

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG ELANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA



Oleh :

KHARINA MAHARANI

NIM P07220121017

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN

SAMARINDA

2024

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG ELANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Pada Jurusan Keperawatan

Politeknik Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

KHARINAMAHARANI

NIM P07220121017

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2024

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang Pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 28 Mei 2024

Yang Menyatakan



NIM P07220121017

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL 28 MEI 2024

Oleh Pembimbing



Dr. M. H. Edi Sukamto, S.Kp., M.Kep
NIDN: 4021046802

Pembimbing Pendamping



Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep
NIDN:1110119601

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Dr. Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Risiko Perilaku
Kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam
Samarinda
Telah Diuji
Pada tanggal **28 MEI 2024**

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

H. Rasmun.S.Kp., M.Kes
NIDN.4026066001



(.....)

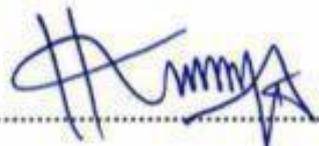
Penguji Anggota :

Dr.M. H. Edi Sukamto, S.Kp., M.Kep
NIDN. 4021046802



(.....)

Ns. Abd Kadir.,S.Kep., M.Kep
NIDN. 1110119601



(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP.19810712006042004



Dr. Ns. Tini.,S.Kep.,M.Kep
NIP.19810712006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Kharina Maharani
Tempat/Tanggal Lahir : Samarinda, 06 Mei 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Trikora, rt 16 Kel. Handil Bakti
Kec Palaran

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008-2009 : TK Al-Kamal Palaran
2. Tahun 2009-2014 : SDN 013 Samarinda
3. Tahun 2015-2017 : SMPN 44 Samarinda
4. Tahun 2018-2021 : SMK Kesehatan Jami'atul Muttaqin Samarinda
5. Tahun 2021-Sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas berkat ramat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”. Sholawat serta salam juga penulis haturkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah menghantarkan kita semua dari jalan yang gelap gulita menuju jalan yang terang benderang.

Karya tulis ilmiah ini dibuat dalam rangka sebagai rangkaian ujian akhir program Diploma III Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Dalam upaya menyelesaikan proposal karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan akal dan pikiran yang jernih serta kesabaran dalam penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Dr.M. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

4. Dr. Ns. Tini S.Kep., M.Kep Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Dr.M. H. Edi Sukamto., S.Kp., M.Kep Selaku pembimbing 1 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset
6. Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset.
7. H. Rasmun, S.Kp., M.Kes selaku Ketua penguji yang telah memberikan masukan dalam penulisan riset.
8. Para dosen dan staf tenaga kependidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
9. Kepada kedua orang tua saya, Bapak Hamzah dan Ibu Jannati Mandasari, Saudara saya Ivan, Saudari Nilam dan Aisyah serta sepupu saya Adelia dan Arini yang tidak pernah berhenti memberikan do'a, semangat dan dukungan selama 3 tahun masa perkuliahan.
10. Kepada sahabat-sahabat saya, Lisa Amalia Pransiska T, Sherly Wulandari, Arvita Dwi Wahyuni, Sri Wahyuningsih, Nurul Fadillah, Chairunnisa Mutmainnah, Putri Dwi Setiyowati, dan Novriza Fitriana yang selalu memberikan dukungan dan semangat selama 3 tahun masa perkuliahan.
11. Kepada teman seperjuangan saya, Rita Amalia Zafiri, Evi Novita Sari dan Lisa Amalia Pransiska T yang selalu memberi semangat dan memotivasi saya dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan yang Maha Kuasa Membalas semua kebaikan Bapak dan Ibu serta semua pihak yang telah mendukung terselesaikannya Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini.

Samarinda, Mei 2024

Penulis



ABSTRAK
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI
RUANG ELANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA

Kharina Maharani¹⁾, Edi Sukamto²⁾, Abd Kadir³⁾

¹⁾Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

^{2),3)}Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan: Risiko Perilaku Kekerasan merupakan salah satu tanda dan gejala gangguan jiwa yang sering ditemukan pada klien skizofrenia. Risiko Perilaku Kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar. **Tujuan:** Tujuan Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan serta melakukan penatalaksanaan risiko perilaku kekerasan dengan teknik relaksasi napas dalam, serta mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. **Metode:** Penulisan Karya Tulis Ilmiah Ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode penelitian studi kasus dengan subjek penelitian pasien gangguan risiko perilaku kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. Dilakukan pengumpulan data melalui observasi, wawancara dan dokumentasi rekam medis. **Hasil:** Hasil yang didapatkan yaitu keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien saat dikelola selama 6 hari adalah keinginan sembuh pasien cukup tinggi, hal ini dibuktikan oleh respon pasien terhadap intervensi yang diberikan. **Kesimpulan:** Dan teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan.

Kata kunci: Risiko Perilaku Kekerasan, Relaksasi Napas Dalam, Rumah Sakit Jiwa.

ABSTRACT
**NURSING CARE FOR PATIENTS AT RISK OF VIOLENT BEHAVIOR IN THE ELANG
ROOM OF ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA REGIONAL MENTAL
HOSPITAL**

Kharina Maharani¹⁾, Edi Sukanto²⁾, Abd Kadir³⁾

¹⁾Student of the D-III Nursing Study Program, Health Polytechnic, Ministry of Health, East
Kalimantan

²⁾³⁾Lecturer in the Department of Nursing, Health Polytechnic, Ministry of Health, East
Kalimantan

Introduction: Risk of Violent Behavior is one of the signs and symptoms of mental disorders often found in clients with schizophrenia. Risk of Violent Behavior is a person's behavior that shows that it can harm themselves, others and the surrounding environment. **Objectives:** The purpose of this study is to determine the signs and symptoms of risk of violent behavior and to manage care for patients at risk of violent behavior in the Elang Ward of Atma Husada Mahakam Mental Hospital in Samarinda. **Methods:** This Scientific Paper employs a qualitative approach with a case study research method involving patients with a risk of violent behavior in the Elang Ward of Atma Husada Mahakam Mental Hospital in Samarinda as research subjects. Data collection was conducted through observation, interviews, and documentation of medical records. **Results:** The results obtained indicate that the nursing care provided to patients over the 6-day study period was successful, as evidenced by the patients' high desire for recovery and their response to the interventions provided. **Conclusions:** Additionally, deep breathing relaxation techniques were effective in reducing the symptoms of violent behavior.

Keywords: Risk of Violent Behavior, Deep Breathing Relaxation, Psychiatric Hospital.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	x
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
Daftar Tabel.....	xv
Daftar Gambar	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Studi Kasus.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	5
1.4.1 Bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Rentang Respon Marah	9
2.1.4 Tanda Dan Gejala	10
2.1.5 Pohon Masalah	11
2.1.7 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan.....	13

2.2 Konsep Prosedur Tindakan.....	16
2.2.1 Pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam.....	16
2.2.2 Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam.....	17
2.2.3 SOP Relaksasi Napas Dalam	17
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	18
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	20
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	20
2.3.4 Implementasi Keperawatan	21
2.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	27
BAB 3 METODE PENELITIAN	29
3.1 Rancangan Studi Kasus.....	29
3.2 Subyek Penelitian	29
3.3 Fokus Studi.....	29
3.4 Batasan Istilah (Definisi Operasional)	30
3.5 Instrumen Studi Kasus	30
3.6 Metode Pengumpulan Data.....	30
3.7 Langkah Pelaksanaan Studi Kasus	31
3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	33
3.8.1 Lokasi Penelitian.....	33
3.8.2 Waktu Penelitian.....	33
3.9 Analisis dan Penyajian Data.....	34
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	36
4.1 Hasil.....	36
4.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	36
4.1.2 Diagnosis Keperawatan.....	38
4.1.3 Rencana Keperawatan.....	38
4.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	41
4.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	46
4.2 Pembahasan	53
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	55
5.1 Kesimpulan.....	55
5.2 Saran.....	56

DAFTAR PUSTAKAxvii

LAMPIRAN



Daftar Tabel

Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur (SOP)	17
Tabel 2.2 intervensi Keperawatan.....	20
Tabel 2.3 Jadwal Kegiatan.....	33
Tabel 4. 1 Tabel Pengkajian Keperawatan.....	36
Tabel 4. 2 Diagnosis Keperawatan	38
Tabel 4.3 Rencana Keperawatan	38
Tabel 4.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	41
Tabel 4.5 Tabel Evaluasi Keperawatan	46
Tabel 4.6 Kegiatan Asuhan Keperawatan.....	50



Daftar Gambar

Gambar 2. 1 Rentang Respons Marah	9
Gambar 2. 2 Pohon Masalah risiko perilaku kekerasan	11



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Menurut *World Health Organization* (2022), kesehatan jiwa adalah kumpulan sifat positif yang menunjukkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadian seseorang. Menurut UU No. 18 tahun 2014, kesehatan jiwa adalah ketika seseorang menyadari kemampuan mereka sendiri, dapat mengatasi stres, bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya (Maulidina, 2019).

