan Nur Hidayah selaku orang tua penulis yang tiada henti selalu memberikan dukungan, doa dan semangat kepada penulis.
6. Seluruh dosen Akper YKY Yogyakarta yang telah memberikan ilmunya kepada penulis selama 3 tahun ini.
7. Teman-teman seperjuangan dan semua pihak yang telah membantu penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembacanya.

Yogyakarta, Juni 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL DALAM.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN KEASLIAN TULISAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang Masalah .....</b>	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah.....</b>	<b>5</b>
<b>D. Ruang Lingkup.....</b>	<b>6</b>
<b>E. Manfaat Studi Kasus .....</b>	<b>6</b>
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
<b>A. Teori Dasar .....</b>	<b>8</b>
1. Gambaran Umum Skizofrenia.....	8
2. Gambaran Umum Risiko Perilaku Kekerasan.....	14
3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan .....	25
<b>B. kerangka Teori .....</b>	<b>41</b>
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>42</b>
<b>A. Rancangan Penelitian .....</b>	<b>42</b>
<b>B. Objek Penelitian .....</b>	<b>42</b>
<b>C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>42</b>

<b>D. Definisi Operasional.....</b>	<b>43</b>
<b>E. Instrumen Penelitian.....</b>	<b>43</b>
<b>F. Teknik Pengumpulan Data .....</b>	<b>43</b>
<b>G. Analisa Data.....</b>	<b>44</b>
<b>H. Etika Penulisan.....</b>	<b>44</b>
<b>I. Kerangka Alur Penelitia.....</b>	<b>45</b>
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>46</b>
<b>A. Hasil.....</b>	<b>46</b>
<b>B. Pembahasan .....</b>	<b>49</b>
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>54</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>54</b>
<b>B. Saran .....</b>	<b>56</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah.....	21
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	44
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	48

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Golongan Generasi Pertama.....	16
Table 2.2 Golongan Generasi Kedua.....	16
Table 2.3 Rentang Respon Marah.....	22
Table 3.1 Definisi Operasional.....	46

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Studi Kasus

Lampiran 2 Berita Acara Pelaksanaan Bimbingan

Lampiran 3 Data Asuhan Keperawatan Tahun 2015

Ade Tri Karuniawati. (2020). Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien Skizofrenia di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Pembimbing : Tenang Aristina dan Nunung Rachmawati

### **ABSTRAK**

Masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah *skizofrenia*, *skizofrenia* yaitu masalah pada gangguan otak dan pola pikir seseorang. Prevalensi *skizofrenia* di dunia mencapai 21 juta orang, salah satu gejala *skizofrenia* adalah risiko perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain, dampak negatif dari risiko perilaku kekerasan yaitu melukai diri sendiri, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, depresi berat. Berdasarkan data stupen didapatkan prevalensi pada 3 bulan terakhir yaitu bulan November 2019 sampai februari 2020 menunjukkan bahwa masalah utama di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Yogyakarta yaitu risiko perilaku kekerasan. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui gambaran pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan *skizofrenia* dan mengetahui gambaran mengenai pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Studi dokumentasi ini menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan laporan asuhan keperawatan pada tahun 2015. Dari hasil studi dokumentasi diperoleh bahwa setiap proses keperawatan yang dilakukan pada Tn B sudah sesuai dengan teori. Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah setelah melakukan studi dokumentasi, didapatkan data gambaran risiko perilaku kekerasan dan mendapatkan gambaran proses keperawatan pada masalah risiko perilaku kekerasan

**Kata Kunci** : Risiko Perilaku Kekerasan; *Skizofrenia*; Studi Dokumentasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Menurut UU No. 18 Tahun 2014 Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Sehat jiwa merupakan suatu kondisi mental sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia (Badan PPSDM, 2013).

Fenomena gangguan jiwa berat seperti penyandang skizofrenia semakin mendapatkan perhatian berbagai pihak, terutama menyangkut permasalahan pemenuhan hak atas kesehatan sebagaimana diamanatkan konstitusi Indonesia bahwa setiap orang hidup harus sejahtera lahir dan batin serta memperoleh pelayanan kesehatan. Di Indonesia ketiadaan aturan hukum, rendahnya tingkat pendidikan, keterbatasan pemahaman terhadap gejala gangguan jiwa menyebabkan penyandang gangguan jiwa belum mendapatkan tempat yang layak untuk mempertahankan hak-haknya sebagai manusia dan untuk memulihkan dirinya (Firdaus, 2010). Sedangkan menurut (Maramis,



2010) dalam (Yusuf Ah, dkk. 2015) gangguan jiwa sendiri menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat.

Menurut data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2016 menunjukkan bahwa sekitar 25 juta orang terkena depresi, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta orang terkena dimensia. Sedangkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi gangguan jiwa berat berada di Indonesia sebanyak 7,1 per mil penduduk. Prevalensi jumlah penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta yang menderita gangguan jiwa berat sebesar 15,3 per mil penduduk. Secara rinci, penderita gangguan jiwa berat di Kabupaten Kulon Progo 10,20 per mil, Kabupaten Bantul 2,53 per mil, Kota Yogyakarta 3,22 per mil, Kabupaten Gunung Kidul 2,89 per mil, dan Kabupaten Sleman 6,91 per mil.

*World Health Organisation* (WHO) menyebutkan masalah utama gangguan jiwa di dunia adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan pada otak dan pola pikir, skizofrenia mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Gejala positif antara lain: delusi, halusinasi, waham, disorganisasi pikiran dan gejala negatif seperti: sikap apatis, bicara jarang, afek tumpul,

menarik diri dari masyarakat dan rasa tidak nyaman. Salah satu gejala skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai dimana seseorang melakukan tindakan-tindakan yang dapat membahayakan/mencederai diri sendiri, orang lain, bahkan lingkungan (Prabowo, 2014). Sedangkan menurut Farida (2010) perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrem dari marah atau ketakutan/panik. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan ( *violence* ) di sisi lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi agresif atau melukai karena penggunaan koping yang kurang bagus.

Dampak negatif dari risiko perilaku kekerasan adalah ide melukai diri sendiri, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, dan depresi berat. Oleh karena itu dengan membawa klien ke pelayanan kesehatan akan berdampak positif bagi klien. Salah satu tempat pelayanan jiwa berada di Indonesia adalah Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta (Farida, 2010).

Peran perawat dalam hubungan interpersonal pada pasien dengan gangguan jiwa yaitu orientasi, dimana perawat harus fokus menentukan

masalah pada pasien. Selanjutnya identifikasi yang berfokus pada respon pasien terhadap perawat. Setelah itu eksploitasi, perawat fokus mengakhiri hubungan interpersonalnya dengan pasien. Dalam proses ini, perawat mempunyai peran sebagai pendidik, narasumber, penasehat dan pemimpin. Selain perawat keluarga berperan dalam kesembuhan dan kekambuhan pasien (Direja, 2017).

Keluarga merupakan pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat (Prabowo, 2014).

Berdasarkan data hasil studi pendahuluan pada buku registrasi pasien di Wisma Sadewa di RS Jiwa Grhasia Yogyakarta pada 3 bulan terakhir yaitu bulan November 2019 sampai Februari 2020 menunjukkan bahwa masalah keperawatan utama di Wisma tersebut adalah risiko perilaku kekerasan. Kemudian, hasil wawancara dengan perawat ruangan mengatakan bahwa pasien/klien terbanyak dengan masalah diagnosa keperawatan yang ada di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta adalah risiko perilaku kekerasan dan gangguan sensori persepsi halusinasi.

Dari data tersebut maka upaya yang dilakukan oleh perawat di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta diantaranya menggunakan panduan asuhan keperawatan (PAK). Pasien sudah dirawat sesuai PAK, setelah pasien membaik, selanjutnya dilakukan rehabilitasi. Namun upaya-upaya tersebut dirasa masih kurang berhasil dan belum membuahkan hasil dilihat dari banyaknya pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan prevalensi dan dampak dari masalah di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul gambaran pada pasien *Skizofrenia* dengan risiko perilaku kekerasan.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah kasus diatas adalah “ Bagaimana Gambaran pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan *Skizofrenia* ”

## **C. Tujuan Studi Kasus**

Tujuan pada studi kasus ini dibagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus :

### 1. Tujuan umum

Mengetahui Gambaran pada pasien *Skizofrenia* dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

### 2. Tujuan khusus

Mengetahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian risiko perilaku kekerasan
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan risiko perilaku kekerasan
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan risiko perilaku kekerasan
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan pendokumentasian risiko perilaku kekerasan

#### **D. Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Jiwa. Materi yang dibahas adalah Gambaran pada pasien *Skizofrenia* dengan Risiko Perilaku Kekerasan dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus pada tahun 2015.

#### **E. Manfaat Studi Kasus**

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Teoritis

Menambah pengetahuan di bidang keperawatan jiwa khususnya dalam pelaksanaan pasien *Skizofrenia* dengan risiko perilaku kekerasan.

## 2. Praktis

### a. Bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Diharapkan studi kasus ini dapat dijadikan sebagai referensi untuk menambah wawasan pengetahuan dan memperoleh pengalaman nyata bagi mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan proses belajar mengajar pada mata ajar keperawatan jiwa khususnya pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

### b. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan secara nyata ilmu keperawatan jiwa yang diperoleh selama menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta terutama dalam menerapkan proses Asuhan Keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teori Dasar**

##### 1. Gambaran Umum Skizofrenia

###### a. Definisi

Kata skizofrenia terdiri dari dua kata, yaitu *skhizein* = pecah dan *phrenia* = *mind* = pikiran. Jadi skizofrenia adalah gangguan psikotik yang sifatnya merusak, melibatkan gangguan berfikir, persepsi, pembicaraan, emosional, dan gangguan perilaku (Juliana & Nengah, 2019).

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi pasien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Direja, 2011). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Maslim, 2013).

###### b. Etiologi

Menurut Hawari (2014) ada beberapa penyebab skizofrenia antara lain:

1) Faktor genetik (turunan/pembawa sifat)

Studi terhadap keluarga menyebutkan pada orangtua 5,6%, saudara kandung 10,1%, anak-anak 12,8%, dan penduduk secara keseluruhan 0,9% lalu studi terhadap orang kembar (*twin*) menyebutkan pada kembar identik (*monozygote*) 59,2%, sedangkan kembar non identik atau fraternal (*dizygote*) adalah 15,2% dengan demikian bahwa transmisi gen pada skizofrenia sangat kompleks dan dipengaruhi oleh banyak faktor lainnya.

