Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Ridho Marwara
marwar4ridho01@gmail.com

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Skizofrenia merupakan suatu kondisi gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru (Makhruzah, Putri, & Yanti, 2021). Prevalensi yang menderita skizofrenia atau psikosis sebesar 7 % per 1000 dengan cakupan pengobatan 84, 9 % dan gangguan prevalensi mental emosional yang di tunjukan pada usia 15 tahun keatas mencapai 9,8 % dari jumlah penduduk (Riskesdas, 2018). Penanganan penyakit ini karena jiwa yang terganggu maka di butuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar untuk penangan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit skizofrenia (Pitayanti, & Hartono, 2020).

Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran, distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku sehingga pasien dengan skizofrenia memiliki resiko lebih tinggi berperilaku agresif dimana perubahan perilaku secara dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Hal ini membuat perlu bantuan keluarga untuk merawat dan memberikan perhatian khusus pada pasien skizofrenia (Pardede & Siregar, 2016). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam,

mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

Risiko perilaku kekerasan timbul akibat rasa tidak nyaman dan panik yang terjadi akibat stressor dari dalam dan luar lingkungan. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Azis, Sukanto & Hidayat, 2018)

Survei awal dilakukan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera dengan jumlah pasien 70 orang tetapi yang menjadi subjek di dalam pembuatan askep ini berjumlah 1 orang dengan pasien masalah Resiko Perilaku Kekerasan atas nama inisial Tn.R, penyebabnya Tn.R. sebagai subjek di karenakan Klien belum bisa mengatasi Resiko Perilaku Kekerasan selain minum obat. Maka tujuan asuhan keperawatan yang akan di lakukan ialah untuk mengajarkan standar pelaksanaan masalah Resiko Perilaku Kekerasan pada saat Tn. R mengalami Resiko Perilaku Kekerasan.

1.2.Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang telah didapat dilator belakang maka rumusan masalah dalam askep ini yaitu : Asuhan Keperawatan jiwa Pada Tn.R Dengan Gangguan Risiko Perilaku Diyayaan Pemenang Jiwa Sumatera

1.3.Tujuan

1.3.1.Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.R dengan Ganggan Risiko Perilaku Kekerasan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu mengetahui defenisi, tanda & gejala, faktor penyebab, mekanisme koping, penatalaksanaan pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan

3. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa atau masalah keperawatan pada Tn. R dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
4. Mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Tn. R dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
5. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan yang nyata pada Tn.R dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
6. Mahasiswa mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
7. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.R dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

1.4.Manfaat

1. Pasien
Diharapkan Tindakan yang telah diajarkan dapat di terapkan secara mandiri untuk bisa mengontrol resiko perilaku kekerasan untuk mendukung kelangsungan kesehatan pasien.
2. Bagi Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera
Diharapkan dapat menjadi acuan dalam menangani atau dalam memberikan pelayanan kepada pasien gangguan jiwa dengan Risiko perilaku kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1.Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.1.1.Pengertian

Risiko Perilaku Kekerasan adalah Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan. (Untari, 2021). Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri (Pardede, 2020)

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Wulansari & Sholihah, 2021). Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar (Pardede, Siregar & Hulu).

2.1.2.Tanda Dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan bahwa pasien yang mengalami Risiko perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala seperti fisik (muka merang, tegang, mata melotot, tangan mengepal, dan mondar-mandir), verbal (bicara kasar, suara tinggi, membentak, mengancam, mengumpat kata-kata kotor), perilaku (melempar, memukul, menyerang orang, melukai diri sendiri, orang lain dan amuk agresif), emosi (tidak adekuat, tidak nyaman, rasa terganggu, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menalahkan dan menuntut) (Wardani & Sari, 2018)

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah risikoperilaku kekerasan, (Pardede, 2020) :

1.Subjektif

- a.Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- b.Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c.Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

2.Objektif

- a.Mata melotot/pandangn tajam.
- b.Tangan mengepaldan Rahang mengatup.
- c.Wajah memerah.
- d.Postur tubuh kaku.
- e.Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- f.Suara keras.
- g.Bicara kasar, ketus.
- h.Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.
- i.Merusak lingkungan.
- j.Amuk/agresif

2.1.3.Etilogi

Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (Penyebab fisik), keputusan, ketidak berdayaan, dan kurang percaya diri.Untuk factor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan ,padat ,interaksi social yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan ,dan kehilangan orang yang dicintai (pekerjaan). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman (Putri, Mella & Fitriani,2018).

Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, social budaya ,dan bioneurologis. Sedangkan untuk factor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti

kelemahan fisik (penyakit fisik).keputusasaan, ketidak berdayaan,dan kurang percaya diri (Putri,Mella &Fitriani,2018).

2.1.4. Rentang Respon Marah

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Keterangan :

1. Respon Adaptif

- a. Asertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan
- b. Frustasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative (Mulia, 2020).

2. Respon Maladaptif

- Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan nya.
- Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
- Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilang nya control (Mulia, 2020)

2.1.5. Perilaku Risiko Kekerasan

Menurut Sutejo (2017) gangguan perilaku kekerasan memiliki beberapa perilaku yang perlu di perhatikan. Perilaku klien dengan gangguan perilaku kekerasan dapat membahayakan bagi dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar, adapun perilaku yang harus di kenali dari klien gangguan risiko perilaku kekerasan, antara lain:

- a. Menyerang atau menghindari

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi ephineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual,

sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan meningkat, disertai ketegangan otot seperti; rahang terkutap, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering di tampilkan individu dalam mengekspresi kemarahannya, yaitu perilaku pasif, agresif, dan asertif. Perilaku aseertif merupakan cara terbaik individu untuk mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Dengan perilaku tersebut, individu juga dapat mengembangkan diri.

c. Memberontak Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain, Perilaku kekerasan Tindakan kekerasan atau amuk yang di tujukan kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

2.1.6. Penatalaksanaan

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat di berikan kepada pasien yaitu Haloperidol 5 mg (2x1), Trihexyphenidyl 2 mg (2x1), Risperidone 2 mg (2x1), dan Chlorpromazine 1 mg (1x1) (Silvia & Kartina, 2020). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok, (Hastuti, Agustina, & Widiyatmoko 2019).

2.1.6.1 Terapi Medis

Fsikomarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gannguan jiwa. Dengan demikian kepatuhan mium obat adalah mengonsumsi obat yang direspkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

2.1.6.2 Tindakan Keperawatan

Strategi Pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh klien dengan perilaku kekerasan adalah diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara latihan tarik nafas dalam Strategi Pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh klien dengan perilaku kekerasan adalah diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara latihan tarik nafas dalam

2.1.7 Komplikasi

Skizofrenia yang tidak terawat dapat membuahkan masalah emosional, perilaku kesehatan, hukum dan keuangan yang berdampak disetiap sendi kehidupan. Komplikasi yang disebabkan atau dikaitkan dengan skizofrenia termasuk (Suhantara, 2020):

1. Bunuh diri.
2. Perilaku merusak diri, serta melukai diri sendiri.
3. Depresi.
4. Penyalahgunaan alkohol, obat atau resep obat.
5. Kemiskinan.
6. Tidak punya tempat tinggal.
7. Masalah dengan keluarga.
8. Ketidakmampuan bekerja atau hadir di sekolah.
9. Masalah kesehatan akibat pengobatan antipsikotik.
10. Menjadi korban kekerasan atau menjadi pelaku.
11. Penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan.

Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Saputri & Mar'atus, 2021)

Analisa Data Dengan melihat data subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, affect dari masalah tersebut. Dari 12 hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (Hasannah, 2019).

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Dari data pengkajian subyektif dan obyektif yang didapatkan bahwa pasien sering memperlihatkan mengancam secara fisik, verbal, emosional kepada orang lain atau lingkungan sekitar, pasien termasuk kedalam diagnosa resiko perilaku kekerasan sesuai yang sudah dijelaskan. Data pengkajian dalam kasus ini menyimpulkan bahwa perilaku pasien termasuk kepada golongan risiko perilaku kekerasan (Mukti, 2021).