Gangguan jiwa adalah ketika kondisi psikis seseorang terganggu, yang berdampak pada perilaku, bahasa, dan pikiran. Ini tidak berarti elemen lain tidak terganggu. Faktor-faktor seperti keturunan dan konstitusi, umur dan jenis kelamin, kondisi fisik, kondisi psikologis, keluarga, adat istiadat, kebudayaan dan kepercayaan, pekerjaan, pernikahan dan kehamilan, kehilangan dan kematian orang yang dicintai, agresi, rasa permusuhan, hubungan interpersonal, dan lainnya dapat memengaruhi perilaku manusia (Agustina et al., 2022).

Menurut *World Health Organization* (2022), gangguan jiwa berat Skizofrenia menyerang hampir 1 dari 300 orang di seluruh dunia, atau sekitar 24 juta orang di seluruh dunia. Di Indonesia, kasus Skizofrenia menyerang 7% per 10.000 rumah tangga, dengan presentase pasien tertinggi di Bali sebesar 11%, DI Yogyakarta sebesar 10,4 persen, NTB sebesar 9,6 persen, dan Sumatera Barat sebesar 9,6 persen. (Salamah & Nyumirah, 2018).

Menurut (Kemenkes, 2018) yang dilakukan oleh kementerian kesehatan Republik Indonesia menyimpulkan bahwa prevelensi gangguan jiwa bervariasi dimana prevelensi Rumah tangga dengan ART gangguan jiwa tertinggi adalah provinsi Bali (11%) dan terendah provinsi Kepulauan Riau (3%). Untuk proporsi rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa Skizofrenia/psikosis yang pernah dipasung dalam rumah tangga sebanyak (14%) dan yang tidak sebanyak (86%), sedangkan yang pernah melakukan pasung tiga bulan terakhir sebanyak (31,5%) dan yang tidak sebanyak (68,5%). Berdasarkan hasil (Riskesdas, 2018) didapatkan hasil prevelensi kasus gangguan Skizofrenia disamarinda mencapai angka (12,9%) per mil, sementara itu menurut hasil (Riskesdas, 2022) didapatkan hasil prevelensi risiko masalah kejiwaan provinsi Kalimantan Timur mencapai (8,6%) per mil.

Salah satu efek yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami Perilaku Kekerasan adalah kehilangan kontrol akan dirinya, di mana pasien dikuasai oleh rasa marah, sehingga pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Jika Perilaku Kekerasan tidak ditangani dengan baik, itu dapat mengakibatkan kehilangan kontrol dan Risiko Kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Oleh karena itu, upaya untuk menangani Perilaku Kekerasan yaitu mengatasi stress termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Maulidina, 2019).

Menurut (Kemenkes, 2018) Prevalensi Risiko Perilaku Kekerasan di Indonesia semakin mengalami peningkatan. Pada tahun 2018 angka kejadian

Resiko Perilaku Kekerasan sebesar 9 %. Kekerasan (*Violence*) merupakan suatu bentuk perilaku agresi yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderita atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda (Wardiyah et al., 2022).

Berdasarkan data pasien Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2021 didapatkan data bahwa, pasien yang masuk di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yaitu pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan biasanya dibawa oleh dinas sosial setempat, menurut data yang diperoleh dari Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda terdapat 3 rata-rata pasien yang dirawat sebanyak 150 orang. Dengan masalah keperawatan terbanyak : Halusinasi (64%), Harga Diri Rendah (13%), Isolasi Sosial (6%), Waham (5%), Risiko Perilaku Kekerasan (25%), Defisit Perawatan Diri (3%). Dari data tersebut kasus pasien Harga Diri Rendah berada di urutan ke-3 tertinggi.

Teknik non Farmakologi dan Farmakologi merupakan metode yang diajarkan untuk penyembuhan metode pengobatan. Tarik Nafas Dalam, latihan memukul kasur, latihan verbal, minum obat secara teratur, dan cara spiritual merupakan salah satu contoh metode non Farmakologi (Sihaya & Listya, 2018).

Salah satu cara mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan yaitu melakukan Teknik non Farmakologi dengan Terapi Relaksasi Nafas Dalam. Teknik Relaksasi Nafas Dalam bisa dilakukan ketika mereka merasakan emosi, sehingga membuat mereka merasa ringan kepala. Selain mengatasi

gejala fisik juga memungkinkan individu untuk mengambil waktu dari situasi tegang yang memicu terjadinya kemarahan. Beberapa Relaksasi Nafas Dalam juga dapat berpengaruh terhadap peningkatan konsentrasi, menurunkan emosi seseorang, serta kemampuan untuk mengatur diri sendiri (Keliat et al, 2019).

Berdasarkan fenomena dan latar belakang di atas maka penulis tertarik mengaplikasikan Teknik non Farmakologis dengan Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap penurunan tanda dan gejala Perilaku Kekerasan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan karya tulis ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda”

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1. Tujuan Umum

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda”

1.3.2 Tujuan Khusus Penelitian

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.
2. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.
4. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan diruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pasien risiko perilaku kekerasan.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan di dunia keperawatan jiwa dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman terhadap Asuhan Keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan yang akan datang.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan jiwa dan meningkatkan pengetahuan pemahaman tentang asuhan keperawatan pasien risiko perilaku kekerasan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi

Risiko Perilaku Kekerasan adalah ketika seseorang memiliki riwayat mencederai dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungannya dengan cara fisik, emosional, seksual, atau lisan. Akibatnya, orang tersebut tidak dapat mengendalikan dan mengontrol amarahnya secara konstruktif (Kartika et al., 2018).

Perilaku Kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang dimaksudkan untuk menyakiti seseorang secara fisik atau psikologis dan dapat terjadi dalam dua bentuk, selama kekerasan atau sebagai akibat dari riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan suatu respon maladaptif terhadap kemarahan akibat ketidakmampuan klien mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya (Pardede & Laia, 2020).

Tindakan yang bertujuan untuk menyakiti seseorang baik secara fisik maupun mental disebut dengan perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan dapat terjadi melalui dua cara, yaitu ketika perilaku tersebut sedang berlangsung atau sebagai akibat dari riwayat perilaku kekerasan sebelumnya. Perilaku Kekerasan merupakan respon maladaptif terhadap kemarahan akibat ketidakmampuan klien mengatasi kondisi lingkungan (Estika, 2021)

2.1.2 Etiologi

Proses terjadinya masalah menurut (Aprillia, 2022)

2.1.2.1 Faktor Predisposisi

1. Faktor biologis

Faktor biologis terdapat beberapa faktor yang heredieter yaitu dimana anggota keluarga salah satu dari mereka sering melakukan perilaku kekerasan, ataupun adanya keluarga yang mengalami gangguan jiwa, terdapat riwayat trauma kepala, dan adanya riwayat penggunaan obat-obatan terlarang seperti NAPZA (Aprillia, 2022).

2. Faktor psikologis

Faktor psikologis, termasuk respons terhadap stimulus eksternal, internal, dan lingkungan, dapat menyebabkan perilaku kekerasan. Ekspektasi individu untuk mencapai sesuatu yang mengalami kelambatan atau kegagalan juga dapat menyebabkan perilaku kekerasan.

3. Faktor sosiokultural

Faktor sosiokultural yang berasal dari lingkungan sosial seseorang sangat mempengaruhi perilaku individu saat menunjukkan dan meluapkan kemarahannya.