2) Virus

Virus atau infeksi yang dapat mempengaruhi perkembangan otak janin yang dialami saat proses kehamilan

3) *Auto-antibody*

Selanjutnya bahwa orang yang sudah mempunyai faktor epigenetic tersebut, bila mendapatkan stresor psikososial dalam hidupnya, maka risikonya akan mengancam jiwa atau lingkungannya.

4) Malnutrisi (kekurangan gizi)

Skizofrenia dapat di sebabkan oleh kekurangan gizi pada seseorang yang kehamilannya ditrimester pertama.

c. Macam-macam *skizofrenia*

Menurut Hawari (2014), macam-macam skizofrenia dibagi menjadi 9 yaitu:



1) Skizofrenia hebefrenik

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe hebefrenik, disebut juga *disorganized type* atau “ kacau balau” yang di tandai dengan gejala-gejala antara lain sebagai berikut : inkoherensi, alam perasaan, waham, halusinasi

2) Skizofrenia katatonik

Seseorang yang menderita skizofrenia tipe katatonik menunjukkan gejala-gejala pergerakan atau aktivitas spontan, perlawanan, kegaduhan, dan sikap yang tidak wajar atau aneh.

3) Skizofrenia paranoid

Gejala gejala yang muncul yaitu: waham, halusinasi yang mengandung isi kejaran atau kebesaran, gangguan alam perasaan dan perilaku.

4) Skizofrenia residual

Tipe ini merupakan sisa-sisa (residu) dari gejala skizofrenia yang tidak begitu menonjol. Misalnya penarikan diri dari pergaulan sosial, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis dan tidak rasional.

5) Skizofrenia tak tergolong

Tipe ini tidak dapat dimasukkan dalam tipe-tipe yang telah di uraikan dimuka, hanya gambaran klinisnya terdapat waham, halusinasi, inkoherensi atau tingkah laku kacau.

6) Skizofrenia kompleks

Suatu bentuk psikosis (gangguan jiwa yang ditandai terganggunya realitas/RTA dan pemahaman diri/ *insight* yang buruk) yang perkembangannya lambat dan perlahan-lahan dari perilaku yang aneh, ketidakmampuan memenuhi tuntutan masyarakat, dan penurunan kemampuan/ketrampilan total.

7) Skizofreniform (episode skizofrenia akut)

Fase perjalanan penyakitnya (fase aktif, prodromal, dan residual) kurang dari 6 bulan tetapi lebih lama dari 2 minggu. Secara klinis si penderita lebih menunjukkan gejala emosi dan kebingungan seperti dalam keadaan mimpi.

8) Skizofrenia laten

Hingga kini belum terdapat suatu kesepakatan yang dapat diterima secara umum untuk memberi gambaran klinis kondisi ini; oleh karenanya kategori ini tidak dianjurkan untuk dipakai secara umum.

9) Skizoafektif

Gambaran klinis tipe ini didominasi oleh gangguan pada alam perasaan (*mood, affect*) disertai waham dan halusinasi.

d. Tanda dan gejala

Menurut Hawari (2014) gejala-gejala pada pasien skizofrenia dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif.

1) Gejala positif

- a) Delusi atau waham, yaitu suatu keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinannya itu tidak rasional, penderita tetap meyakini kebenarannya.
- b) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indera tanpa ada rangsangan (stimulus), misalnya penderita mendengar suara-suara/bisikan-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara/bisikan itu.
- c) Kekacauan alam pikir, yang dapat dilihat dari isi pembicaraannya, misalnya bicaranya kacau sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.
- d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
- e) Merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
- f) Pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
- g) Menyimpan rasa permusuhan

2) Gejala negatif

- a) Alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
  - b) Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*).
  - c) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
  - d) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.
  - e) Sulit dalam berpikir abstrak.
  - f) Pola pikir stereotip.
  - g) Tidak ada/kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif, tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, menonton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu).
- e. Penatalaksanaan Medis

Berbagai jenis obat psikofarmaka yang beredar dipasaran hanya dapat diperoleh dengan resep dokter, dapat dibagi dalam dua golongan yaitu golongan generasi pertama (*typical*) dan golongan generasi kedua (*atypical*). Beberapa contoh ini adalah jenis obat psikofarmaka (nama generik dan nama dagang) yang beredar di Indonesia :

Tabel 2.1 Golongan generasi pertama

No	Nama Generik	Nama dagang
1.	Chlorpromazine HCl	Largactil, Promactil, Meprosetil
2.	Trifluoperazine HCl	Stelazine
3.	Thioridazine HCl	Melleril
4.	Haloperidol	Haldol, Govotil, Serenace

Table 2.2 Golongan generasi kedua

No	Nama generik	Nama dagang
1.	Risperidone	Risperdal, Rizodal, Nophrenia
2.	Paliperidone	Invega
3.	Clozapine	Clozaril
4.	Quetiapine	Seroquel
5.	Olanzapine	Zyprexa, Olandoz, Remital
6.	Aripiprazole	Abilify

Dari berbagai jenis obat psikofarmaka tersebut efek samping yang sering dijumpai meskipun relative kecil dan jarang adalah gejala ekstra-piramidal (*Extra-Pyramidal Syndrome/EPS*) yang mirip dengan penyakit Parkinson (*Parkinsonism*), misalnya kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak (kalau berjalan seperti robot), otot leher kaku sehingga kepala yang bersangkutan seolah-olah terpelintir atau “ketarik” dan lain sebagainya (Hawari, 2014).

## 2. Gambaran Umum Risiko Perilaku Kekerasan

### a. Definisi

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai dimana seseorang melakukan tindakan-tindakan yang dapat membahayakan/mencederai diri sendiri, orang lain bahkan

merusak lingkungan (Prabowo, 2014). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Dermawan & Rusdi 2013).

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik dalam diri sendiri maupun orang lain disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Direja, 2011).

#### b. Etiologi

Menurut Stuart (2013) dalam Sutejo (2018), masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatar belakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

##### 1) Faktor predisposisi

###### a) Faktor biologis

###### i. Teori dorongan naluri (*instinctual drive theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

###### ii. Teori psikomatik (*psycomatic theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respons psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal.

Sehingga, sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b) Faktor psikologis

i. Teori agresif frustasi (*frustation aggression theory*)

Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

ii. Teori perilaku (*Behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

iii. Teori eksistensi (*Existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku destruktif.

2) Faktor presipitasi

Faktor ini berhubungan dengan pengaruh stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Stresor yang berasal dari dalam dapat berupa, kehilangan keluarga atau sahabat yang dicinta, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain-lain. Selain itu, lingkungan yang kurang kondusif dapat memicu perilaku kekerasan.

### 3) Faktor Risiko

Menyatakan faktor faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*).

a) Risiko Perilaku Kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*)

i. Usia  $\geq 45$  tahun

ii. Usia 15-19 tahun

iii. Isyarat tingkah laku ( menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan pesan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut,dll.)

iv. Konflik mengenai orientasi seksual

v. Konflik dalam hubungan interpersonal

vi. Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)

vii. Terlibat dalam tindakan seksual autoerotik

viii. Sumber daya personal yang tidak memadai



ix. Status perkawinan (sendiri,menjanda,bercerai)

x. Isu kesehatan fisik, gangguan psikologis, isolasi social, ide bunuh diri, rencana bunuh diri

xi. Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*)

xii. Alterasi (gangguan) fungsi kognitif

xiii. Perlakuan kejam terhadap binatang

xiv. Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual dll.

xv. Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (seperti, pelanggaran lalu lintas, penggunaan kendaraan bermotor untuk melampiaskan amarah)

c. Tanda dan gejala

Menurut Sutejo (2018) tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi.

a) Data subjektif

- 1) Ungkapan berupa ancaman
- 2) Ungkapan kata-kata kasar
- 3) Ungkapan ingin memukul atau melukai

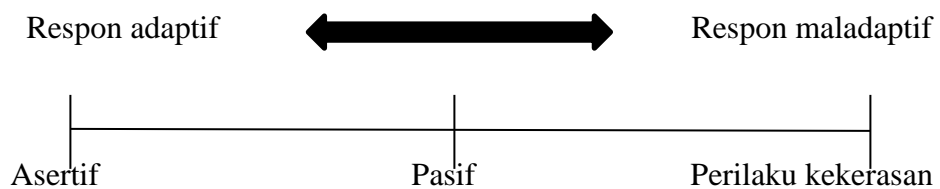
b) Data objektif

- 1) Wajah memerah dan tegang
- 2) Pandangan tajam

- 3) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 4) Mengepalkan tangan
- 5) Bicara kasar
- 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- 7) Mondar mandir
- 8) Melempar atau memukul benda / orang lain

c. Rentang respon marah

Respon marah berfluktuasi sepanjang respon adaptif dan maladaptif



Gambar 2.1 Rentang respon marah

Dalam setiap orang terdapat kapasitas untuk berperilaku pasif, asertif, dan agresif / perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2005) dalam (Dermawan & Rusdi 2013 ).

- 1) Perilaku asertif merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.
- 2) Perilaku pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata.

- 3) Agresif / perilaku kekerasan. Merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan (panik).

Table 2.3 Rentang respon marah

	Asertif	Pasif	Agresif
Isi pembicaraan	Positif menawarkan diri ( “saya dapat”, “saya akan.”)	Negatif, merendahkan diri (“Dapatkah saya?”, “Dapatkah kamu?”)	Menyombongkan diri, merendahkan orang lain (“kamu selalu”, “kamu tidak pernah.”)
Tekanan suara	Sedang	Cepat, lambat, mengeluh	Keras, ngotot
Posisi badan	Tegap dan santai	Menundukkan kepala	Kaku condong ke depan.
Jarak	Mempertahankan jarak yang nyaman	Menjaga jarak dengan sikap acuh/ mengabaikan	Siap dengan jarak akan menyerang orang lain
Penampilan	Sikap tenang	Loyo, tidak dapat tenang	Mengancam , posisi menyerang.
Kontak mata	Mempertahankan kontak mata sesuai dengan hubungan yang berlangsung	Sedikit / sama sekali tidak	Mata melotot dan dipertahankan

#### d. Mekanisme koping

Menurut Prabowo (2014) beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain:

##### 1) Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyaluran secara normal. Misalnya seseorang yang sedang

marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas-remas adonan kue, meninju tembok dan lain sebagainya. Tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

## 2) Proyeksi

Menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu dan mencumbunya.