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian teknik mengontrol perilaku kekerasan dengan pemberian SP I cara fisik yaitu relaksasi tarik nafas dalam serta penyaluran energi, SP II dengan pemberian obat, SP III verbal atau social, SP IV spiritual. Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien lalu pasien diberikan jadwal kegiatan sehari dalam upaya mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan pasien (Hasannah, 2019).

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai

tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1. Identitas Klien

Inisial	: Tn.R
Ruang Rawat	: Yayasan pemenang jiwa sumatera utara
Tanggal Pengkajian	: 3 Maret 2021
Umur	: 42 Tahun
Agama	: Kristen
Status	: Duda
Informant	: Klien

3.2 Alasan Masuk

Klien awalnya tidak mengetahui mengapa awalnya masuk, saat klien sedang duduk di warung tiba-tiba datang 2 (dua) polisi dan dibawa secara pakasa, klien dulu sering berantam dengan istri lalu memukul istri dan memukul benda yang ada didekat klien.

3.3. Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya belum pernah mengalami gangguan jiwa. Klien pernah menikah tetapi pernikahan nya tidak berjalan dengan lancar dan tidak langgeng. Di karena kan mertua klien sering mencampuri urusan klien. Klien sanggup berjalan kaki sejauh 10 km meterdari tempat tinggal klien. Selama ini klien tinggal bersama orang tua klien beserta kakanya. Klien sering melamun marah-marah karena kesal dan mendengar suara dari mertuanya. Dan akhirnya kakak yang klien membawanya ke Yayasan Pemenang Jiwa Provinsi Sumatera untuk di obati.

3.4. Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 120/80 mmHg ; N : 81x/i ; S : 36,5°C ; P : 21x/i. Klien memiliki tinggi badan 165 cm dan berat badan 69 Kg.

3.5.Psikososial

3.5.1.Genogram

Keterangan : Klien adalah anak ke dua dari 3 saudara, sudah menikah, jauh dari keluarga

3.5.2.Konsep diri

1. Gambaran diri : Tidak ada kecacatan
2. Identitas : Klien anak ke 2 dari 3 bersaudara., yang saat ini dirawat di yayasan pemenang jiwa sumatera
3. Peran : Klien hanya lulusan SMA yang saat ini memiliki pekerjaan setelah klien ditipu oleh temansendiri
4. Ideal diri : Klien merasa malu karena di antarkan ke yayasan pemenangan jiwa tersebut.
5. Harga diri : Klien merasa apakah dirinya tidak dianggap oleh saudara nya lagi semenjak

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3.5.3. Hubungan Sosial

- 1) Orang yang berarti: keluarganya adalah orang – orang yang berarti dalam hidup klien.
- 2) Serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: pasien mengatakan sebelum sakit selalu dekat dengan teman dan mengikuti kegiatan dimasyarakat.
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Klien mengatakan bicara hanya bila perlu, memendam masalah sendiri dan tidak bercerita dengan orang terdekat. Klien terkadang acuh pada lawan bicara.

3.5.4. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan : pasien beragama Islam, percaya dan pasrah kepada Allah SWT, yakin bahwa semua sudah diatur. Pasien ingin pulang ke rumah dan berharap keluarga dan masyarakat mau menerima keadaanya. Pasien mengatakan ingin berusaha memperbaiki diri dan tidak menyakiti orang – orang disekitarnya lagi.
- 2) Kegiatan ibadah : pasien mengatakan selalu sholat lima waktu.

3.6 Mekanisme Koping

Klien mengalami mekanisme koping adaptif yaitu klien dapat berbicara baik dengan orang lain dan berkooperatif.

3.7 .Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan sulit percaya sama orang lain karena takut ditipu lagi sama orang disekelilingnya.