2.1.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, dan percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang rebut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan, dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain (Vancampfort et al., 2019).

2.1.3 Rentang Respon Marah



Gambar 2. 1 Rentang Respons Marah

(Stuart & Sudden, 1998 dalam Sharma, 2017)

Keterangan :

1. Asertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustrasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.

3. Pasif adalah respons di mana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah, namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain.

Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
5. Kekerasan adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri.

2.1.4 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan (Pardede et al., 2020)

Subjektif :

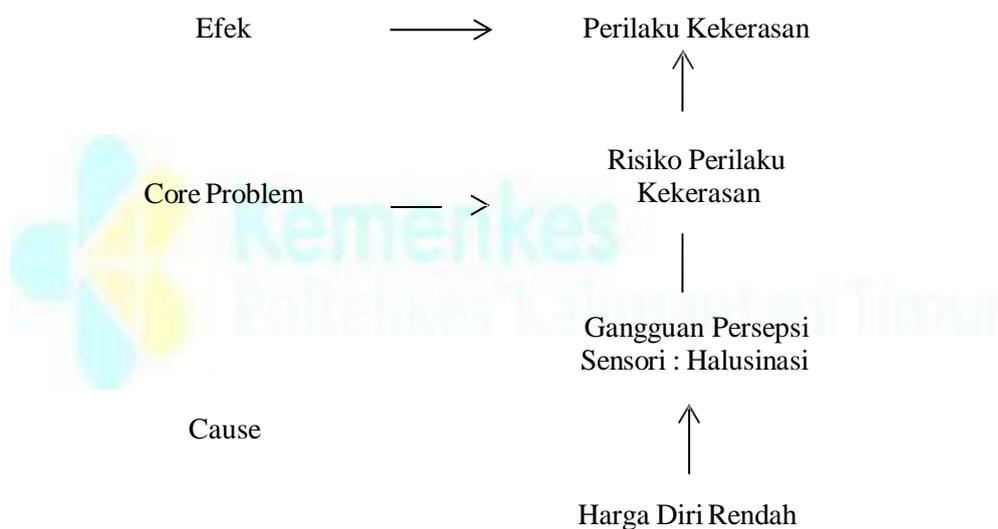
1. Klien suka membentak dan menyerang orang lain.
2. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
3. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Objektif :

1. Wajah memerah.
2. Mata melotot/pandangan tajam.
3. Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
4. Postur tubuh kaku.

5. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
6. Suara keras.
7. Bicara kasar, ketus.
8. Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.
9. Merusak lingkungan.
10. Amuk/agresif.

2.1.5 Pohon Masalah



Sumber : Siregar (2023)

Gambar 2. 2 Pohon Masalah risiko perilaku kekerasan

2.1.6 Mekanisme Koping

Menurut (Jatmika et al., 2020) Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan

kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

1. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

3. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

4. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.1.7 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Terapi Farmakologi

Pada pasien penderita gangguan emosi atau tidak dapat mengontrol kemarahan seringkali diberikan terapi Farmakologis dengan pengobatan yaitu salah satunya diberikan obat antiansietas dan obat penenang hipotik : seperti lorazepam dan clonazepam, obat penenang tersebut sering sekali digunakan untuk menenangkan apabila pasien mengalami perlawanan (Wulansari, 2021).

2. Terapi non Farmakologi

a. Strategi pelaksanaan

1) Strategi pelaksanaan pasien :

- a) SP 1 pasien : Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.
- b) SP 2 : Evaluasi kemampuan pasien, latih cara fisik II yaitu latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal.
- c) SP 3 : Evaluasi kemampuan klien, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.

d) SP 4 : Evaluasi kemauan pasien, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

2) Strategi pelaksanaan keluarga :

a) SP 1 keluarga : Mendiskusikan permasalahan yang dihadapi oleh klien dan keluarga memberikan penjelasan dengan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan.

b) SP 2 Keluarga : melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.

c) SP 3 keluarga : melatih secara langsung ke pasien cara keluarga mempraktekkan cara merawat pasien.

d) SP 4 keluarga : memfasilitasi keluarga menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien dan obat discharge planning.

b. Terapi aktivitas kelompok (TAK)

Menurut (Aprillia, 2022) melaporkan tentang "Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Persepsi Berhubungan dengan Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia". Dalam penelitian tersebut, di dapatkan nilai selisihnya rata-rata dari sebelum pre test dan post test sebesar (7,76 %) pada variabelnya kemampuan untuk mengontrol Perilaku Kekerasan setelah diberikan pelatihan aktivitas

kelompok stimulasi persepsi dengan kemampuan mengevaluasi perilaku kekerasan.

c. Terapi spiritual

Terapi spiritual merupakan terapi dengan mendekati pasien pada kepercayaan yang diinginkannya. (Kjaer, 2020) menyebutkan adanya peningkatan level dopamin dan kadar serotonin yang dapat meningkatkan perasaan euphoria atau kebahagiaan dalam tubuh saat dilakukan tindakan atau kegiatan spiritual seperti berdoa atau berdzikir sehingga meminimalkan perilaku agresif. Hal tersebut dapat menjadi landasan saat dilakukan terapi spiritual dapat mengontrol perilaku kekerasan. Bentuk dari terapi spiritualnya diantaranya adalah dzikir dan mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an.

Menurut (Ernawati et al., 2020) menyebutkan terapi spiritual secara islami dapat terbukti efektif terhadap kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan, dimana dapat perubahan yang signifikan karena adanya penurunan dari tanda dan gejala yang dapat muncul saat sebelumnya dilakukan terapi spiritual dan setelah dilakukan terapi spiritual.

d. Terapi memukul bantal

Untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan maka perlu penatalaksanaan yang tepat salah satunya yaitu melatih teknik memukul bantal, teknik ini dilakukan untuk meluapkan energi

marah yang dirasakan pasien bisa tersalurkan selain itu juga tidak merugikan banyak pihak. Oleh karena tehnik ini sangat membantu untuk penderita perilaku kekerasan (Sadock et al., 2018).

2.2 Konsep Prosedur Tindakan

2.2.1 Pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik Relaksasi Napas Dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam. Relaksasi pernafasan adalah terapi relaksasi dengan cara mengontrol pernafasan yang tepat dan efektif untuk menurunkan depresi, ansietas, sifat cepat marah dan mudah tersinggung. Relaksasi dapat didefinisikan sebagai prosedur, cara, metode, ataupun proses yang mampu membantu seseorang memperoleh rasa nyaman atau menjadi rileks, meningkatkan rasa tenang pada seseorang, menurunkan kecemasan, stress maupun emosi ataupun mood yang buruk (Ubaidillah, 2020)

Relaksasi nafas adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus ansietas-ketegangan otot.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Terapi Relaksasi Napas Dalam merupakan metode efektif untuk menurunkan kecemasan, stress maupun emosi ataupun mood yang buruk

2.2.2 Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Tujuan teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, mengurangi stress baik fisik maupun emosional yang dapat menurunkan kecemasan.

2.2.3 SOP Relaksasi Napas Dalam

SOP menggunakan Pedoman Standar Operasional Prosedur Keperawatan PPNI (2021).

Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur (SOP)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
Definisi	Menggunakan teknik napas dalam untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan
Diagnosis keperawatan	Ansietas Gangguan rasa nyaman
Luaran keperawatan	Tingkat ansietas menurun Tingkat kenyamanan meningkat
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih, jika perlu b. Kursi dengan sandaran, jika perlu c. Bantal 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pakai sarung tangan, jika perlu 6. Tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman 7. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
	<p>memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan posisi yang nyaman (missal dengan duduk bersandar atau tidur) 9. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 10. Latih melakukan teknik napas dalam <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh b. Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan c. Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan d. Demonstrasikan menarik napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik 11. Monitor respon pasien selama dilakukan prosedur 12. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan 13. Lepaskan sarung tangan 14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 15. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan.

Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Pengkajian menurut (Dermawan & Deden, 2018) meliputi : Data pasien risiko perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

Tanda & Gejala :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat

4. Mengepalkan tangan
5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7. Mengancam secara verbal atau fisik
8. Melempar atau memukul benda/orang lain
9. Merusak barang/benda tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan

Format Pengkajian Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

	Pelaku /usia	Korban/ usia	Saksi/usia
1. Aniaya fisik	[][]	[][]	[][]
2. Aniaya seksual	[][]	[][]	[][]
3. Penolakan	[][]	[][]	[][]
4. Kekerasan	[][]	[][]	[][]
Dalam keluarga			
5. Tindakan kriminal	[][]	[][]	[][]
6. Aktivitas	[]		TIK []
Lesu	[]		Grimsen []
Tegang motorik	[]		Tremor []
Gelisah	[]		Kompulsif []
Agitasi	[]		
7. Interaksi		[]	
Kontak mata kurang		[]	
Tidak kooperatif wawancara		[]	
Defensif		[]	

Mudah Tersinggung []

Curiga []

Liviana & Suem (2019)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan tersebut (Dermawan & Deden, 2018)

Menurut (Sutejo, 2019) Menegakkan Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan, dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan oleh pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan pasien individu, keluarga, dan komunitas (SIKI, 2018)

Tabel 2.2 intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146) Definisi : Berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka kontrol diri (L09076) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi ancaman kepada orang lain (5) 2. Verbalisasi umpatan	Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi 1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. Benda tajam, tali)

Diagnosis Keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi Keperawatan
Faktor risiko 1. Pemikiran waham/delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi system 6. Kerusakan kognitif 7. Disorientasi atau konfusi 8. Kerusakan kognitif 9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat 10. Alam perasaan depresi 11. Riwayat kekerasan pada hewan 12. Kelainan neurologis 13. Lingkungan tidak teratur 14. Penganiyaan atau pengabaian anak 15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain 16. Impulsive 17. Ilusi	(5) 3. Perilaku menyerang (5) 4. Perilaku melukai diri sendiri /orang lain (5) 5. Perilaku merusak lingkungan sekitar (5) 6. Perilaku agresif/amuk (5) 7. Suara keras (5) 8. Bicara ketus (5)	1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis. Pisau cukur) Terapeutik 1.4 Pertahankan lingkungan yang bebas 1.5 Libatkan keluarga dalam perawatan Edukasi 1.6 Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien 1.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. Relaksasi, bercerita)

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan

implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini et al., 2020)

Implementasi keperawatan jiwa pada resiko perilaku kekerasan ada 5 SP menurut (Martini et al., 2020), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan. Ada lima strategi pelaksanaan dalam mengontrol perilaku kekerasan, yaitu :

- 1 SP 1 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan meakukan latihan nafas dalam.
- 2 SP 2 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan teknik pukul bantal.
- 3 SP 3 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan komunikasi verbal dengan baik.
- 4 SP 4 : Mengontrol Perilaku kekerasan dengan cara spiritual/beribadah

5 SP 5: Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat dengan benar

Adapun Standar Pelaksanaan Komunikasi (SP) dengan Klien Risiko Perilaku Kekerasan (Keliat et al., 2019)

Pertemuan ke-1 Klien

a. Orientasi

1) Salam

“Selamat pagi, saya Kharina, perawat yang dinas di ruangan ini.

“Bapak Siapa namanya?” “Senang dipanggil apa?” “Saya panggil pak Eko ya.” “Tanggal lahirnya?”

2) Evaluasi

“Apa yang Pak Eko rasakan?” “Jadi Pak Eko sering kesal atau marah.” “Sudah berapa lama?”

3) Validasi

“Apa yang sudah dilakukan untuk mengatasinya?” “Apakah berhasil?”

4) Kontrak

a) Tindakan dan tujuan

“Bagaimana kalau saya periksa dulu tentang marah dan belajar cara mengendalikannya?”

b) Waktu

“Waktu 30 menit, apakah Pak Eko setuju?”

c) Tempat

“Kita lakukan di sini saja ya?”

b. Kerja

1) Pengkajian

a) Penyebab

“Apa yang menyebabkan Pak Eko marah?” “Apakah disertai rasa kesal atau kecewa dan ingin memukul?”

b) Tanda/gejala

“Apakah yang dirasakan saat marah, apakah merasa tegang, tangan terkepal, mengatupkan rahang dengan kuat?” “Apakah bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak?” “Apakah berjalan mondar mandir dengan marah dan melemparkan barang-barang atau memukul orang?”

c) Akibat

“Apakah akibat dengan cara marah demikian?” “Apakah dengan cara seperti itu marahnya bisa hilang?”

2) Diagnosis

“Pak Eko sering kesal dengan berteriak, melempar barang sampai memukul orang lain.” “Jadi Pak Eko masih sulit mengendalikan marah sehingga bisa terjadi perilaku kekerasan.” Apakah Pak Eko ingin belajar mengendalikannya?”

3) Tindakan

“Baiklah, saya akan bantu Pak Eko untuk mengatasi marah dengan beberapa cara.”

a) Latihan relaksasi napas dalam, pukul bantal kasur, olahraga, bersihkan rumah dan pekarangan

1) Contohkan: “Tarik napas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti mengembuskan kekesalan Eko.” “Pukul bantal kasur saat kesal.” “Olahraga lari, pukul samsak atau latihan tinju, push up, bermain bola, berguna untuk menyalurkan energi marah.” “jangan lupa, bersih-bersih juga bisa mengurangi marah dan membuat rumah menjadi bersih.”

2) Dampingi: “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama, “Ya, benar seperti itu.”

3) Mandiri: “Sekarang coba lakukan sendiri,” “Bagus, sudah benar.”

4) Cara lain dapat dilatih dengan cara yang sama.

b) Latihan de-enskalasi (curhat)

1) Contohkan: “Ceritakan rasa kesal Pak Eko dan alasannya, serta minta pendapat orang lain.” “Tuliskan perasaan marah ke dalam buku.”

2) Dampingi: “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama.”

“Ya, benar seperti itu.”

3) Mandiri: “Sekarang coba lakukan sendiri.” “Bagus sudah benar.”

4) Cara kedua adalah curhat dengan sahabat yang dipercaya.

c) Latihan bicara yang baik

1) Contohkan: “Pak Eko dapat berlatih cara meminta dengan satuan, cara menolak dengan tepat, dan cara mengatakan rasa tidak senang.”

2) Dampingi: “Nah sekarang ayo kita coba bersama sama.”

“Ya, benar seperti itu.”

3) Mandiri: “Sekarang coba lakukan sendiri.” “Bagus, sudah benar.”

d) Latihan spiritual

“Apa saja kegiatan ibadah yang Pak Eko lakukan tiap hari?”

“Apa yang Pak Eko rasakan setelah melakukan ibadah?” “Jadi, melakukan ibadah dapat mengurangi marah.” “Baiklah, minimal melakukan dua kegiatan ibadah Pak Eko.”

c. Terminasi

1) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan Pak Eko setelah latihan tadi?”

2) Evaluasi objektif

“Apa saja latihannya, coba sebutkan.” “Sudah benar Pak Eko”

3) Rencana Tindak Lanjut Klien

“Selanjutnya mari kita buat jadwal latihannya. Latihan relaksasi berapa kali sehari? Latihan curhat dengan siapa? Atau mau menulis saja? Bagaimana dengan latihan bicara yang baik terhadap orang yang menimbulkan rasa marah. Jangan lupa melakukan kegiatan ibadah.”

4) Rencana Tindak Lanjut Perawat

“Baiklah, hari Kamis pagi kita periksa lagi kondisi dan latihannya serta diperiksa oleh dokter. Jika dapat obat, nanti akan dijelaskan cara minum obat yang benar.”

5) Salam

“semoga cepat sembuh Bapak Eko!!”

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap yang terus menerus dalam menilai dampak dari tindakan keperawatan terhadap klien. Untuk mengevaluasi tanggapan klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, evaluasi dilakukan secara berkala. Evaluasi dilakukan secara formatif atau proses setelah tindakan selesai. Pendekatan SOAP adalah salah satu kerangka kerja evaluasi yang dapat digunakan (Nabilah et al., 2022)

S : Respon subjektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan

O : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau data yang kontradikdif dengan masalah yang ada

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada respon



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Studi Kasus

Penulisan Karya Tulis Ilmiah Ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode penelitian studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan gangguan risiko perilaku kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. Karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi serta mengevaluasi pasien dalam penerapan terapi relaksasi napas dalam.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam studi kasus ini adalah individu dengan masalah risiko perilaku kekerasan yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti sebanyak 1 klien.