## 3) Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat berci pada orang tua yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan. Sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

## 4) Reaksi Formal

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang

yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.

#### 5) Displacement

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya Timmy berusia empat tahun marah karena ia baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan bersama temannya (Prabowo, 2014)

#### d. Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2014), penatalaksanaan yang dapat diberikan untuk pasien gangguan jiwa antara lain:

##### 1) Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya *Chlorpromazine HCL* yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah. Contohnya *Trifluoperasine estelasine*, bila tidak ada juga, maka dapat digunakan *Transquilizer* bukan obat antipsikotik seperti *neuroleptika*, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas dan anti agitasi.

## 2) Terapi okupasi

Terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatan.

## 3) Terapi kelompok

Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.

## 4) Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat

keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder), dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

#### 5) Terapi somatik

Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

#### 6) Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau *electro convulsive therapy* (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali.

### 3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

#### a. Pengkajian

##### 1) Faktor predisposisi

Faktor-faktor yang mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah faktor biologis, psikologis dan sosiokultural. Dermawan & Rusdi (2013).

##### a) Faktor biologis

###### i. *instinctual Drive Theory*(Teori Dorongan Naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.

###### ii. *Psychosomatic Theory* (Teory Psikosomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini sistem limbic berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

##### b) Faktor psikologis

###### i. *Frustration Agresion Theory* (Teory Agresif Frustrasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau



menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

ii. *Behavior Theory* (Teori Perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas / situasi yang mendukung.

iii. *Eksistensi Theory* (Theory Eksistensi)

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan memenuhinya melalui berperilaku destruktif.

c) Faktor sosiokultural

i. *Social Environment Theory* (Teori Lingkungan Sosial).

Lingkungan social akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

ii. *Social Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2) Faktor Presipitasi

Stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar

(serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain) maupun dalam (putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain). Selain itu lingkungan yang terlalu ribut dapat memicu tindakan perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013).

### 3) Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti “*Displacement*”, sublimasi, proyeksi, represi, denial dan reaksi formasi (Dermawan & Rusdi, 2013).

### 4) Perilaku

Menurut Dermawan & Rusdi (2013) ada beberapa macam perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain :

#### a) Menyerang atau Menghindari (*Fight or Flight*)

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom beraksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan TD meningkat, takikardi, wajah merah, kewaspadaan juga meningkat serta ketegangan otot, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku disertai reflek yang cepat.

b) Menyatakan secara asertif (*Assertiveness*).

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun fisiologis.

c) Memberontak (*Acting Out*)

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku “*Acting Out*” untuk menarik perhatian orang lain.

d) Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapatkan, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah / mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah perilaku kekerasan adalah . (Dermawan & Rusdi, 2013).

- 1) Harga diri rendah
- 2) Perilaku kekerasan
- 3) Koping individu tidak efektif
- 4) Perubahan persepsi sensori: Halusinasi.
- 5) Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain dan lingkungan.

c. Perencanaan Keperawatan

Menurut Sutejo (2018) perencanaan risiko perilaku kekerasan, meliputi tujuan umum/ tujuan khusus (TUK/TUM):

TUM :

Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan

1) TUK 1:

Klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria evaluasi :

Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada kepada perawat melalui :

- a) Ekspresi wajah cerah, tersenyum
- b) Mau berkenalan
- c) Ada kontak mata
- d) Bersedia menceritakan perasaannya
- e) Bersedia mengungkapkan masalah

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik:

- a) Mengucapkan salam terapeutik. Sapa klien dengan ramah, baik verbal ataupun non verbal.
- b) Berjabat tangan dengan klien
- c) Perkenalkan diri dengan sopan
- d) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.
- e) Jelaskan tujuan pertemuan.
- f) Membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu klien.
- g) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
- h) Beri perhatian kepada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien.

Rasional :

Kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap klien.

2) TUK 2 :

Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya.

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x intervensi, klien dapat :

- a) Menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya
- b) Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal, baik dari diri sendiri maupun lingkungannya.

Intervensi :

Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya

- a) Diskusikan bersama klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau rasa jengkelnya.
- b) Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien

Rasional :

Menentukan mekanisme koping yang dimiliki oleh klien dalam menghadapi masalah. Selain itu, juga sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya.

3) TUK 3 :

Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x intervensi, klien dapat menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan secara :

- a) Fisik : mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain.

- b) Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar.
- c) Sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.

Intervensi :

Membantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya :

- a) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi.
- b) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan.
- c) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan
- d) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.

Rasional :

Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan klien dan lingkungan sekitar.

4) TUK 4 :

Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x intervensi, klien menjelaskan :

- a) Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya.
- b) Perasaanya saat melakukan kekerasan.
- c) Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah.

Intervensi :

Diskusikan dengan klien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya sealam ini.

- a) Diskusikan dengan klien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini
- b) Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya
- c) Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut
- d) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami teratasi.

Rasional :

Melihat mekanisme koping klien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi.

5) TUK 5 :

Klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi :



Setelah 3x intervensi, klien menjelaskan akibat yang timbul dari tindak kekerasan yang dilakukannya :

- a) Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll
- b) Orang lain/keluarga : luka, tersinggung ketakutan, dll
- c) Lingkungan : barang atau benda-benda rusak, dll.

Intervensi :

Diskusikan dengan klien akibat negatif atau kecurigaan dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada :

- a) Diri sendiri
- b) Orang lain/ keluarga
- c) Lingkungan

Rasional :

Membantu klien melihat dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan klien.

6) TUK 6 :

Klien dapat mengidentifikasi cara konstruksi atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan.

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x intervensi, klien dapat menjelaskan : cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah.

Intervensi :

Diskusikan dengan klien seputar :

- a) Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat
- b) Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang di ketahui klien.
- c) Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan :
  - i. Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olahraga.
  - ii. Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain
  - iii. Sosial : latihan asertif dengan orang lain.
  - iv. Spiritual : sembahyang/ doa,zikir, meditasi, dsb sesuai dengan keyakinan agamanya masing-masing.

Rasional :

Menurunkan perilaku yang destruktif yang berpotensi mencederai klien dan lingkungan sekitar.

7) TUK 7 :

Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x intervensi, klien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, dan spiritual dengan cara berikut:

- a) Fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal / kasur
- b) Verbal : mengungkapkan perasaan kesal / jengkel pada orang lain tanpa menyakiti
- c) Spiritual : zikir / doa, meditasi sesuai agamanya

Intervensi :

- a) Diskusikan cara yang mungkin dipilih serta anjurkan klien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya.
- b) Latih klien mempragakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih
- c) Jelaskan manfaat cara tersebut
- d) Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan
- e) Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna
- f) Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah / jengkel.

Rasional :

Keinginan untuk marah yang tidak bisa diprediksi waktunya serta siapa yang akan memicunya meningkatkan

kepercayaan diri klien serta asertifitas (ketegasan) klien saat marag / jengkel

8) TUK 8 :

Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x intervensi, keluarga mampu :

- a) Menjelaskan cara merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan
- b) Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien dengan risiko perilaku kekerasan.

Intervensi :

- a) Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan
- b) Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan
- c) Jelaskan pengertian, penyebab, akibat, dan cara merawat klien risiko perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga
- d) Peragakan cara merawat klien (menangani PK).

- e) Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang cara perawatan terhadap klien
- f) Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan
- g) Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan

Rasional :

Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi klien dan merupakan bagian penting dari rehabilitasi klien.

9) TUK 9 :

Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x intervensi, klien bisa menjelaskan :

- a) Manfaat minum obat
- b) Kerugian tidak minum obat
- c) Bentuk dan warna obat
- d) Dosis yang diberikan kepadanya
- e) Waktu pemakaian
- f) Cara pemakaian
- g) Efek yang dirasakan
- h) Klien menggunakan obat sesuai program

Intervensi :

- a) Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat
- b) Jelaskan kepada klien :
  - i. Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat)
  - ii. Dosis yang tepat untuk klien
  - iii. Waktu pemakaian
  - iv. Cara pemakaian
  - v. Efek yang akan dirasakan klien
- c) Anjurkan klien untuk :
  - i. Minta dan menggunakan obat tepat waktu
  - ii. Laporkan ke perawat / dokter jika mengalami efek yang tidak biasa
- d) Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.
 

Rasional :

  - i. Menyukseskan program pengobatan klien
  - ii. Obat dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan klien dan dapat membantu penyembuhan klien
  - iii. Mengontrol kegiatan klien minum obat dan mencegah klien putus obat.

d. Pelaksanaan keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status

kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Kusumawati, 2010).