3.8 Pengetahuan Kurang Tentang

Klien tidak mengetahui tentang gangguan jiwa yang di alaminya, pasien mengatakan jika sedang emosi akan melampiaskannya pada dinding kamar. Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan.

3.9. Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia

Terapi Medik: Pemberian/minum obat kepada pasien secara teratur.

- a. Risperidon (RSP) tablet 2 mg 2x1.
- b. Klopabin 25 mg 2x1

3.10. Analisa Data

No	Data	masalah
1.	<p>DS: Klien mengatakan dirawat karena mengamuk tidak jelas ,sering melamun dan tinggal di jalan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pembicaraan : Cara bicara klien pelan dan lambat, intonasi biasa dan jelas • Aktifitas motorik : Klien tampak lesu, namun dapat membantu aktivitas ruangan seperti menyiapkan makan, membersihkan ruangan setelah makan, mengambil linen. • Alam Perasaan : Klien tampak sedih Afek : datar, Klien tampak tenang dan kooperatif. • Interaksi selama wawancara : Klien kooperatif saat diajak bicara, selalu memandang lawan bicara, tak tampak marah. 	Risiko perilaku kekerasan
2.	<p>DS: Klien mengatakan merasa malu dengan keadaannya saat ini dan ingin kembali kerumah.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pembicaraan : Cara bicara Klien pelan dan lambat, intonasi biasa dan jelas bicara lambat, tampak lesu, alam perasaan sedih 	Gangguan konsep diri: Harga diri rendah
3.	<p>DS : Klien mengatakan bahwa ia adalah artis, yang tidak sesuai dengan kenyataan</p>	Gangguan Proses Pikir : Waham (Waham Kebesaran)

	DO : Klien tampak bingung, banyak bicara dan hiperaktif	
--	---	--

3.11. Masalah Keperawatan:

- a. Risiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
- c. Gangguan proses pikir : Waham Kebesaran

3.12. Pohon Masalah

3.13. Prioritas Masalah Keperawatan

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah
3. Gangguan Proses Pikir : Waham

3.14.Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko Perilaku Kekerasan.	Klien dapat membina hubungan saling percaya.	Ketika di evaluasi pasien mampu membalas salam, tersenyum, ada kontak mata serta menyediakan waktu untuk kunjungan berikutnya	1.Membina hubungan saling percaya dengan cara menjelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan di buat, beri rasa aman dan sikap empati. 2.Diskusi bersama Klien tentang Perilaku kekerasan, penyebab,tanda dan gejala perilaku yang muncul dan Akibat dari perilaku tersebut
Risiko Perilaku Kekerasan	Klien dapat mengendalikan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara relaksi nafas dalam dan pukul bantal/Kasur	Klien mampu menyebutkan dan menrekomendasik an cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal.	Sp1 : Latihan Melakukan cara mengontrol amarah : a.Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam. b.Pukul bantal.
Risiko Perilaku Kkekerasan	Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur	Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat <i>Risperidon (RSP)</i> dengan teratur.	Sp2 : a.Bantu klien mengontrol perilaku Kekerasan dengan cara minum obat secara teratur 2x 1hari
Resiko Perilaku	Klien paham dan mampu	Klien paham dan mampu	Sp3 : Bantu klien mengontrol risiko perilaku

Kekeraasan	mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara bicara dengan baik.	menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik.	kekerasan Dengan menganjurkan klien berbicara yang baik bila sedang dengan tiga cara : b. Meminta sesuatu dengan baik tanpa marah. c. Menolak sesuatu dengan baik. Mengungkapkan perasaan kesal.
Risiko Perilaku Kkekerasan	Klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikan cara spritual.	Klien paham dan mamu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengna cara beribadah sesuai agama yang di anut Klien.	Sp4 : Klien risiko perilaku kekerasan Diskusikan bersama klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara beribadah.
Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengidentifika si aspek positif dan kemampuan yang dimiliki 2. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengidentifikasi aspek positif dan kemampuan yang dimiliki 2. Klien mampu menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan 3. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan 	<p>Sp 1 : Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>Sp 2 : <ol style="list-style-type: none"> a. Menilai kemampuan yang dapat digunakan b. Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan c. Melatih kegiatan sesuai kemampuan </p>