3.3 Fokus Studi

Studi kasus ini berfokus pada pengelolaan asuhan keperawatan pada 1 pasien dengan menekankan pada prosedur intervensi terapi relaksasi napas dalam untuk mengatasi masalah keperawatan jiwa pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

3.4 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Studi kasus dengan menggunakan asuhan keperawatan merupakan rangkaian proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa, menyusun intervensi (rencana) keperawatan, melakukan implementasi (tindakan) keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

Resiko perilaku kekerasan adalah ketika seseorang memiliki riwayat mencederai dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungannya dengan cara fisik, emosional, seksual, atau lisan. Akibatnya, orang tersebut tidak dapat mengendalikan dan mengontrol amarahnya secara konstruktif.

3.5 Instrumen Studi Kasus

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan jiwa dengan kasus perilaku kekerasan. Studi kasus ini juga menggunakan SOP dan melakukan tindakan keperawatan dan jenis SOP yang digunakan tentang teknik terapi relaksasi napas dalam serta Strategi Pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan pasien risiko perilaku kekerasan.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperlukan dalam studi kasus ini karena bertujuan untuk mengumpulkan data-data penting dari pasien yang dikelola. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Hal-hal yang perlu di wawancarai agar mendapatkan data yang spesifik adalah sebagai berikut : Menanyakan identitas pasien, menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat sekarang. Riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga, menanyakan informasi kepada pasien.

2. Observasi/Monitor

Observasi adalah cara pengumpulan data penelitian melalui pengamatan terhadap suatu objek atau proses, baik secara visual maupun dengan alat. Penelitian ini akan dilakukan dengan cara pengamatan secara langsung kepada responden untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Rustika, 2013).

3. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa.

3.7 Langkah Pelaksanaan Studi Kasus

Penelitian studi kasus diawali dengan penyusunan proposal usulan penulisan karya tulis ilmiah dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data yang didapatkan berupa hasil pengkajian, observasi, wawancara, pemberian asuhan keperawatan kepada kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

Langkah Pelaksanaan studi kasus ini adalah sebagai berikut :

1. Pengurusan perizinan dengan institusi terkait yaitu Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda
2. Mencari dan mengambil data 1 orang pasien dengan masalah perilaku kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda.
3. Mengambil subjek sesuai kriteria subjek yang telah ditetapkan.
4. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan dampak dari penelitian yang dilakukan kepada calon responden.
5. Melakukan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) dengan responden.
6. Melakukan pengkajian keperawatan kepada 1 pasien yang dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
7. Mengidentifikasi masalah dan menyusun intervensi (rencana keperawatan) untuk pasien serta kontrak waktu untuk pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan selama 6 hari dengan sekali pertemuan selama kurang lebih 30 menit.
8. Melakukan implementasi (tindakan keperawatan) mengajarkan teknik relaksasi napas dalam pada 1 pasien yang dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
9. Melakukan evaluasi tindakan pada 1 pasien yang dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
10. Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan selama penulisan.

11. Menyajikan hasil pengelolaan data atau hasil penulisan dalam bentuk Asuhan

3.8 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

3.8.1 Lokasi Penelitian

Studi kasus dilakukan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan, tepatnya di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

3.8.2 Waktu Penelitian

Studi kasus dilakukan pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan Dalam waktu sampai 6 hari.

Tabel 2.3 Jadwal Kegiatan

No.	Hari ke-	Kegiatan
1.	Hari ke 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari 1 pasien kelolaan 2. Melakukan BHSP 3. Melakukan pengkajian pada satu pasien 4. Merumuskan diagnosis pada satu pasien 5. Merumuskan intervensi dengan strategi pelaksanaan
2.	Hari ke -2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan implementasi SP 1 : Membantu pada pasien mengenal penyebab perilaku kekerasan, membantu pasien dalam mengenal tanda dan gejala dari perilaku kekerasan 2. Menjelaskan pada pasien cara mengontrol emosi dengan teknik relaksasi napas dalam 3. Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam 4. Melakukan dokumentasi
3.	Hari ke -3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya 2. Melakukan implementasi SP 2 : Menjelaskan pada pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal atau kasur 3. Membantu pasien kembali melakukan

No.	Hari ke-	Kegiatan
		teknik relaksasi napas dalam 4. Melakukan dokumentasi
4.	Hari ke -4	1. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya 2. Melakukan implementasi SP 3: menjelaskan pada pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan secara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik 3. Membantu pasien kembali melakukan teknik relaksasi napas dalam 4. Melakukan dokumentasi
5.	Hari ke -5	1. Mengevaluasi Pertemuan sebelumnya 2. Melakukan implementasi SP 4 : Menjelaskan pada pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat, beribadah atau berdoa. 3. Membantu pasien kembali melakukan teknik relaksasi napas dalam 4. Melakukan dokumentasi
6.	Hari ke-6	1. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya 2. Melakukan implementasi SP 5 : Menjelaskan pada pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminum obat secara teratur 3. Membantu pasien kembali melakukan teknik relaksasi napas dalam 4. Melakukan dokumentasi

3.9 Analisis dan Penyajian Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan

dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda dengan total pasien sebanyak 33 pasien selama 6 hari perawatan dimulai tanggal 29 – 4 Mei 2024. Kasus yang terdapat di ruang elang yaitu gangguan persepsi sensori, resiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, dan waham. Bangunan Ruang Elang terdiri dari 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang Nurse Station, 1 ruang WC perawat, 1 ruang tindakan, 5 ruang perawatan rawat inap dan masing-masing WC didalamnya, 1 ruang isolasi dan WC didalamnya, 1 ruang makan.

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Tabel 4. 1 Tabel Pengkajian Keperawatan

DATA ANAMNESIS	
Identitas Klien	Tn. E (43 Th) berstatus pernah menikah, beragama Kristen, pendidikan terakhir SMK, tidak bekerja , beralamatkan di Jl. Telindung rt.86. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 24 April 2024.
Keluhan Utama	Pasien marah-marrah, emosi sulit terkontrol, dan merusak barang sekitar.
Riwayat Penyakit	± 1 minggu yang lalu awalnya klien tersinggung atas ucapan ayahnya yang mengatakan klien tidak bekerja, kemudian klien sering melamun serta menyendiri, kemudian klien sering marah-marrah serta mengamuk. Sebelum dibawa ke RSJD Atma Husada klien mengancam orang lain dengan sajam dan mengamuk, setelah itu klien di bawa ke Dinsos kemudian dirujuk ke RSJD Samarinda. Saat ini klien dirawat pertama kali karena marah dan amuk serta merusak barang-barang disekitar.
Faktor Predisposisi	Sebelumnya pasien tidak mengalami Gangguan Jiwa, pasien mengatakan tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, kekerasan

DATA ANAMNESIS	
	<p>dalam keluarga, dan juga tindakan criminal. Di keluarga pasien tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami Gangguan Jiwa.</p> <p>Pengalaman yang kurang menyenangkan ketika pasien ditinggal oleh istri dan anak karena pasien tidak bekerja, pasien merasa sedih dan sekarang hanya tinggal sendiri saja.</p>
Psikososial	<p>Tn.E merupakan anak pertama dari 4 bersaudara. Pasien memiliki 1 saudara perempuan dan 2 orang saudara laki-laki. Pasien tinggal sendiri.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran diri pasien menyukai seluruh tubuhnya saat ini. 2. Identitas pasien sebagai seorang laki-laki. 3. Peran pasien sebagai Anak 4. Ideal diri pasien ingin segera pulang 5. Harga diri pasien tidak suka saat dipandang orang lain jelek. <p>Pasien mengatakan orang yang berarti adalah teman dekatnya. Pasien jarang beribadah saat dirumah maupun di rumah sakit.</p>
Status Mental	<p>Pasien berpenampilan kurang rapi, pembicaraan keras dan ketus, saat berinteraksi pasien tegang, kontak mata kurang, kooperatif saat ditanya.</p>
Kebutuhan persiapan pulang	<p>Bantuan minimal untuk makan dan BA/BAK, mandi, berpakaian, penggunaan obat, pasien tidur siang lama jam 14.00 s/d 16.00 tidur malam jam 22.00 s/d 05.00, pasien membutuhkan perawatan lanjutan. Pasien tidak melakukan kegiatan di luar Ruangan</p>
Mekanisme koping	<p>Koping adaptif yaitu pasien dapat berbicara dengan baik dengan orang lain.</p>
Penampilan fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berpenampilan kurang rapi 2. Kontak mata kurang 3. Pembicaraan Keras 4. Personal hygiene kurang 5. Pasien tampak tegang 6. Berpakaian sesuai
Terapi Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risperidon 2 x 2 mg 2. Olanzapine 0-0-5