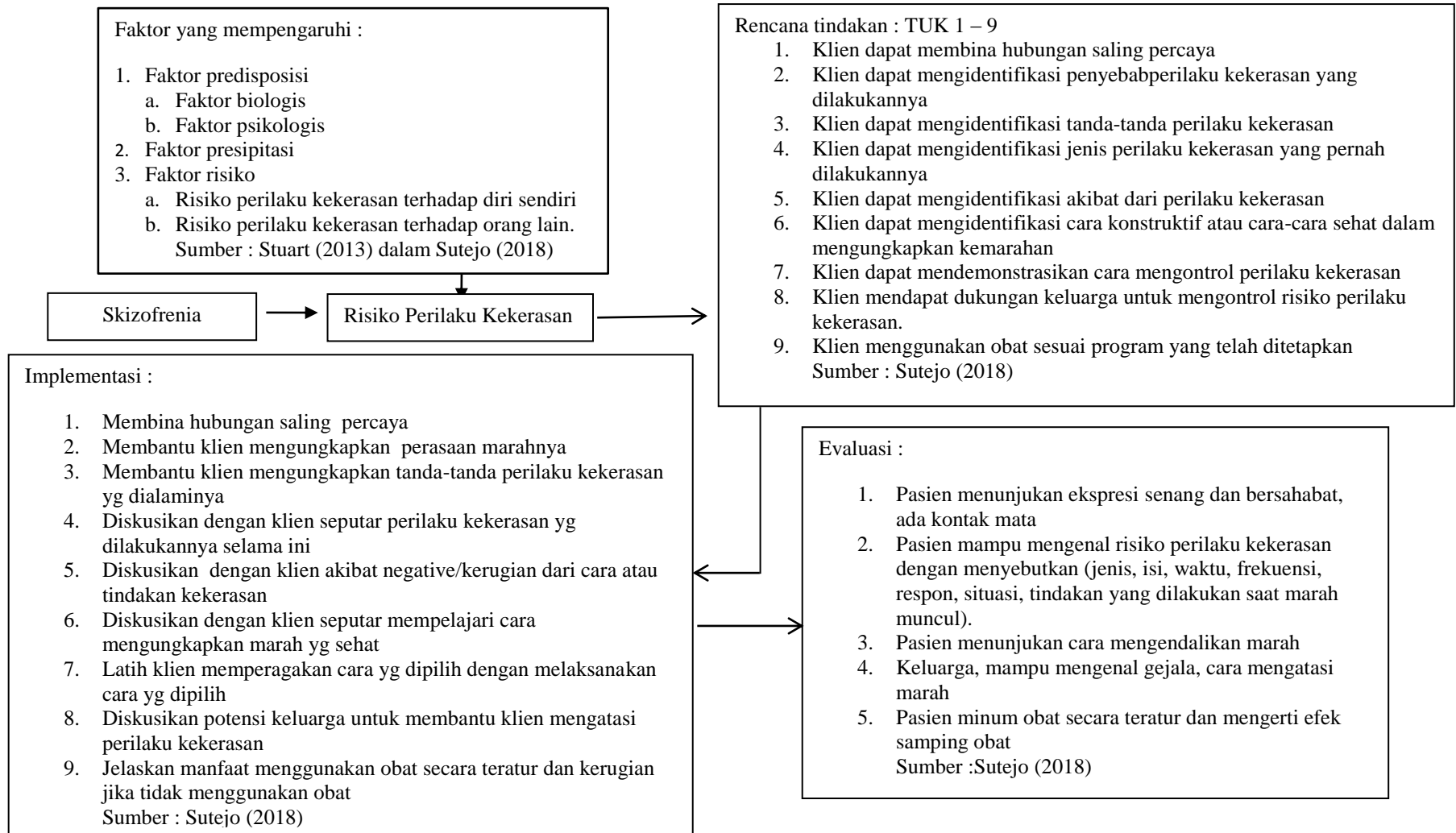
e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demontrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat dengan benar. Format evaluasi untuk menilai kemampuan pasien keluarga dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013).

f. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah unsur pokok dalam tugas dan tanggung jawab hukum setelah melakukan tindakan. Pendokumentasian yang baik mempunyai ciri-ciri berdasarkan fakta, data yang akurat, kelengkapan, ringkas, terorganisasi, ketepatan waktu, mudah untuk dibaca dan dapat di pertanggung jawabkan(Muryani,2019).

## B. kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan *skizofrenia*. Studi dokumentasi ini diambil dari mahasiswa alumni Akper YKY Yogyakarta yang sudah lulus pada tahun 2015.

#### **B. Objek Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2015.

#### **C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta program studi DIII keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmia).

## D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variable	Definisi Operasional
1.	Risiko perilaku Kekerasan	suatu keadaan dimana seseorang rentan melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.
2.	Skizofrenia	gangguan mental yang ditandai dengan gangguan proses fikir dan tanggapan emosi yang lemah.

## E. Instrumen Penelitian

Pada penelitian studi kasus ini, instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Penelitian kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

## F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang sudah ada ditulis kembali oleh orang yang tidak mengalami peristiwa tersebut. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI ( Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2010 sampai dengan 2019.

## **G. Analisa Data**

Tekhnik analisa data yang digunakan yaitu tekhnik analisa deskriptif dan kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang berisikan data yang dibutuhkan untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang akan dilakukan.

## **H. Etika Penulisan**

Etika penulisan berpegangan dalam suatu pendekatan yang mendasari hal sebagai berikut :

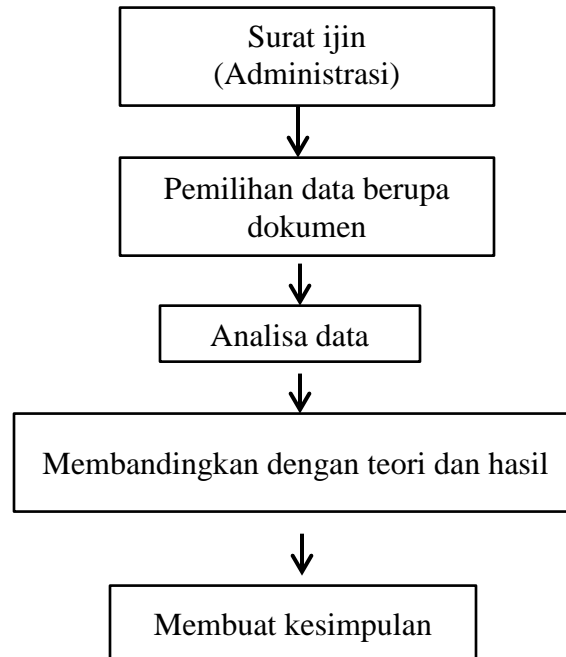
1. *Anonimity* (hanya inisial yang dicantumkan)

Dalam hasil penulisan laporan, tidak disebutkan dengan jelas akan keterangan nama, alamat dan nomer rekam medis secara lengkap tetapi hanya menggunakan inisial atau dicantumkan secara singkat.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi dari pasien dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan, informasi akan digunakan untuk pendidikan dan apa bila diperlukan untuk proses hukum.

## I. Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Berdasarkan data studi dokumentasi yang di peroleh oleh peneliti pada studi kasus yang telah dilakukan oleh mahasiswa alumni Akper “YKY” Yogyakarta berupa asuhan keperawatan risiko perilaku kekerasan pada Tn B dengan *Skizofrenia* yang telah dilakukan oleh mahasiswa tersebut selama 3 shift dalam 3 hari pada tanggal 01 juni 2015. Dari hasil pengkajian pasien bernama Tn. B, umur 41 tahun, nomor rekam medis 00773xx, dengan diagnosa medis *Skizofrenia* F.3. Alasan pasien masuk yaitu sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan sulit tidur, mengamuk karena dirinya lapar dan tidak segera di ambilkan makanan dan disertai dengan penyakit asma pasien kambuh. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu akan tetapi didalam keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa yaitu nenek dari ayahnya, pasien juga mengatakan mempunyai pengalaman masalah yang tidak menyenangkan yaitu kehilangan sosok ibu.

Pada hasil pemeriksaan faktor presipitasi pasien pernah merasa tertekan, merasa sendiri, dan pasien juga mengatakan bahwa lebih suka menyendiri karena malu dengan badannya yang kurus. Pada pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 100/60 mmHg, Nadi 89 x/menit, suhu 36, RR 24

x/menit. BB 45 kg, TB 170 cm, IMT 15,5 (kurang), pasien memiliki keluhan fisik nyeri gigi sebelah kiri rasanya senut-senut nyeri terasa hilang timbul skala 5 dari (1-10). Pada konsep diri, pasien cenderung malu saat dikaji karena badannya yang kurus dan kecil, dan pasien juga memiliki cita-cita yaitu sebagai guru. Pasien mengatakan tidak aktif dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Pada pengkajian harga diri ditemukan bahwa saat dikaji pasien mengatakan malu dengan orang lain, dan kontak mata pasien kurang dengan perawat. Pada pengkajian alam perasaan ekspresi wajah pasien menunjukkan keputusasaan, berhubungan dengan cita-cita yang belum terwujud menjadi guru, pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis mendapatkan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan.

Perencanaan dari diagnosa risiko perilaku kekerasan tersebut mengacu pada tujuan. Tujuan panjang (Tupan) adalah pasien tidak melakukan tindakan kekerasan baik pada orang lain, diri sendiri, lingkungan maupun kekerasan secara verbal. Tujuan pendek (Tupen) adalah pasien mampu menyebutkan tanda-tanda akan melakukan kekerasan seperti rasa ingin marah, jengkel, ingin merusak, memukul, pasien bersedia melapor pada petugas kesehatan saat muncul tanda akan melakukan kekerasan, pasien melaporkan pada petugas kesehatan setiap muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan. Perencanaan tindakan yang akan dilakukan adalah bina hubungan saling percaya, observasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada pasien, bantu pasien

identifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, bantu control marah, jelaskan pada pasien rentang respon marah, dukung dan fasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari pertama yaitu membina hubungan saling percaya, mengobservasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada pasien, membantu pasien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, menjelaskan kepada pasien rentang respon marah, mendukung dan memfasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah. Hari kedua strategi pelaksanaan dua yaitu membantu pasien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan, mendiskusikan bersama pasien pengaruh negative perilaku kekerasan terhadap dirinya atau orang lain, menjelaskan cara mengeluarkan energy marah dan perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif, menjelaskan manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah, memberi reinforment untuk ekspresi marah yang tepat. Dan hari ketiga melakukan strategi pelaksanaan tiga yaitu menjelaskan manfaat penyaluran energi marah, membantu memilih cara marah yang adaptif, membantu mengambil keputusan untuk mengeluarkan energi marah yang adaptif.

Hasil pelaksanaan tersebut didapatkan hasil evaluasi bahwa bina hubungan saling percaya kepada pasien sudah baik dan pasien mampu mengontrol marah serta keluarga mampu menyebutkan penanganan pasien

dengan perilaku marah. Dari data tersebut maka pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan sudah teratasi dan dapat menghentikan intervensi.

## **B. Pembahasan**

Dari hasil pengkajian yang telah dipaparkan pada bagian hasil bahwa data yang telah didapatkan sudah melalui tahap wawancara, observasi pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dimana pada tahap wawancara meliputi identitas pasien, faktor predisposisi & presipitasi. Hal ini sudah sesuai dengan teori Direja (2011) dalam jurnal Satrio (2015) yang mengatakan bahwa data itu sudah mencakup dalam data biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

Hasil dari pengkajian di dapatkan data bahwa pasien Tn B mengatakan dirinya mengamuk karena lapar dan tidak segera di ambilkan makanan, sulit untuk memulai tidur, kemudian jika di bagian badan pasien merasakan adanya rasa sakit seperti sesak nafas (asma) dan nyeri yang di derita pasien saat ini maka pasien akan muncul rasa marah dan mengamuk, pasien juga merasa tertekan. Menurut Sutejo (2018) bahwa pasien dengan risiko perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala yang terjadi pada perasaan dan tingkah lakunya, seperti ungkapan berupa ancaman, kata-kata kasar, wajah memerah, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, mengamuk, perasaan tertekan. Didukung oleh teori Direja (2011) dalam jurnal Hasannah (2019) tanda dan gejala fisik



mata melotot, mondar-mandir, tangan mengepal, tegang, postur tubuh kaku, kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, melukai diri sendiri atau orang lain, mengamuk. Dengan demikian dapat di simpulkan bahwa tahap pengkajian sangat di butuhkan sehingga bisa mengetahui apa yang terjadi dan di keluhkan oleh pasien seperti hal nya yang telah di dapatkan pada dokumen tersebut mengenai tanda dan gejala.