	<p>3. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p> <p>4. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat</p>	<p>kemampuan yang dimiliki</p> <p>4. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat</p>	yang dipilih
<p>Gangguan Proses Pikir : Waham (Waham Kebesaram</p>	<p>1. Klien dapat mengetahui orientasi realita</p> <p>2. Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik.</p> <p>3. Klien dapat menyebutkan kejadian-kejadian sesuai dengan urutan waktu serta harapan/kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi, seperti : harga diri, rasa aman .Klien memiliki</p>	<p>Ketika di evaluasi :</p> <p>1. Klien mampu mengenal orang, tempat, dan waktu serta lingkungan sekitar.</p> <p>2. Klien dapat menyebutkan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, efek samping dan efek terapi. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat dengan benar.</p> <p>3. Kebutuhan dasar</p>	<p>Sp1:</p> <p>Latihan orientasi realita : orientasi orang, tempat, dan waktu serta lingkungan sekitar</p> <p>Sp2:</p> <p>Minum obat secara teratur</p> <p>Sp 3:</p> <p>Melatih cara pemenuhan kebutuhan dasar</p> <p>Sp 4:</p> <p>Melatih kemampuan positif yang dimiliki</p>

	kemampuan positif	pasien terpenuhi klien dapat melatih kemampuan positif yang dimiliki.	
--	-------------------	---	--

3.15. Implementasi Dan Evaluasi

Hari/Tgl	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 05 Maret 2021 16:00 Wib	<p>1.Data : Tanda dan gejala: Mudah marah,mudah tersinggung tatapan sinis,suka menyendiri</p> <p>2.Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>3.Tindakan Keperawatan <u>Sp 1:Risiko perilaku Kekerasa</u> -Mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan yaitu jika kemauan klien tidak dituruti. - Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu Klien marah, mengamuk tanpa alasan yang jelas, merusak barang-barang dan cenderung melukai orang lain. - Menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik : Tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur. - Membantu Klien latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal.</p> <p>4.RTL Sp2 : Risiko perilaku kekerasan. -Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur. Sp3 : Risiko Perilaku Kekerasan. -Komunikasi secara verbal : Asertif/Bicara baik-baik</p>	<p>S:Semangat</p> <p>O: -Klien Mampu Melakukan latihan tarik nafas dalam dengan mandiri. -Klien mampu pukul bantal dengan mandiri.</p> <p>A : Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>P: Latihan fisik : - Tarik nafas dalam 3 x tarik nafas 1x/hari. - Pukul kasur bantal 1x/hari.</p>
Senin, 08 Maret 2021 Jam : 10:00 Wib	<p>1.Data : Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai. Kemampuan membaca</p>	<p>S: Semangat</p> <p>O : - Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan</p>

	<p>2. Diagnosa keperawatan Risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan <u>Sp2 : Risiko Perilaku Kekerasan.</u> a. Mengevaluasi kemampuan pasien tarik nafas dalam dan pukul kasur b. Memberikan informasi tentang penggunaan obat Sp3 : Risiko Perilaku Kekerasan. a. Mengevaluasi kemampuan pasien untuk tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur. b. Minum obat c. Komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik.</p> <p>4. RTL : Sp4 : Risiko Perilaku Kekerasan. - Spritual : Beribadah.</p>	<p>mandiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu pukul bantas secara mandiri. - Klien mampu mengontrol amarah dengan minum obat secara teratur dengan bantuan pengawas di yayasan pememng jiwa sumatera - Klien mampu melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik dengan motivasi yang diberikan kepada klien <p>A : Risiko Perilaku Kekerasan (+).</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam 3 x, 1x/hari. - Latihan pukul bantal 1x/hari. - Minum Obat - Klien melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik.
<p>Sabtu, 13 Maret 2021 10:00 Wib</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai. Kemampuan yang dimiliki membaca buku.</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan - Risiko perilaku kekerasan.</p> <p>3. Tindakan Keperawatan. <u>Sp4 : Risiko Perilaku Kekerasan</u> - Mengevaluasi kemampuan Klien dalam tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur, minum obat secara teratur dan berbicara baik-baik. - Melatih Klien untuk melakukan kegiatan spritual yang sudah diatur.</p> <p>4. RTL : Risiko perilaku kekerasan : Follow up evaluasi Sp 1-4 Risiko Perilaku Kekerasan.</p>	<p>S : Senang.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan baik, misalnya berdoa dan mengikuti kegiatan ibadah di dalam yayasan. <p>A : Perilaku Kekerasan (+).</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2x/hari. - Minum obat. - Latihan melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik. - Latihan Klien untuk melakukan kegiatan beribada seperti berdoa.