4.1.2 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 2 Diagnosis Keperawatan

No	Data Fokus	Diagnosis Keperawatan
1	DS : 1. Pasien mengatakan merasa kesal karena tersinggung dengan perkataan ayahnya dengan mengatakan pasien tidak bekerja sehingga membuatnya emosi dan ingin memukul ayahnya dan menghambur barang di sekitar. 2. Suara Keras 3. Bicara ketus Do : 1. Sulit mengontrol emosi 2. tegang 3. Kontak mata kurang 4. Kooperatif 5. Ketus dan keras 6. Melempar barang 7. Mengancam orang lain dengan sajam	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)

4.1.3 Rencana Keperawatan

Tabel 4.3 Rencana Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6x pertemuan maka Kontrol Diri meningkat dengan kriteria hasil : (L.09076) 1. Perilaku agresif/amuk menurun (5) 2. Suara keras menurun (5) 3. Bicara ketus menurun (5)	Pencegahan perilaku Kekerasan (I.14544) Observasi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung Terapeutik 1.4. Pertahankan lingkungan

		<p>bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>1.5. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.6. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</p> <p>1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)</p> <p>Promosi Koping (I.09312)</p> <p>Observasi</p> <p>1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan</p> <p>1.10. Identifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <p>1.11. Identifikasi sumber daya yang tersedia</p> <p>1.12. Identifikasi pemahaman proses penyakit</p> <p>1.13. Identifikasi dampak situasi terhadap perandan hubungan</p> <p>1.14. Identifikasi metode penyelesaian masalah</p> <p>1.18. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.16. Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>1.17. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.18. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>1.19. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p> <p>1.20. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p>
--	--	--

		<p>1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</p> <p>1.22. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p> <p>1.23. Berikan pilihan realistis mengenai aspek aspek tertentu dalam perawatan</p> <p>1.24. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</p> <p>1.25. Tinjau kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</p> <p>1.26. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan</p> <p>1.27. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p> <p>1.28. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p> <p>1.29. Dampingi saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)</p> <p>1.30. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman yang sama</p> <p>1.31. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p>1.32. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</p> <p>Edukasi</p> <p>1.33. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan yang sama</p> <p>1.34. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jikaperlu</p> <p>1.35. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.36. Anjurkan keluargaterlibat</p> <p>1.37. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</p> <p>1.38. Ajarkan cara memecahkan</p>
--	--	---

a	T	<p>masalah secara konstruktif</p> <p>1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi</p> <p>1.40. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</p> <p>1.41. Latih mengembangkan penilaian obyektif</p>
---	---	---

4.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>Senin 29 April 2024</p> <p>09.00– 10.30 WITA</p>	<p>1.12. Identifikasi pemahaman proses penyakit</p>	<p>DS : Pasien mengatakan merasa tersinggung pada ayah karena perkataan ayahnya, pasien tidak dapat mengontrol emosinya dan ingin memukulnya, merusak barang-barang sekitar.</p> <p>DO : Berbicara ketus dan keras, tegang, kontak mata kurang, cukup kooperatif</p>
<p>10.00 WITA</p>	<p>1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis : benda tajam, tali).</p> <p>1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p> <p>1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan</p>	<p>DS : Pasien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan</p> <p>DO : Berbicara ketus, tampak tegang, kontak mata kurang, tidak terdapat benda yang mengancam</p>
<p>12.00-12.30 WITA</p>	<p>1.14. Identifikasi metode penyelesaian</p>	<p>DS : pasien mengatakan yang dilakukan saat emosi adalah menjauh dari</p>

Hari/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	masalah 1.35. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	tempat masalah merokok dan mengatur nafasnya sampai tenang DO : Berbicara ketus, tegang, cukup kooperatif
13.00-14.00 WITA	1.8. Latih penggunaan Teknik relaksasi 1.17. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	DS : Pasien setuju melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan akan mencoba teknik relaksasi pada saat ingin marah Do : Pasien Kooperatif, pasien mengikuti sesuai dengan instruksi
Selasa, 30 April 2024 09.00 WITA	1.14. Identifikasi metode penyelesaian masalah (mengevaluasi tindakan pertemuan sebelumnya)	DS : Pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam DO : Pasien dapat mengulang teknik relaksasi napas dalam, kooperatif,
09.30 WITA	1.3. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis : benda tajam, tali) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	DS : Pasien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan DO : Berbicara ketus, tempat tegang, kontak mata kurang, tidak terdapat benda yang mmebahayakan
10.30 WITA	1.35 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 1.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)	DS : Pasien mengatakan sering bercerita dengan teman dekat tetapi lebih sering memendam perasaan DO : Berbicara ketus, tegang, cukup kooperatif, kontak mata kurang
13.00 – 13.30 WITA	1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara	DS : Pasien mengatakan tidak dapat mengungkapkan tentang apa yang dia

Hari/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	asertif 1.39. latih penggunaan teknik relaksasi (teknik memukul bantal)	rasakan DO : Berbicara ketus, tegang, cukup kooperatif, kontak mata kurang,
14.00 WITA	1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi 1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri	DS : Pasien mengatakan perasaan marah berkurang DO : Kooperatif, cukup tenang, berbicara ketus, pasien mengikuti arahan teknik relaksasi
Rabu, 01 Mei 2024 09.00-10.00 WITA	1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan	DS : Pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan melakukan teknik memukul bantal sesuai yang diajarkan DO : Pasien lebih tenang dan nyaman, cukup kooperatif, pasien melakukan sesuai instruksi
11.00 WITA	1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur) 1.9. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	DS : Pasien mengatakan ingin mencukur kumis DO: Pasien lebih tenang dan nyaman, kooperatif
13.00-14.00 WITA	1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis:, relaksasi,	DS : Pasien mengatakan perasaannya lebih tenang dan nyaman, pasien mengatakan ingin marah sudah berkurang, pasien mengatakan senang diajak berbicara dengan mahasiswa tidak bosan. DO :

Hari/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	bercerita) 1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi	Pasien tampak lebih tenang, kooperatif, berbicara lebih santai, pasien dapat mengikuti instruksi teknik rileksasi, pasien dapat menceritakan tentang dirinya
Kamis, 02 Mei 2024 09.00 WITA	1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan	DS : Pasien mengatakan akan mencoba bercerita dengan baik kepada orang lain dan tidak memendam perasaan yang tidak enak, pasien mengatakan perasaan ingin marah dan ngamuk berkurang, pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri DO : Berbicara ketus berkurang, pasien lebih tenang, kooperatif
10.00 WITA	1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin	DS : Pasien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan DO : Berbicara ketus berkurang, lebih tenang, kooperatif, tidak ada barang yang membahayakan
11.00-12.00 WITA	1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.34. Anjurkan penggunaan sumber spiritual	DS : Pasien mengatakan beragama Kristen, pasien mengatakan ketika dirumah jarang menjalankan ibadah dan dirumah sakit tidak pernah melakukan ibadah, pasien hanya berdoa saja DO : Pasien kooperatif, mengikuti instruksi, lebih tenang
13.00 WITA	1.24. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis	DS : Pasien mengatakan ingin segera pulang dan ingin menjadi lebih baik lagi, pasien ingin mencari kerja DO : Berbicara ketus berkurang, kooperatif, lebih tenang, kooperatif
Jumat, 03	1.1. Monitor adanya	DS :