Hasil pengumpulan data yang dilakukan pada pasien Tn.B ditemukan diagnosa keperawatan yaitu risiko perilaku kekerasan b.d riwayat perilaku kekerasan pada lingkungan hal ini sesuai dengan teori SDKI (2016) bahwa risiko perilaku kekerasan di buktikan dengan persepsi pada lingkungan tidak akurat. Kemudian dari hasil analisa data dan pengkajian telah didapatkan data yaitu pasien mengatakan sulit tidur, mengamuk, marah-marah jika apa yang di inginkan tidak diberikan, pernah memecahkan gelas saat dia marah, dan kontak mata dengan perawat kurang serta tidak mau bersosialisasi dengan orang di sekitarnya, ekspresi wajah murung dikarenakan cita-cita yang di impikannya tidak terwujud. Sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Dermawan & Rusdi (2013) bahwa faktor yang mendukung untuk menegakkan masalah risiko perilaku kekerasan adalah yang pertama faktor biologis seperti marah ketika sesuatu hal yang di inginkan tidak segera terlaksana, yang kedua faktor psikologis contohnya raut wajah menunjukkan keputusasaan karena cita-cita yang di inginkannya tidak tercapai, dan yang

terakhir faktor sosiokultural contohnya malu dengan orang lain karena fisiknya.

Pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan terdapat diagnosa lain yang menyertai yakni harga diri rendah. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Dermawan & Rusdi (2013) yaitu pada masalah risiko perilaku kekerasan terdapat diagnosa penunjang lain salah satunya yaitu harga diri rendah. Dan didapatkan hasil pengkajian pada pasien, DS ( data subjektif) pasien mengatakan merasa tertekan, merasa sendiri, senang menyendiri, karena merasa malu dengan badannya yang kecil dan kurus. Pasien merasa tidak dihargai ditempatnya saat ini. DO (data objektif) tatapan mata kurang, pasien tampak sesekali menunduk saat diajak bicara sesekali merubah posisi saat mengobrol, saat ada kegiatan pasien tampak menyendiri, pasien berumur 41 tahun dan belum mempunyai istri. Maka dapat di simpulkan bahwa diagnosa yang muncul pada kasus sudah sesuai dengan teori yang ada.

Perencanaan yang dilakukan terhadap pasien Tn B pada bagian TUM sudah sesuai dengan teori SIKI (2018) yaitu pencegahan perilaku kekerasan. Kemudian pada bagian TUK sudah sesuai dengan teori SLKI (2018) yaitu mampu mengontrol perilaku melukai diri sendiri atau orang lain, mampu mengontrol perilaku merusak lingkungan sekitar, mampu mengontrol perilaku agresif atau mengamuk. Hal ini sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sutejo (2018), bahwa intervensi yang akan dilakukan untuk pasien

dengan risiko perilaku kekerasan adalah meliputi TUM dan TUK kemudian BHSP (bina hubungan saling percaya), mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya, mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan, mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan, klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan, Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan.

Menurut Kusumawati (2010), implementasi merupakan kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pada tahap implementasi sudah sesuai dengan rencana tindakan yang sudah di buat. Kemudian, pada pasien Tn B telah dilakukan tindakan TAK (terapi aktivitas kelompok) hal itu sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prabowo (2014) dengan hasil bahwa ada pengaruh positif dari terapi yang dilakukan seperti farmakoterapi, okupasi, terapi kelompok ( TAK ), peran keluarga, terapi somatic dan terapi kejang listrik ( ETC ).

Menurut Anggita (2019) pada proses evaluasi dilakukan dengan metode SOAP yakni S: respon subjektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan. O: respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A: analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan, P: perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan

hasil analisa atau respon klien. Dengan menggunakan metode SOAP, maka di dapatkan hasil evaluasi yang diperoleh dari pasien Tn B selama 3 shift dalam 3 hari dengan masalah risiko perilaku kekerasan sudah tercapai mulai dari Tupen 1 sampai dengan tupen 4 dilakukan 1 kali tatap muka atau 1 kali intervensi di setiap tupennya hal ini tidak sesuai dengan teori Sutejo (2018) bahwa setiap Tupen atau TUK dibutuhkan 3x intervensi. Sedangkan menurut teori yang dikemukakan oleh Dermawan & Rusdi (2013) yakni Evaluasi klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif.

#### C. Keterbatasan Studi Dokumentasi

Terdapat keterbatasan data pada pengkajian yaitu pada pengkajian tidak terdapat alamat pasien, identitas penanggung jawab pasien dan tidak tercantumkan nama pengkaji asuhan keperawatan. Didapatkan keterbatasan data pada perencanaan yaitu tidak ada tanda tangan perawat atau peneliti.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil studi dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien Tn.B dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan, penulis menyimpulkan bahwa selama 3 shift dalam 3 hari keadaan pasien sudah semakin membaik di tandai dengan pasien mampu mengontrol rasa marahnya, pasien juga dapat mempraktikkan bagaimana cara menyalurkan marah seperti memukul bantal dan edukasi kepada keluarga juga sudah berhasil ditandai dengan keluarga mengatakan mampu mengenal penanganan pasien dengan perilaku kekerasan. Berikut kesimpulan dari hasil studi dokumentasi pada pasien Tn. B berdasarkan proses keperawatan :

##### **1. Pengkajian**

Data utama yang didapatkan pada saat di lakukan pengkajian pada pasien Tn.B dengan masalah risiko perilaku kekerasan yaitu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien sulit tidur, mengamuk karena dirinya lapar dan tidak segera diambilkan makanan dan penyakit asmanya kambuh, pasien juga mengatakan bahwa dulu pernah mengamuk memecahkan gelas dan pasien juga memiliki riwayat perilaku kekerasan.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan data-data yang diperoleh dari hasil pengkajian pasien Tn.B muncul 2 diagnosa salah satunya adalah masalah risiko perilaku kekerasan.

## 3. Intervensi

Perencanaan yang dilakukan pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan memiliki tujuan yang berisikan 1 TUPAN ( Tujuan Panjang) dan 3 TUPEN ( Tujuan Pendek). Pada tahap perencanaan pasien Tn B dengan risiko perilaku kekerasan semua tindakan sudah dilakukan dengan runtut.

## 4. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan atau implementasi pada pasien Tn.B dengan risiko perilaku kekerasan terdapat beberapa data yang sudah sesuai, seperti pelaksanaan yang pertama yaitu TUPEN 1 sudah tercapai selanjutnya dilanjutkan ke TUPEN 2 juga sudah tercapai sehingga diteruskan sampai dengan TUPEN 4. Dibagian TUPEN 4 ini masalah risiko perilaku kekerasan sudah teratasi dan sudah tercapai untuk semua rencana-rencana tindakan yang dilakukan.

## 5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang di dapatkan selama 3 hari pada pasien Tn.B yaitu masalah keperawatan dengan risiko perilaku kekerasan sudah tercapai. Dari semua proses keperawatan yang sudah dilakukan mulai dari

bina hubungan saling percaya sampai dengan kolaborasi dengan keluarga untuk melibatkan keluarga dalam perawatan/penanganan pasien.

## **B. Saran**

Berdasarkan pengalaman nyata yang didapatkan oleh penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn.B dengan risiko perilaku kekerasan maka penulis mencoba untuk memberikan saran yang bersifat membangun sebagai berikut:

### 1. Bagi Akper YKY Yogyakarta

Diharapkan Akper YKY Yogyakarta tetap menjadi sumber pustaka, lebih di tingkatkan koleksi-koleksi terbaru buku di perpustakaan dan dapat memberi wadah untuk menambah pengetahuan tentang ilmu keperawatan khususnya dalam hal ini yaitu asuhan keperawatan jiwa.

### 2. Bagi penulis

Penulis harus lebih baik lagi dalam interaksi dengan pasien dan dapat menggali masalah-masalah yang dialami oleh pasien lebih dalam sehingga mendapatkan data-data yang lengkap.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggita, N.M., Irna, K., MSN. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Gangguan Resiko Perilaku Kekerasan*. Surakarta: STIKes Kusuma Husada.
- Dermawan, D., & Rusdi.(2013).*Keperawatan Jiwa Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta:Gosyen Publishing.
- Direja. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Direja. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Lisa, Juliana, FR., & Sutrisna, Nengah, W.(2019). *Narkoba : Psikotropika dan Gangguan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Farida, K. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Firdaus. (2016). *Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Skizofrenia Di Daerah Istimewa Yogyakarta*. Jakarta : Jurnal Ilmiah Kebijakan Hukum Vol 10, No 1, 1978-2292.
- Hawari, Dadang. H. (2014) . *Skizofrenia dan Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual*. Jakarta : FKUI (Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia).
- Hasannah, S.W & Solikhah, M.M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. Surakarta : STIKes Kusuma Husada.
- Kusumawati, F & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kemenkes RI. (2018) . *Riset Kesehatan Dasar : RISKESDAS*. Jakarta : Litbang Kesehatan.
- Kementrian Kesehatan. (2014). Undang-Undang No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Diakses Pada Tanggal 6 Februari 2020, dari <http://bintar.kemendes.go.id>
- Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa*. Rujukan ringkasan PPDGJ-III dan DSM-5. Jakarta.



- Nurarif, Huda. A & Kusuma Hardi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Yogyakarta : Mediaction.
- Noname. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Skizofrenia Pasien Tn B dengan Harga Diri Rendah di Wisma Sadewa RSJ Grhasia Yogyakarta*. Yogyakarta : Akper “YKY” Yogyakarta.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Satrio, Y.G. (2015). *Kajian Asuhan Keperawatan pada Tn I dengan Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di Ruang Sadewa RSJD Surakarta*. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sutejo.(2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Sulfikar, Muh. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara*. Diakses Pada Tanggal 6 Februari 2020 dari <http://repository.poltekkes-kdi.ac.id/663/1/MUH.SULFIKAR01.pdf>.
- Yusuf. Ah, dkk. (2015) . *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan. Salemba Medika.

# LAMPIRAN

## JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Studi Pendahuluan																									
2	Penyusunan Proposal																									
3	Seminar Proposal																									
4	Penyusunan KTI																									
5	Seminar KTI																									

**Keterangan :**

1. Studi Pendahuluan : 3 Februari 2020
2. Penyusunan Proposal : 4 – 25 Februari 2020
3. Seminar Proposal : 25 Februari 2020
4. Penyusunan KTI : 13 April – 13 Juni 2020
5. Seminar KTI : 29 Juni – 04 Juli 2020



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

### LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Ade Tri Karuniawati  
 NIM : 2317001  
 Nama Pembimbing 1 : Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep  
 Judul KTI : Studi Dokumentasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	mhs
1.	5 februari 2020	Bimbingan pengajuan judul	Offline	Acc judul		
2.	18 februari 2020	Konsul bab 1-3	offline	Revisi bagian -margin -kerangka alur Kerangka teori		
3.	20 februari 2020	Konsul bab 1 - 3	offline	Cek peletakan kerangka alur		
4.	22 februari 2020	Konsul bab 1-3 lengkap	offline	Acc proposal pre sempro		
5.	27 maret 2020	Konsul revision proposal	online	ACC proposal post sempro		
6.	22 mei 2020	Konsul KTI bab 1- 5	Online	Bab 3 -Rancangan penelitian -obyek penelitian  Bab 4 -Aspek pengkajian -Aspek diagnosis -Aspek perencanaan -Pembahasan bagian evaluasi -Tambahkan artikel  Bab 5 -kesimpulan		

7.	16 juni 2020	-Konsul KTI bab 1-4 - konsul abstrak	Online	-Lengkapi KTI dengan cover dkk sesuai dengan buku panduan -sertakan naskah publikasi lengkap		
8.	19 juni 2020	-Konsul KTI bab 4 & 5 -Konsul cover & lembar” pengesahan yang lain -Konsul naskah publikasi & abstrak	Online	Catatan untuk naspub: -Secara sistematis sudah bagus, tapi karena di bagian KTI nya ada masukan di bab 5 maka naspub disesuaikan		
9.	23 juni 2020	Konsul KTI lengkap	Online	-Revisian cukup, lengkapi dengan lembar” yang lain sesuai buku panduan -Sesuaikan naspub dengan buku panduan dan jadikan dalam 1 folder		
10.	30 juni 2020	Konsul lengkap kti & naspub	Online	ACC kti pre USID		
11.	11 Juli 2020	Konsul KTI post USID	online	Silahkan segera revisi -Koreksi bagian abstrak		
12.	13 Juli 2020	Konsul KTI	online	ACC post USID -Cek abstrak tidak perlu ditulis sumbernya		

Yogyakarta, ..... 2020  
Pembimbing 1

(Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

### LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Ade Tri Karuniawati  
 NIM : 2317001  
 Nama Pembimbing 2 : Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep  
 Judul KTI : Studi Dokumentasi Pada Pasien Skizofrenia Dengan  
 Risiko Perilaku Kekerasan

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					pembimbing	mhs
1.	5 februari 2020	Bimbingan pengajuan judul	Offline	Acc judul proposal		
2.	11 februari 2020	Bimbingan bab 1	Offline	Bab 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kerangka latar belakang</li> <li>- Penulisan besar, kecil, kutipan, sumber</li> <li>- Tambahkan dampak rpk</li> <li>- Susunan ruang lingkup</li> </ul>		
3.	21 februari 2020	Konsul bab 1-3	offline	Bab 1-3 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latar belakang masalah</li> <li>- Teori dasar/ tinjauan pustaka : penulisan &amp; referensi</li> <li>- Kerangka teori &amp; alur penelitian</li> <li>- Penulisan</li> </ul>		

				isi bab 3		
4.	22 februari 2020	Konsul bab 1-3 lengkap	Offline	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi latar belakang</li> <li>- Acc proposal pre sempro</li> </ul>		
5.	23 februari 2020	Konsul proposal post sempro	online	Segera revisi		
6.	31 maret 2020	Konsul proposal	online	ACC post sempro		
7.	22 mei 2020	Konsul KTI BAB 1-5	Online	segera revisi, buat naskah publikasi sesuai buku panduan dan benahi daftar pustaka sesuai buku panduan juga		
8.	16 juni 2020	-Konsul KTI BAB 1-5 - konsul naskah publikasi	Online	Segera revisi dan sesuaikan naspub dengan KTI BAB 4&5		
9.	23 juni 2020	Konsul BAB 4&5	Online	Perbanyak mengumpulkan referensi buku dan jurnal sehingga pembahasan akan lebih dalam		
10.	26 juni 2020	Konsul BAB 4	Online	Perbaiki pembahasan sehingga menjadi lebih bagus dan mendalam		
11.	28 juni 2020	-Konsul BAB 4&5 -Konsul abstrak	Online	Silahkan revisi dan setelah ini acc		
12.	30 juni 2020	-Konsul BAB 1-5 -Konsul lembar” pengesahan dan abstrak	Online	ACC KTI pre USID		
13.	11 Juli	Konsul KTI	online	Silahkan segera		

	2020	post USID		revisi -Cek huruf besar kecil -Cek abstrak		
14.	13 Juli 2020	Konsul KTI	Online	ACC dengan revisi - Cek daftar isi		

Yogyakarta, .....2020  
Pembimbing 2

(Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep)



## A. Pengkajian

### 1. Identitas

#### a. Identitas Klien

Nama : Tn. B  
No.CM : 00773xx  
Umur : 41 tahun  
Tanggal Masuk : 01-06-2015  
Diagnosa Medis : Skizofrenia F.3

#### b. Alasan Masuk

Sebelum masuk Rumah Sakit pasien mengatakan sulit tidur, mengamuk karena dirinya lapar dan tidak segera diambilkan makanan dan asmanya kambuh.

#### c. Faktor Presipitasi

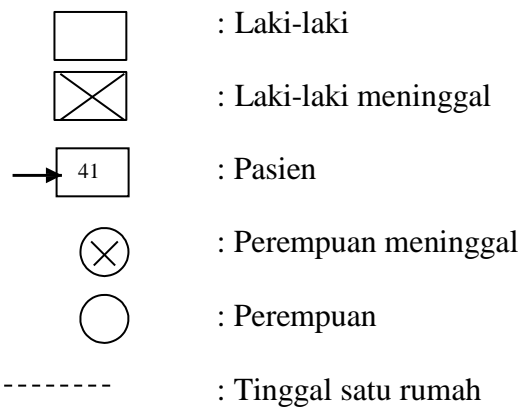
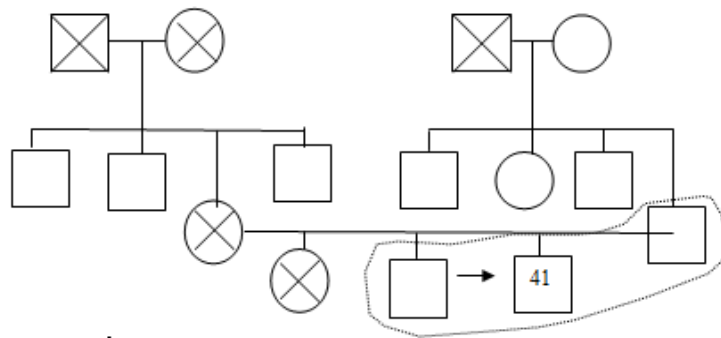
Pasien merasa tertekan, merasa sendiri. Pasien mengatakan lebih suka menyendiri karena malu dengan badannya yang kurus.

#### d. Faktor Predisposisi

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu. Sebelum masuk ke rumah sakit pasien tidak pernah mengalami aniaya

fisik, aniaya seksual, pasien tidak pernah mengalami penolakan . pasien mengatakan didalam keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa yaitu nenek dari ayahnya, pasien mengatakan kehilangan ibunya satu tahun yang lalu yang merupakan pengalaman masalalu yang tidak menyenangkan.

### Genogram



*Gambar3.genogram*

#### e. Pemeriksaan Fisik

##### 1) Tanda-tanda Vital

TD: 100/60 mmHg      N : 24x/menit

S: 36<sup>0</sup>C                      R: 89x/menit

## 2) Ukur

BB: 45 kg                      TB: 170 cm                      IMT: 15,5 (kurang)

## 3) Keluhan Fisik

Pasien mengatakan nyeri gigi sebelah kiri, rasanya senut-senut, nyeri hilang timbul skala 5(1-10)

## f. Psikososial

## 1) Konsep Diri

## a) Gambaran diri

Pada saat dikaji pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya, tetapi malu dengan badannya yang kurus dan kecil.

## b) Peran

Saat dikaji pasien mengatakan dalam masyarakat tidak pernah mengikuti kegiatan dikampungnya. Pasien mengatakan dikeluarga perannya adalah sebagai anak dan pembantu ekonomi keluarga.

## c) Identitas

Saat dikaji pasien mengatakan tahu bahwa dirinya sedang mengalami gangguan jiwa dan di rumah sakit ini sebagai pasien.

## d) Ideal Diri

Saat dikaji pasien mengatakan ingin menjadi guru.

e) Harga Diri

Saat dikaji pasien mengatakan malu dengan orang lain, pasien jarang berkomunikasi dengan orang lain dan kontak mata pasien kurang dengan perawat.

2) Hubungan Sosial

a) Orang yang sangat berarti bagi pasien adalah ibunya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Saat dikaji pasien mengatakan jarang ikut berperan serta dalam kegiatan di masyarakat semenjak ada gangguan pada dirinya.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Saat dikaji pasien mengatakan merasa malu berhubungan dengan orang lain karena malu dengan keadaannya yang sekarang

3) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Saat dikaji pasien mengatakan bahwa klien beragama Islam, pasien percaya dan yakin bahwa Tuhan itu ada dan menyembuhkan penyakitnya.

b) Kegiatan Ibadah

Pasien mengatakan sebelum mengalami gangguan pada dirinya, pasien melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaannya

#### 4) Status Mental

##### a) Penampilan

Saat dikaji cara berpakaian klien cukup rapi dan bersih, rambut bersih.

##### b) Pembicaraan

Pada saat dikaji pasien tampak menunjukkan pembicaraan yang terarah dan sesuai dalam menjawab pertanyaan, tidak terlalu cepat, tidak keras, tidak gagap.