<p>Senin, 15 Maret 2021 10:00 Wib</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 1 Harga Diri Rendah :</u> Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>4. RTL:</p> <p>Sp2 Harga Diri Rendah:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menilai kemampuan yang dapat digunakan Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 	<p>S : Bersemangat</p> <p>O : Klien mampu Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien yaitu berdoa dan bersyukur.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : Klien selalu memulai segala aktivitas nya dengan bersyukur dan Doa.</p>
<p>Kamis, 18 Maret 2021 10:00 Wib</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 2 Harga Diri Rendah :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Menilai kemampuan yang dapat digunakan Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 	<p>S : Senang</p> <p>O : Klien mampu memilih dan melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu menggambar.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : Klien melatih kemampuan menggambar yang dimiliki nya</p>

	<p>4. RTL: Sp 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p>	
<p>Jum'at 19 Maret 2021 10:00 Wib</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 3 Harga Diri Rendah :</u> Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih</p> <p>4. RTL: Sp 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>	<p>S : Senang</p> <p>O : Klien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu membersihkan perkarangan yayasan.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : -Berdoa,Mengikuti ibadah -Mencuci piring -Membakar sampah</p>
<p>Sabtu, 20 Maret 2021 10.00 Wib</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 4 Harga Diri Rendah :</u> Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p> <p>4. RTL : Harga Diri Rendah : Follow up dan evaluasi SP 1-</p>	<p>S : Senang</p> <p>O : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih yaitu menyapu rumah</p> <p>A : Harga diri rendah (+)</p> <p>P : -Berdoa, Mengikuti ibadah -Menyuci piring -Menyapu Halaman -Membakar sampah</p>
<p>Senin, 22 Maret 2021 10.00 Wib</p>	<p>1.Data : Tanda dan gejala : banyak berbicara, hiperaktif, wajah tegang, bingung, inkoheren, flight of idea. Selalu menganggap dirinya Boy William</p>	<p>S : Senang</p> <p>O : - Klien mampu melakukan latihan orientasi realita : panggil nama, waktu, orang dan</p>

	<p>2.Diagnosa Keperawatan Waham</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 1 Waham :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari waham - Menjelaskan cara mengendalikan waham dengan orientasi realita: panggil nama, orientasi waktu, orang dan tempat/lingkungan. - Melatih klien orientasi realita : panggil nama, orientasi waktu, orang dan tempat/lingkungan. <p><u>Sp 2 Waham :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minum obat secara teratur - Menjelaskan tentang obat yang diminum (6 benar) - Mendiskusikan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat dengan klien - Melatih klien cara minum obat secara teratur <p>4.RTL :</p> <p><u>Sp 3 Waham</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan cara memenuhi kebutuhan klien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya 2. Melatih cara memenuhi kebutuhan dasar klien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya 	<p>tempat/lingkungan dengan mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu minum obat secara teratur dan mampu menyebutkan manfaat dari obat yang di minum dan waktu minum obat dengan bantuan <p>A : Waham (+)</p> <p>P : Latihan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasi realita : panggil nama, orientasi waktu, orang dan tempat/lingkungan. - Minum obat secara teratur 3x1 Risperidon 2 mg (3 x 1) Depakote 250mg (3x1)
Selasa, 23 Maret 2021 10.00 Wib	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : banyak berbicara, hiperaktif, wajah tegang.. Selalu mengganggu dirinya Boy William.</p> <p>2.Diagnosa Keperawatan Waham</p> <p>3.Tindakan keperawatan :</p> <p><u>Sp 3 Waham</u></p>	<p>S : Senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu memenuhi kebutuhan dasar dengan mandiri seperti : - Makan 3xsehari - Mandi 2xsehari - Olahraga 2xsehari <p>A : Waham (+)</p>

	<p>3. Menjelaskan cara memenuhi kebutuhan klien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya</p> <p>4. Melatih cara memenuhi kebutuhan dasar klien yang tidak terpenuhi akibat wahamnya dan kemampuan memenuhi kebutuhannya</p> <p>4.RTL:</p> <p><u>Sp 4 Waham</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kemampuan positif yang dimiliki klien - Mendiskusikan kemampuan positif yang dimiliki klien - Melatih kemampuan positif yang dipilih 	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemenuhan kebutuhan dasar : - Makan 3xsehari - Mandi 2xsehari - Olahraga 2xsehari
<p>Rabu, 24 Maret 2021 10:00 Wib</p>	<p>1.Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Banyak berbicara, hiperaktif, bingung. Selalu menganggap dirinya Boy William</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan: Waham</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 4 Waham</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kemampuan positif yang dimiliki klien - Mendiskusikan kemampuan positif yang dimiliki klien - Melatih kemampuan positif yang dipilih <p>4. RTL : Waham : Follow up dan evaluasi SP 1-4 Waham</p>	<p>S : Senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan kemampuan positif yang dimiliki dengan motivasi - Menggambar - Menulis cerita - Menyanyi <p>A : Waham (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melakukan kemampuan positif yang dimiliki : - Menggambar - Menulis cerita - Menyanyi

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawat kepada Tn. R dengan gangguan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan pemenang jiwa sumatra utara, maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber yaitu dari pasien dan pengawas yayasan. Mahasiswa mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien jarang mengunjungi pasien di yayasan pemenang jiwa. Maka mahasiswa melakukan pendekatan pada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Ada pun upaya tersebut yaitu :

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. Mengadakan pengkajian pasien dengan wawancara dan tidak menemukan kesenjangan karena di temukan hal sama seperti diteori bahwasanya Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ialah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik actual maupun potensial dan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab. (Muhith, 2015., Stuart 2016.) Data-data yang mendukung analisa data menurut (Keliat, 2015) :

1. Risiko perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah
3. Waham

4.3.Tahap perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih di kenal dengan asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan mahasiswa hanya menyusun rencan tindakan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dan Perilaku Kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan sehingga mahasiswa dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin di dukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. Secara teoritis digunakan secara strategi pertemua sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang digunakan mahasiswa ialah :

1. Risiko Perilaku Kekerasan

- a. Mengidentifikasi isi Risiko Perilaku Kekerasan.
- b. Mengidentifikasi waktu terjadi Risiko Perilaku Kekerasan.
- c. Mengidentifikasi situasi pencetus Risiko Perilaku Kekerasan.
- d. Mengidentifikasi respon terhadap Risiko Perilaku Kekerasan.
- e. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal.
- f. Menjelaskan cara mengontrol Perilaku Kekerasan dengan minum obat secara teratur.
- g. Melatih pasien mengotrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain dan spritual.
- h. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.

4.3.Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi mahasiswa hanya mengatasi masalah keperawatan dengan diagnosa keperawatan Risiko perilaku Kekerasan/Perilaku Kekerasan karena masalah utama yang dialami pasien. Pada diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan/Perilaku Kekerasan strategi pertemuan ialah mengidentifikasi perilaku kekerasan, mengotrol perilaku kekerasan, dan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur. Strategi pertemuan yang kedua ialah anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan ketiga ialah latihan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik dan strategi terakhir pertemuan keempat yaitu spritual.

4.4. Tahap Evaluasi

Pada tinjauan kasus evaluasi yang dihasilkan adalah :

1. Klien sudah dapat mengontrol dan mengidentifikasi Risiko Perilaku Kekerasan.
2. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan melalui latihan fisik.

3. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara pergi ke poli jiwa untuk mendapatkan minum obat.
4. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain.
5. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan melakukan spritual terjadwa

BAB 5 PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Setelah menguraikan tentang proses keperawatan Tn.R dan disimpulkan bahwa pasien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan. Dimana pasien dapat melakukan tarik nafas dalam, memukul bantal secara mandiri untuk mengontrol amarahnya. Pasien juga minum obat secara teratur dan berbicara secara baik-baik jika ingin meminta sesuatu atau melakukan penolakan, hingga pasien dapat melakukan spritual sesuai ajaran agama yang dianut.

4.2.Saran

1. Bagi pasien dapat mengontrol emosi dengan menerapkan strategi pelaksanaan, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur, minum obat secara teratur, latihan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik, dan spiritual untuk mendukung kelangsungan kesehatan pasien.
2. Bagi Yayasan Pemenang Jiwa hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan membuat suasana lingkungan menjadi lebih nyaman agar klien tidak melakukan risiko perilaku kekerasan. Usahakan memberikan saran, nasehat dan motivasi kepada klien agar klien mendapatkan cara tentang bagaimana mengontrol marah.

DAFTAR PUSTAKA

1. Anggit, M. A. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma HusadaSurakarta). http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/922/1/P17D%20NASPUB%2019%2020_%20ANGGIT%20MADHANI_P17160.pdf
2. Azis, N. R., Sukamto, E., & Hidayat, A. (2018). Pengerun Terapi De-Ekslasi Terhadap Perubahan Perilaku Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/797>
3. Hastuti, R. Y., Agustina, N., & Widiyatmoko, W. (2019). Pengaruh Restrain Terhadap Penurunan Skore Panss EC Pada Pasien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 135-144. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4907/pdf>
4. Hasannah, S. U. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/41>
5. Keliat, B. A &, Akemat. (2012). Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok. Jakarta:EGC
6. Mulia, D. D. P. B. (2020). Penatalaksanaan Secara Konstruktif Dengan Crossword
7. Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>
8. 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), 291-300. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i3.621>
9. Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Hulu, E. P. (2020). Efektivitas Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provsu Medan. *Jurnal Mutiara Ners*, 3(1), 8-14
10. Pardede, J. A., Keliat, B.A., & Yulia, I. (2015). Kebutuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan Acceptance And Commitment TherapyDan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal KeperawatanIndonesia*, 3(18),157-166. <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>
11. Pardede, J. A. (2020). Family Burden Related to Coping when Treating Hallucination Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(4), 453-460. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i4.67>
12. Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>

13. Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
14. Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga di Desa Tambakmas Kebonsari-Madiun. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2). <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/83/78>
15. Sutejo. (2017). Keperawatan Kesehatan Jiwa (Prinsip Dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa), Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
16. Suhantara, Y. F. (2020). Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Dengan Skizofrenia. *Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta*. <http://repository.akperkyjogja.ac.id/id/eprint/289>
17. Saputri, S. F. M & Mar'atus, M. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. Skripsi, Universitas Kusuma Husada Surakarta.
18. Untari, S. N. (2021). Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/961>
19. Wardani, L. K., & Sari, D. K. (2018). Analisa Kemampuan Mengontrol Marah ditinjau dari Penerapan REBT (Rational Emotive Behaviour Therapy) pada Klien Skizofrenia di UPT Bina Laras Kras Kediri. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(2), 57-61. <https://sjik.org/index.php/sjik/article/view/173>
20. WHO, (2019). Schizophrenia. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
21. Wulansari, E. M. & Sholihah, M, M. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020>