Hari/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Mei 2024 08.00-08.30 WITA	benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung	Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya DO : Pasien kooperatif, pasien tampak lebih tenang, tidak terdapat benda berbahaya
10.00 – 11.00 WITA	1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan	DS : Pasien mengatakan dapat mengontrol emosinya dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam, teknik memukul bantal, dan bercerita kepada orang lain tentang perasaannya dengan baik DO : Pasien kooperatif, tampak tenang, berbicara dengan rileks, kontak mata ada
13.00-14.00 WITA	1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.27. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 1.28. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia	DS : Pasien mengatakan perasaannya lebih tenang dan emosi lebih terkontrol, pasien senang bercerita dengan mahasiswa, Pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan anak-anak kos, pasien mengatakan orang yang berharga dihidupnya adalah teman dekatnya DO : Pasien rileks dan tenang, pasien kooperatif, tidak terdapat perilaku agresif dan amuk
Sabtu, 04 Mei 2024 10.00-11.00 WITA	1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan	DS : Pasien mengatakan tidak membawa benda yang berbahaya DO: Tidak terdapat benda berbahaya. Pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri, pasien lebih tenang dan rileks, berbicara ketus berkurang, tidak terdapat perilaku amuk dan agresif

Hari/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
	(mis: pisau cukur)	
13.00-14.00 WITA	<p>1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)</p> <p>1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</p> <p>1.22. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan dapat mempraktikkan teknik relaksasi saat merasa marah, dan mengatakan tidak menyimpan barang yang membahayakan, pasien mengatakan ingin segera pulang, pasien mengatakan dapat mengontrol emosi</p> <p>DO :</p> <p>Pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri, pasien tampak lebih tenang, kooperatif, berbicara dengan santai, tidak terdapat perilaku amuk dan agresif</p>

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.5 Tabel Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan
Senin 29 April 2024	<p>S : Pasien tidak dapat mengontrol emosinya, pasien ingin merusak barang-barang disekitar, pasien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan, pasien mengatakan jika emosi segera menjauh dari tempat masalah dan merokok, pasien setuju melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengendalikan emosi</p> <p>O : Pasien tegang, berbicara ketus dan keras, kontak mata kurang, cukup kooperatif, tidak terdapat benda berbahaya TD : 115/80 mmHg N : 84 kali per menit T : 36,2°C Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekeraan belum teratasi</p>

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>1. Perilaku agresif/ amuk sedang (3) 2. Suara keras sedang (3) 3. Bicara ketus sedang (3)</p> <p>P: Hentikan intervensi (1.12) Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.14. Identifikasi metode penyelesaian masalah (mengevaluasi tindakan pertemuan sebelumnya) 1.35. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 1.39. Latih penggunaan teknik relaksasi</p>
Selasa 30 April 2024	<p>S : Pasien mengatakan sering bercerita dengan teman dekat tetapi lebih sering memendam, pasien mengatakan tidak dapat mengungkapkan tentang apa yang dia rasakan, pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam, pasien mengatakan perasaan marah berkurang, pasien tidak membawa barang yang membahayakan</p> <p>O : Berbicara ketus, tampak tegang, kontak mata kurang, kooperatif, tidak terdapat benda yang membahayakan, pasien dapat mengulang teknik relaksasi napas dalam TD : 77/59 mmHg N : 82 kali per menit T :36,2° Spo2 : 100%</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan belum teratasi 1. Perilaku agresif/amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras sedang (3) 3. Bicara ketus sedang (3)</p> <p>P:</p>

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>Hentikan Intervensi (1.21) Lanjutkan Intervensi 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis.pisau cukur) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi</p>
Rabu 01 Mei 2024	<p>S : Pasien mengatakan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan melakukan teknik memukul bantal sesuai yang diajarkan, pasien mengatakan perasaannya lebih tenang dan nyaman, pasien mengatakan perasaan ingin marah berkurang</p> <p>O : Pasien lebih tenang dan nyaman, cukup kooperatif, berbicara lebih santai, pasien dapat mengikuti instruksi teknik relaksasi, pasien dapat menceritakan tentang dirinya TD : 107/59 mmHg N : 89 kali per menit T : 36,4°C Spo2 : 98%</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan belum teratasi 1. Perilaku agresif /amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4)</p> <p>P: Hentikan Intervensi (1.7, 1.39) Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 1.24.Motivasi untuk menentukan harapan yang</p>

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>realistis</p> <p>1.34. Anjurkan penggunaan sumber spiritual</p>
Kamis 02 Mei 2024	<p>S : Pasien mengatakan akan mencoba bercerita dengan baik kepada orang lain dan tidak memendam perasaan yang tidak enak, pasien mengatakan perasaan ingin marah dan ngamuk berkurang, pasien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan, pasien mengatakan beragama Kristen, pasien jarang menjalankan ibadah, pasien mengatakan ingin segera pulang</p> <p>O : Berbicara ketus berkurang, tenang, kooperatif, tidak ada barang yang membahayakan, mengikuti instruksi TD : 115/80 mmHg N : 84 kali per menit T : 36,2°C Spo2 : 99%</p> <p>A: Resiko perilaku kekerasan belum teratasi 1. Perilaku agresif/amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4)</p> <p>P: Hentikan Intervensi (1.24, 1.34) Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa pengunjung 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 1.27. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 1.28. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p>
Jumat 03 Mei 2024	<p>S : Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya, pasien mengatakan dapat mengontrol emosinya dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam, pasien dapat bercerita kepada orang lain tentang perasaannya</p>

Hari/Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>dengan baik, pasien mengatakan perasaannya lebih tenang dan emosi lebih terkontrol, pasien ingin segera pulang</p> <p>O : Pasien kooperatif, pasien tampak lebih tenang, ada kontak mata, berbicara dengan rileks, tidak terdapat perilaku agresif dan amuk TD : 110/83 mmHg N : 89 kali per menit T : 36,1°C Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian 1. Perilaku agresif/amuk menurun (5) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4)</p> <p>P: Hentikan intervensi (1.27, 1.28) Lanjutkan intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis relaksasi, bercerita) 1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 1.22. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p>

Tabel 4.6 Kegiatan Asuhan Keperawatan

NO	Tanggal/Hari	Kegiatan	Tujuan	Pertemuan						
				1	2	3	4	5	6	
1	Senin 29 April 2024	1. Pengkajian 2. BHSP 3. Mengajarkan SP 1 : Teknik	1. Mengetahui penyebab perilaku kekerasan							

NO	Tanggal/Hari	Kegiatan	Tujuan	Pertemuan					
				1	2	3	4	5	6
		Relaksasi Napas Dalam	2. Mengetahui tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Mengajarkan cara mengontrol emosi dengan teknik relaksasi napas dalam						
2	Selasa 30 April 2024	1. Pengkajian 2. Evaluasi teknik relaksasi napas dalam 3. Mengajarkan kembali SP 1 : Teknik Relaksasi Napas Dalam 4. Mengajarkan SP 2 : Teknik Terapi Memukul Bantal	1. Menenal penyebab perilaku kekerasan 2. Mengetahui tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Mengajarkan kembali teknik relaksasi napas dalam untuk mengontrol emosi 4. Mengajarkan teknik terapi memukul bantal untuk mengontrol emosi						
3	Rabu 01 Mei 2024	1. Evaluasi pertemuan sebelumnya 2. Evaluasi Teknik Relaksasi Napas Dalam 3. Evaluasi Teknik memukul bantal 4. Mengajarkan SP 3 : mengontrol perilaku kekerasan secara verbal 5. Mengajarkan	1. Mengevaluasi kembali pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengontrol emosi 2. Mengevaluasi kembali pasien melakukan teknik memukul bantal untuk mengontrol emosi 3. Menjelaskan						