##### c) Aktivitas Motorik

pasien tampak lesu. Pasien tampak lebih banyak menghabiskan waktunya untuk ngobrol dengan teman akrabnya dikamar dan jarang berkumpul.

##### d) Alam Perasaan

Saat dikaji ekspresi wajah pasien menunjukkan keputusasaan, berhubungan dengan cita-cita yang belum terwujud menjadi guru.

##### e) Afek

Pada saat dikaji afek pasien sesuai.

##### f) Interaksi Selama Wawancara

Pada saat dikaji kontak mata pasien terhadap perawat kurang, pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat. Pasien tampak kooperatif. Pasien tampak tenang saat berkomunikasi dengan perawat.

g) Persepsi

Pasien tidak mengalami gangguan persepsi seperti pendengaran perabaan, penglihatan, pengecapan, maupun penghidu. Dibuktikan dengan pasien melihat sesuatu secara nyata, tidak berandai-andai.

h) Isi pikir

Pasien tampak tidak mengalami gangguan isi pikir seperti obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait maupun pikiran magis. Dibuktikan dengan pasien berpikir secara normal.

i) Proses Pikir

Saat dikaji pasien berbicara sesuai topik pembicaraan dan menjawab dengan singkat.

j) Tingkat Kesadaran

Pada saat dikaji pasien tampak tidak bisa menyebutkan hari, tanggal, dan bulan. Namun tidak mengalami disorientasi orang maupun tempat.

k) Memori

Memori jangka panjang baik, dibuktikan dengan pasien mengatakan setahun yang lalu ibunya meninggal karena asma Memori jangka pendek baik, dibuktikan dengan pasien mengatakan kemarin sore dijenguk oleh Ayahnya dibawakan roti pisang dan uang 30ribu.

Memori saat ini baik, dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah makan dan mandi.

l) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien tampak dapat berkonsentrasi dengan baik, dibuktikan pada saat diberi pertanyaan seputar perkalian, penambahan, pengurangan, dan pembagian pasien mampu menjawab dengan benar.

m) Kemampuan Penilaian

Saat dikaji pasien mampu mengambil keputusan sederhana seperti memilih berkomunikasi di ruang perawatan dari pada di ruang tamu.

n) Daya Tilik Diri

Saat dikaji pasien menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa dan berada di rumah sakit jiwa untuk berobat.

5) Kebutuhan Perencanaan Pulang

a) Makan dan Minum

Pasien mampu memenuhi kebutuhannya secara mandiri. mampu makan tanpa bantuan, frekuensi 3x/hari, porsi makan habis, nasi, lauk, sayur, buah. Pasien minum dengan yang disediakan oleh rumah sakit. Frekuensi minum dalam sehari kurang lebih 7 sampai 8 gelas sehari.

b) Eliminasi

(1) BAB

Klien mampu untuk BAB satu kali sehari secara mandiri di tempatnya.

(2) BAK

Pasien mengatakan BAK lancar 3-5x sehari di kamar mandi dan pasien mampu merapikan pakaiannya kembali secara mandiri.

c) Mandi

Pasien mandi 2 kali sehari hari cara mandi benar tanpa bantuan.

d) Istirahat

Menurut pasien tidur malam pukul 20.00 wib sampai dengan 04.00 wib, tidur siang jarang dilakukan. Saat malam hari jarang terbangun.

e) Penggunaan Obat

Selama perawatan pasien mendapatkan pengobatan teratur, obat diberikan perawat dan benar diminum, tidak dibuang atau disembunyikan oleh pasien.

f) Pemeliharaan Kesehatan

Pasien berjanji jika pulang perawatan akan melakukan pengobatan rawat jalan secara teratur sesuai dengan anjuran perawat serta mengkonsumsi obat secara teratur



sesuai dengan anjuran perawat.

g) Aktivitas di dalam Rumah Sakit

Pasien masih belum mampu melakukan aktivitas seperti biasanya di rumah.

h) Mekanisme Koping

Koping yang digunakan bila pasien mempunyai masalah yaitu dibicarakan dengan ayahnya kadang kakaknya.

6) Aspek Medis

Diagnosa medis :

Skizofrenia F.3

ASPEK MEDIS

AXIS I : F.20.3

Skizofrenia tak terinci AXIS II :

tidak ada gangguan kepribadian

AXIS III : tidak ada gangguan pada kondisi medik umum

AXIS IV : tidak ada gangguan dalam masalah psikososial dan lingkungan

AXIS V : 50-41

Terapi : Haloperidol 1,5 mg : ½-0-½

Clozapine 25 mg : 0-0-½

## B. Analisa Data

Tabel analisa data 3.1

NO	DATA	MASALAH KEPERAWATAN	MASALAH KEPERAWATAN
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa tertekan, merasa sendiri, senang menyendiri, karena merasa malu dengan badannya yang kecil dan kurus. Pasien merasa tidak dihargai ditempatnya saat ini.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tatapan mata kurang, pasien tampak sesekali menunduk saat diajak bicara sesekali merubah posisi saat mengobrol. Saat ada kegiatan pasien tampak menyendiri. Pasien berumur 41 tahun dan belum mempunyai istri.</li> </ul>	Gangguan citra tubuh	Harga diri rendah
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan saat sesak nafas dirinya ingin marah dan saat nyeri (gusi) juga merasa kesal. Pasien mengatakan dahulu saat dia mara dia memecahkan gelas.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan</li> </ul>	Riwayat perilaku kekerasan terhadap lingkungan	Resiko perilaku kekerasan

**C. Daftar Diagnosa Keperawatan Prioritas**

1. Harga diri rendah b.d gangguan citra tubuh.
2. Resiko perilaku kekerasan b.d riwayat perilaku kekerasan pada lingkungan.

Nama : Tn B  
 Wisma : Sadewa  
 No. :00773xx

Hari/tgl/ jam	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			EVALUASI
			TUJUAN	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	
Senin 8 Juni 2015	1.	<p>Gangguan konsep diri : harga diri rendah yang berhubungan dengan gangguan citra tubuh, ditandai dengan :</p> <p>Ds :            -Pasien mengatakan merasa tertekan, merasa sendiri, senang menyendiri, karena merasa malu dengan badannya yang kecil dan kurus. Pasien merasa tidak dihargai ditempatnya saat ini.</p>	<p>Tupan:pasien mampu meningkatkan harga dirinya dan mempunyai sistem pendukung yang dapat membantu mengekspresikan perasaan dan pikirannya secara optimal.</p> <p>Tupen:            1.setelah dilakukan interaksi dengan Pasien selama 30menit pasien mampu mengungkapkan perasaannya dengan kriteria hasil:            a. pasien mampu membina hubungan saling percaya</p>	<p>Tingkatkan Harga Diri</p> <p>1.Bina hubungan saling percaya            a.prinsip komunikasi terapeutik (pre-interaksi- terminasi)            b.pertahankan sikap yang konsisten:            menepati janji, sikap terbuka, kongruen, hindari sikap nonverbal yang dapat menimbulkan kesan negative.</p> <p>2.Observasi perilaku pasien</p>	<p>Senin, 8 Juni2015            08.00 wib</p> <p>-membina hubungan saling percaya kepada pasien            -mengobservasi perilaku pasien            -memonitor pernyataan0pernyataan pasien tentang kritik diri            -mendorong pasien untuk mengungkapkan persaannya            -menganjurkan pasien mempertahankan kontak mata dan</p>	<p>Senin, 8 Juni 2015 11.00wib</p> <p>S: pasien menyebutkan nama panggilan dan nama panjang. Pasien mengatakan minder dengan tubuhnya yang kecil dan kurus</p> <p>O: pasien tampak kooperatif pasien tampak mampu mempertahankan kontak mata. Pasien mampu mempertahankan postur tubuh yang tegak.</p> <p>A: Tupen 1 teratasi</p> <p>P: lanjutkan tupen 2            a.explore alasan pasien mengkritik diri</p>

		<p>Do : Tatapan mata kurang, pasien tampak sesekali menunduk saat diajak bicara sesekali merubah posisi saat mengobrol. Saat ada kegiatan pasien tampak menyendiri. Pasien berumur 41 tahun dan belum mempunyai istri.</p>	<p>b. pasien mampu mempertahankan kontak mata c. pasien mampu mempertahankan postur tubuh yang tegak.</p>	<p>3, monitor pernyataan-pernyataan pasien tentang kritik diri. 4. dorong pasien untuk mengungkapkan perasaannya 5. anjurkan pasien mempertahankan kontak mata dan postur terbuka/tegak.</p>	<p>postur tegak, terbuka/</p>	<p>b. identifikasi kelebihan yang dimiliki diri pasien c. explore keberhasilan yang pernah dicapai pasien d. berikan reward/reinforcement positif terhadap keberhasilan/kelebihan pasien e. yakinkan pasien bahwa ia mampu menghadapi situasi apapun f. evaluasi bersama pasien perilaku yang dulu dan sekarang g. bantu pasien untuk menyusun tujuan hidup yang realistis h. fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang dapat meningkatkan harga diri i. libatkan pasien dalam TAK j. anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien k. kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian medikasi/terapi</p>
--	--	--	---	--	-------------------------------	---

Hari/tgl /jam	NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			EVALUASI
			TUJUAN	INTERVENSI	IMPLEMENTASI	
Senin 8 Juni 2015	2.	<p>Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan pada lingkungan ditandai dengan:</p> <p>DS:-pasien mengatakan saat sesak nafas ingin marah dan saat nyeri (gigi&amp;gusi) juga rasanya kesal. Pasien mengatakan dulu pernah mengamuk memecahkan gelas.</p> <p>DO:pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan.</p>	<p>Tupan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak melakukan tindakan kekerasan baik pada orang lain, diri sendiri, lingkungan maupun kekerasan secara verbal.</p> <p>Tupen: setelah melakukan interaksi dengan pasien selama 30 menit pasien dapat mengenal lebih awal tanda-tanda akan terjadi perilaku kekerasan dengan criteria hasil: a.pasien mampu menyebutkan tanda-tanda akan melakukan kekerasan seperti rasa ingin marah, jengkel, ingin merusak, memukul, dll</p> <p>b. pasien bersedia</p>	<p>1. bantu control marah</p> <p>a. bina hubungan saling percaya</p> <p>b. observasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada pasien</p> <p>c. bantu pasien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p> <p>d. jelaskan pada pasien rentang respon marah</p> <p>e. dukung dan fasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah</p>	<p>Senin. 8 Juni 2015 08.10 wib</p> <p>-membina hubungan saling percaya</p> <p>-mengobservasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada pasien</p> <p>-membantu pasien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p> <p>-menjelaskan kepada pasien rentang respon marah</p> <p>-mendukung dan memfasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah</p>	<p>Senin, 8 Juni 2015 12.10 wib</p> <p>S:- pasien mengatakan namanya Tn. B lebih senang dipanggil Mas B</p> <p>-Pasien mengatakan bersedia melaporkan pada perawat setiap muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan.</p> <p>O: pasien tampak kooperatif selama berinteraksi dengan perawat, pasien tampak antusias. Pasien mampu menyebutkan tanda-tanda akan melakukan kekerasan seperti marah</p>

			<p>melaporkan pada petugas kesehatan saat muncul tanda akan melakukan kekerasan</p> <p>c. pasien melaporkan kepada petugas kesehatan setiap muncul tanda- tanda akan melakukan kekerasan</p>			<p>dan kesal.</p> <p>A: tupen 1 teratasi</p> <p>P: lanjutkan tupen 2</p> <p>1) bantu pasien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan (marah,jengkel, karena kebutuhan tak terpenuhi)</p> <p>2) diskusikan bersama pasien pengaruh negative perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain, lingkungan</p> <p>3) jelaskan pada pasien cara mengeluarkan energy marah dan perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif:</p> <p>-kegiatan fisik:olahraga, melakukan kegiatan sehari-hari seperti</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>membersihkan rumah dan kegiatan fisik yang positif, relaksasi</p> <p>-kegiatan spiritual: berdoa, melakukan ibadah</p> <p>-sosial: meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik sehingga orang lain tidak tersinggung</p> <p>4) jelaskan pada pasien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah/perilaku kekerasan</p> <p>5)berikan reinforcement untuk ekspresi marah yang tepat</p>
--	--	--	--	--	--	--



### CATATAN PERKEMBANGAN

Ruang : Wisma Sadewa  
 Nama : Tn.B  
 No. RM : 00773xx

HARI, TANGGAL, JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Selasa, 9 Juni 2015 07.50 wib	Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah	<p>Selasa, 9 Juni 2015 08.00 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengeksplor alasan pasien mengkritik diri</li> <li>- mengidentifikasi kelebihan yang dimiliki pasien</li> <li>- mengeksplor keberhasilan yang pernah dicapai pasien</li> <li>- meyakinkan pasien bahwa ia mampu menghadapi situasi apapun</li> <li>- mengevaluasi bersama pasien perilaku yang dulu dan sekarang</li> <li>- membantu pasien untuk menyusun tujuan hidup yang realistis</li> <li>- memfasilitasi lingkungan dan aktivitas yang dapat</li> </ul>	<p>Selasa, 9 Juni 2015 13.10 wib</p> <p>S: pasien mengatakan dirinya kurus dan minder. Pasien mengatakan pintar menghitung. Dahulu sewaktu di SD, SMP dan SMA sering masuk ranking 5 besar. Pasien pernah mengenyam pendidikan di universitas selama 3 semester. Pasien mengatakan masih belum ikut berinteraksi dengan yang yang lain.</p> <p>O: pasien tampak kooperatif, pasien terlihat mampu mengungkapkan aspek positif dari dirinya yaitu dengan badan yang tidak gemuk terhindar dari penyakit-penyakit karena obesitas, tatapan mata cukup pasien tampak belum mampu secara aktif berpartisipasi dalam hubungan social dan bersikap terbuka</p>

		<p>meningkatkan harga diri</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mengkolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian medikasi/ terapi</li></ul>	<p>A: tupen 2 belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan tupen 2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Identifikasi kelebihan yang dimiliki pasien</li><li>-Beri reward/ reinforcement positif terhadap keberhasilan dan kelebihan pasien</li><li>-Yakinkan pasien bahwa ia mampu menghadapi situasi apapun.</li><li>-Evaluasi bersama pasien perilaku yang dulu dan sekarang</li><li>-Bantu pasien menyusun tujuan hidup yang realistis</li><li>-Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian medikasi</li></ul>
--	--	--	--

HARI, TANGGAL, JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Rabu , 10 Juni 2015 10.50 wib	Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah	<p>Rabu, 10 Juni 2015 11.00 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengidentifikasi kelebihan yang dimiliki pasien</li> <li>- memberikan reward/ reinforcement positif terhadap keberhasilan dan kelebihan pasien</li> <li>- meyakinkan pasien bahwa ia mampu menghadapi situasi apapun.</li> <li>- mengevaluasi bersama pasien perilaku yang dulu dan sekarang</li> <li>-membantu pasien menyusun tujuan hidup yang realistis</li> <li>-Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian medikasi</li> </ul>	<p>Rabu, 10 Juni 2015</p> <p>S: pasien mengatakan piawai dalam bermain volley dan badminton. Pintar dalam pelajaran elektronika pasien mengatakan dirinya sejak kecil memang anteng. Pasien mengatakan yakin setelah pulang dari RS akan dapat menghadapi situasi apapun</p> <p>O: pasien tampak yakin, tatapan mata tajam, kontak mata baik. Pasien tampak terbuka. Pasien mampu berpartisipasi dan berinteraksi dengan yang orang lain. Pasien mampu menerima kritik yang membangun.</p> <p>A: tuyen 2 teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>

HARI, TANGGAL, JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Selasa, 9 Juni 2015 13.50 wib	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Selasa, 9 Juni 2015 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- membantu pasien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan (marah, jengkel, karena kebutuhan tak terpenuhi)</li> <li>- mendiskusikan bersama pasien pengaruh negative perilaku kekerasan terhadap dirinya, oranglain, lingkungan</li> <li>-menjelaskan pada pasien cara mengeluarkan energy marah dan perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif</li> <li>Menjelaskan pada pasien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah</li> <li>-memberiakan reinforcement untuk ekspresi marah yang tepat</li> </ul>	<p>Selasa. 9 Juni 2015 17.00 wib</p> <p>S: pasien mengatakan waktu yang memicu marah adalah saat sakit gigi dan sesak nafas. Pasien mengatakan saat dirinya ingin marah melakukan relaksasi nafas dalam dn sholat.</p> <p>O: pasien tampak minum obat teratur sesuai anjuran perawat. Pasien mampu menyebutkan manfaat minum obat untuk kontrol marah. Pasien tampak mempraktikkan penyaluran energy marah dengan memukul bantal</p> <p>A: tupen 2 teratasi p: lanjutkan tupen 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pada pasien manfaat penyaluran energy marah.</li> <li>- Bantu pasien memilih sendiri cara marah yang adaptif.</li> <li>- Bantu pasien mengambil keputusan untuk mengeluarkan energy marah/perilaku kekerasan yang adaptif.</li> <li>- Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang dipilih.</li> <li>- Anjurkan pasien mempraktikkan cara yang</li> </ul>

			<p>dipilihnya, beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktikkan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluasi perasaan pasien tentang cara yang telah dipilih dan dipraktikkan.</li></ul>
--	--	--	--

HARI, TANGGAL, JAM	DIA GNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Rabu, 10 Juni 2015 11.00 wib	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Rabu 10 Juni 2015 12.00 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- menjelaskan pada pasien manfaat penyaluran energi marah</li> <li>- membantu pasien memilih cara marah yang adaptif</li> <li>- membantu pasien mengambil keputusan untuk mengeluarkan energy marah yang adaptif</li> </ul>	<p>Rabu 10 Juni 2015 17.00 wib</p> <p>S: pasien mengatakan sudah tahu dan mengerti cara menyalurkan marahnya yaitu dengan memukul bantal, dan relaksasi nafas dalam. Pasien mengatakan untuk menegndalikan marahnya adalah dengan cara berkata yang baik dengan orang lain serta berdoa dan beribadah.</p> <p>O: pasien mampu memilih cara yang adaptif untu menyalurkan energy marah. Pasien tampak mampu mendemonstrasikan marah yang adaptif</p> <p>A:tupen 3 teratasi P: lanjutkan tupen 4 -Libatkan keluarga dalam perawatan/penanganan pasien.</p> <p>-Identifikasi peran, kultur dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku pasien.</p> <p>-Berikan informasi yang tepat tentang penanganan pasien dengan perilaku kekerasan/marah</p> <p>-Ajarkan ketrampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan pasien marah.</p>

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Bantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi pasien marah.</li> <li>-Berikan konseling pada keluarga.</li> <li>-Fasilitas pertemuan keluarga dengan career/pemberi perawatan.</li> <li>-Beri kesempatan pada keluarga untuk mendiskusikan cara yang dipilihnya.</li> <li>-Anjurkan kepada keluarga untuk menerapkan cara yang dipilih</li></ul>
--	--	--	---

HARI, TANGGAL, JAM	DIANGNOSA KEPERAWATAN	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat 12 Juni 2015 10.00 Wib	Resiko perilaku kekerasan	<p>Jumat , 12 Juni 2015 10.20 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Melibatkan keluarga dalam perawatan/penanganan pasien.</li> <li>-Mengidentifikasi peran, kultur dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku pasien.</li> <li>-Memberikan informasi yang tepat tentang penanganan pasien dengan perilaku kekerasan/marah</li> <li>-Mengajarkan ketrampilan coping efektif yang digunakan untuk penanganan pasien marah.</li> <li>-Membantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi pasien marah.</li> <li>-Memberikan konseling pada keluarga.</li> <li>-Memberi kesempatan pada keluarga untuk mendiskusikan cara yang dipilihnya.</li> <li>-Menganjurkan kepada keluarga untuk menerapkan cara yang dipilih</li> </ul>	<p>Jumat 12 Juni 2015 10.50 wib</p> <p>S: keluarga mengatakan dapat mengenal penanganan pasien dengan perilaku kekerasan</p> <p>Keluarga mengatakan akan selalu berinteraksi baik dengan pasien.</p> <p>Keluarga mengatakan akan mencari pekerjaan yang cocok untuk pasien guna mengisi waktu pasien.</p> <p>O: keluarga tampak mampu memutuskan cara yang adaptif yang dipilih</p> <p>Keluarga mampu mengenal penanganan pasien dengan perilaku kekerasan</p> <p>Keluarga mampu menyebutkan penanganan pasien dengan perilaku marah</p> <p>A: tupaen 4 teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>