NO	Tanggal/Hari	Kegiatan	Tujuan	Pertemuan						
				1	2	3	4	5	6	
		teknik relaksasi napas dalam	pada pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan secara verbal seperti menolak dengan baik							
4	Kamis 02 Mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Teknik Relaksasi Napas Dalam 2. Evaluasi Teknik memukul bantal 3. Evaluasi mengontrol perilaku kekerasan secara verbal 4. Menjarkan SP 4 : dengan cara spiritual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya 2. Mengevaluasi SP 1-3 3. Mengajarkan SP 4 : mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual 							
	Jumat 03 Mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi pertemuan sebelumnya 2. evaluasi SP 1-4 3. Mengajarkan SP 5 : mengontrol emosi dengan rutin minum obat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya 2. mengevaluasi teknik relaksasi napas dalam untuk mengontrol emosi 3. Mengajarkan SP: 5 dengan rutin minum obat 4. membantu mengenal jenis obat 5. membantu mengetahui jadwal minum obat 							
	Sabtu 04 Mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi pertemuan sebelumnya 2. teknik relaksasi napas dalam 3. mengontrol 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pertemuan sebelumnya 2. Mengevaluasi SP 1- SP 5 							

NO	Tanggal/Hari	Kegiatan	Tujuan	Pertemuan						
				1	2	3	4	5	6	
		emosi dengan rutin meminum obat								

4.2 Pembahasan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari, didapatkan hasil asuhan keperawatan pada Tn.E termasuk kategori berhasil dengan kriteria yaitu kontrol diri meningkat dengan karakteristik perilaku agresif/ amuk menurun (5), bicara keras menurun (5), bicara ketus menurun (5).

Hasil asuhan keperawatan ini sejalan dengan teori menurut (SLKI, 2018) Tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan masalah kontrol diri meningkat dalam kriteria hasil verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun, perilaku agresif/amuk menurun, perilaku menyerang menurun,dan bicara ketus menurun.

Hasil asuhan keperawatan ini juga sesuai dengan hasil teori menurut (Pardede et al., 2020) yang menyatakan bahwa penatalaksanaan untuk mengenal penyebab perilaku kekerasan dengan latihan fisik seperti : Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, meminum obat dengan teratur, berbicara secara baik-baik seperti meminta sesuatu dan mengajarkan spiritual sesuai kepercayaan pasien.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Suherdi et al., 2018) di Rs Jiwa Bandar Lampung bahwa penerapan teknik relaksasi

napas dalam pada pasien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan, disebutkan bahwa penerapan terapi relaksasi napas dalam yang dilakukan kurang lebih 15-20 menit dalam 5 hari didapatkan hasil pasien dapat mengontrol emosinya.

Penulis berasumsi bahwa keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien saat dikelola selama 6 hari penelitian mungkin disebabkan keinginan sembuh pasien cukup tinggi, hal ini dibuktikan oleh respon pasien terhadap intervensi yang diberikan. Selama dilakukan intervensi keperawatan terdapat minat pasien dalam menjalankan intervensi dengan baik sehingga didapatkan hasil peningkatan kemampuan pasien dalam mengontrol diri, keberhasilan ini juga di dukung dengan kondisi pasien yang kooperatif selama perawatan, serta keinginan untuk sembuh dengan dukungan adanya dukungan dari lingkungan yaitu perawat dan teman satu ruangan.

Keterbatasan penulis karya tulis ilmiah adalah penulis tidak bisa melakukan observasi selama 24 jam sehingga implementasi yang dilakukan kurang optimal serta penulis hanya melakukan penelitian selama 6 hari. Penulis juga kesulitan dalam memperoleh data keluarga pasien karena tidak ada yang menjenguk pasien.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari penelitian karya tulis ilmiah terkait pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda ruang elang maka dapat disimpulkan :

- A. Hasil pengkajian asuhan keperawatan didapatkan data pada Tn.E didapatkan data subjektif dimana pasien mengatakan merasa tersinggung atas ucapan ayahnya sehingga membuat pasien merasa kesal dan ingin memukul ayahnya sehingga merusak barang-barang disekitar.
- B. Dari hasil pengkajian Tn.E memiliki masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan maka ditegakkan diagnosis berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu risiko perilaku kekerasan (D.0146)
- C. Berdasarkan diagnosis yang ditegakkan maka disusun suatu intervensi keperawatan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu pencegahan perilaku kekerasan (I.14544) dan promosi Koping (I.09312)
- D. Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan strategi pelaksanaan (SP) pasien Risiko Perilaku Kekerasan yang dilakukan selama 6 hari perawatan.

- E. Evaluasi dilaksanakan setiap hari selama 6 hari perawatan dimana pada hasil evaluasi asuhan keperawatan yang didapat bertahap mulai cukup menurun sampai dengan menurun.
- F. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari perawatan maka seluruh tindakan dan hasil yang didapat lalu didokumentasikan setiap hari berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

5.2 Saran

1. Bagi Mahasiswa

Berdasarkan karya tulis ilmiah yang telah penulis jabarkan diharapkan mahasiswa dapat menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap keperawatan jiwa terutama pada masalah Resiko Perilaku Kekerasan dengan mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh di bangku pendidikan.

2. Bagi Perawat Jiwa

Sebagai acuan untuk tetap melanjutkan intervensi keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan secara berkesinambungan agar kontrol diri pasien dapat meningkat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan dan referensi perpustakaan untuk menambah ilmu pengetahuan tentang keperawatan jiwa bagi mahasiswa di Politeknik Kemenkes Kaltim.

4. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Dapat digunakan sebagai gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A. F., Restiana, N., & Saryomo. (2022). Penerapan Terapi Musik Klasik Dalam Mengontrol Marah Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan: Literature Review. *Journal of Nursing Practice and Science*, 1(1), 73–79.
- Aprillia, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Hudowo Rsjd Dr. Amino Gondhoutomo Provinsi Jawa Tengah*. 1–56.
- Balitbang Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*.
- Dermawan, & Deden. (2018). *Modul Laboratorium Keperawatan Jiwa*.
- Estika Mei Wulansari, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta*. Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Jatmika, D. G. P., Triana, K. Y., & Purwaningsih, N. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Keperawatan*, 2(1), 1–10.
- Kartika, A., Fathra, A. N., & Yesi, H. (2018). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan. *JOM FKp*, 5(2).
- Keliat, B. A., & Al, E. (2019). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*.
- Keliat, Hamid, Putri, & Eka. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.
- Maulidina, H. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Risiko Perilaku Kekerasan Terintegrasi Dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Sempaja Samarinda*, 2, 1–13.
- Nabilah, P., Kusumawaty, I., M. S., & Yunike, Y. (2022). Implementasi Tindakan

- Asertif Pada Klien Skizofrenia Dengan Masalah Perilaku Kekerasan Untuk Mengekspresikan Marah. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(2), 24–33.
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3).
- Pardede, J., A., S. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 11(2), 189–196.
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*.
- Riskesdas. (2018). *Laporan Provinsi Kalimantan Timur Riskesdas 2018*. Kementerian Kesehatan RI.
- Sadock, B., S., A., Sadock, & V. (2018). *Kaplan & Sadock's Pocket handbook of clinical psychiatry (6th ed.)*.
- Sihaya, p. G., & Listya, A. R. (2018). Pengaruh Terapi Musik: Instrumental Piano Terhadap Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 2(2).
- Siti Salamah, & Sri Nyumirah. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Tn. T Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 2(2), 59–69. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v2i2.45>
- Suherdi, R. A., Taufiq, R., Yanuardi, Y., & Permana, A. A. (2018). *Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan*. Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar.
- sutejo. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.*
- Ubaidillah, M. I. (2020). *Pengaruh Senam Lansia Dan Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi.*
- Vancampfort, D., Stanton, R., Probst, M., Hert, D., M., van W., R., M.-G., I., Kiyanda, E., & Mugisha, J. (2019). A Quantitative Assessment of The Views of Mental Health Professionals on Exercise for People With Mental Illness: Perspectives from A low-Resource Setting. *African Health Sciences, 19(2)*, 2172–2182.
- Wardiyah, A., Pribadi, T., & Yanti Tumanggor, C. S. M. (2022). Terapi Relaksasi Napas dalam pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rs Jiw (*Pkm*), 5(10), 3611–3626. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v5i10.7322>
- Wulansari, E. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Daerah Dr. Arif Zainuddin Surakarta.* Doctoral Dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta.