

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA “Tn.M” DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG NYIUR RUMAH SAKIT KHUSUS
DAERAH DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN
PADA TANGGAL 14 S/D 16 JUNI 2023**



Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

SIGIT K. P. WIRASAKTI

NIM. C017201037

**PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2023**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

NAMA : **SIGIT K. P. WIRASAKTI**
NIM : C017201037
INSTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul *Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diagnosa Medis Risiko Perilaku Kekerasan Diruang Nyiur Rskd Dadi Makassar*, adalah benar-benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sangsi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 10 Januari 2024

YANG MEMBUAT PERNYATAAN,



SIGIT K. P. WIRASAKTI

PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DIRUANG NYIUR RSKD DADI
MAKASSAR**

Di Susun Dan Di Ajukan Oleh :

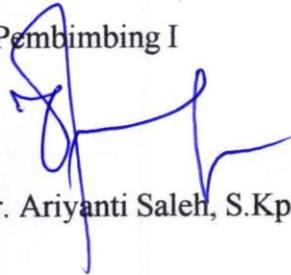
SIGIT K. P. WIRASAKTI

NIM. C017201037

Diterima dan distujui untuk dipertahankan pada ujian siding Program Studi D.III
Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

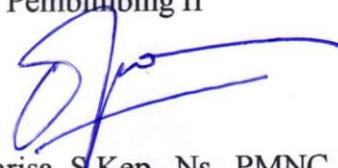
Menyetujui :

Pembimbing I



Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.

Pembimbing II



Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN



PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DIRUANG NYIUR RSKD DADI
MAKASSAR**

Di Susun Dan Di Ajukan Oleh :

SIGIT K. P. WIRASAKTI

NIM. C017201037

Karya tulis ini telah di bertahankan di depan tim Penguji Sidang
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Pada :

Hari/Tanggal : Selasa 16 Desember 2023

Waktu : 13:00 – 15:00

Tempat : Ruang Kp 104

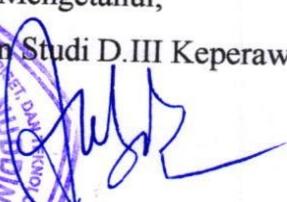
Tim Penguji

1. Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
2. Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC., MN.
3. Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep
4. Indra Gaffar, S. Kep., Ns., M.Kep

()
()
()
()

Mengetahui,

Ketua Program Studi D.III Keperawatan


Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19831219 201012 2 004

RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Sigit K. P. Wirasakti
Tempat/Tanggal Lahir : Sawa Erma, 31 Januari 2002
Jenis Kelamin : Laki-laki
Suku Bangsa : WNI
Agama : Islam
No. Telpn : 081346752126
Email : sigitzee002@gmail.com
Alamat : Sauti

B. Riwayat Pendidikan

SD NEGERI 1 SAWA ERMA 2008 – 2014
MTs NEGERI 1 NIMBORAN 2014 – 2016
SMP NEGERI 1 SAWA ERMA 2016 – 2017
SMA NEGERI 1 SAWA ERMA 2017 - 2020

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NYA DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RSKD DADI MAKASSAR

(Dibimbing oleh Ariyant Saleh dan Aknar Harisa)

Oleh : SIGIT K. P. WIRASAKTI

Latar Belakang

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 menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisa hintonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat agresif nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan.

Metode

Metode penelitian menggunakan metode wawancara dan observasi. Subjek dalam studi kasus adalah satu orang dengan risiko perilaku kekerasan di rumah sakit khusus daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Dengan pendekatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi selama 3 hari.

Tujuan

Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil

Hasil studi kasus ini setelah dilakukan cara mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu teknik relaksasi napas dalam, memukul bantal, verbal dan spiritual sebanyak 3 kali dalam 1 hari menunjukkan pasien risiko perilaku kekerasan mampu mengontrol marah. Rencana keperawatan jiwa yang dilaksanakan sudah standar semua rencana. Tindakan keperawatan jiwa dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan terhadap diagnosa keperawatan yang ditemukan dapat teratasi.

Kesimpulan

Kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu kasus kegawatan dimana apabila tidak segera ditangani dapat menimbulkan kecacatan kerana pasien dengan skizofrenia adalah penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham delusi, halusinasi, dan perilaku aneh. Risiko perilaku kekerasan merupakan prioritas permasalahan keperawatan yang memerlukan perhatian khusus perawat dalam penanganannya.

Kata kunci: Perilaku kekerasan, mengontrol marah

KATA PENGANTAR

Puji dan stukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karuniaNyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul ‘Asuhan Keperawatan dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan’ tepat pada waktunya.

Tujuan dari penulis Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai pengantar dan pedoman dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah untuk orang yang mau sama-sama belajar.

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis tentu mengalami kesulitan. Namun berkat dorongan, dukungan dan semangat dari orang terdekat sehingga penulis mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sedalam-dalamnya kepada :

1. Pemerintah Daerah Kab. Asmat yang telah memfasilitasi dan membiayai Segalanya
 2. Rektor Universitas Hasanuddin Prof. Dr. Jamaludin Jompo, M.Sc
 3. Dekan Fakultas Keperawatan Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si dan Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Dr. Erfina S.Kep.,Ns.,M.Kep
 4. Ketua Program Studi D.III Keperawatan Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep yang selalu mendukung kami dari belakang layer
 5. Direktur RSKD Provinsi Sulawesi Selatan dr. Arman Bausat. Sp.B,Sp.OT yang sudah memfasilitasi tempat untuk melakukan pengambilan kasus KTI di ruangan nyiur
1. Penbinbing I Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si. dan Pembimbing II Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC.,MN
 2. Penguji I Kusrini S. Kadar, S.Kp. Mn dan Penguji II Dr. Yuliana Syam, S.Kp, Ns, M.Si.
 3. Kepada keluarga saya terutama kedua orang tua saya yang selalu memberikan support serta dukungan dan selalu memberikan semangat dan doa kepada saya
 4. Teman dekat yang telah memberikan semangat dan motivasi untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Ilmiah ini masih terdapat banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kiranya kritik dan saran membangun dari semua pihak dan nantinya akan digunakan untuk perbaikan di masa mendatang.

DAFTAR ISI

JUDUL KTI	i
PERSETUJUAN	iii
PENGESAHAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
LAMPIRAN	xiv
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulis.....	3
C. Manfaat Penulis.....	3
D. Metodologi Penelitian.....	4
BAB II	5
TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Dasar Keperawatan.....	5
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	10
BAB III	13
TINJAUAN KASUS	13
A. Pengkajian.....	13
B. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	23
C. Rencana Tindakan Keperawatan.....	23
D. Implementasi dan Evaluasi.....	26
BAB IV	29
PEMBAHASAN	29
A. Tahap Pengkajian.....	29
B. Diagnosa Keperawatan.....	31
C. Tahap Perencanaan.....	31
D. Tahap Implementasi.....	32
E. Evaluasi.....	33
BAB V	35
PENUTUP	35
A. Kesimpulan.....	35
B. Saran.....	35
DAFTAR PUSTAKA	37
LAMPIRAN	39
STRATEGI PELAKSANAAN (SP)	39
RISIKO PERILAKU KEKERASAN	29
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP 1)	39

A. Proses Keperawatan	39
B. Strategi Komunikasi Pelaksanaan Tindakan keperawatan.....	39
C. Fase Kerja.....	40
D. Terminasi.....	40
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP 2)	42
Masalah : Risiko Perilaku Kekerasan	42
A. Proses Keperawatan	42
B. Strategi Komunikasi Pelaksanaan Tindakan keperawatan.....	42
C. Fase Kerja	43
D. Terminasi	43
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP 3)	45
Masalah : Risiko Perilaku Kekerasan	45
A. Proses Keperawatan	45
B. Strategi Komunikasi Pelaksanaan Tindakan keperawatan.....	45
C. Fase Kerja	46
D. Terminasi	46
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP 4)	47
Masalah : Risiko Perilaku Kekerasan	47
A. Proses Keperawatan	47
B. Strategi Komunikasi Pelaksanaan Tindakan keperawatan.....	47
C. Fase Kerja	48
D. Terminasi	48

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Analisa Data

Tabel 1.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 1.3 Implementasi dan Evaluasi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah	Hal : 6
Gambar 2.2 Genogram	Hal : 15
Gambar 2.3 Pohon Masalah	Hal : 22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus

Lampiran 2 Lembar Permohonan menjadi partisipan

Lampiran 3 Lembar Persetujuan menjadi responden

Lampiran 4 Lembar SP 1 sampai SP 4

Lampiran 5 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang

1. mmHg : Milimeter Merkuri Hydrargyrum
2. C : Celcius
3. & : Dan
4. / : Atau, Per
5. ± : Kurang Lebih

Singkatan

1. WHO : World Health of Organization
2. BAB : Buang Air Besar
3. BAK : Buang Air Kecil
4. TTV : Tanda-Tanda Vital
5. TD : Tekanan Darah
6. TB : Tinggi Badan
7. BB : Berat Badan
8. KG : Kilo Gram
9. CM :Centi Meter
10. RSKD : Rumah Sakit Khusus Daerah
11. DKK : Dan Kawan-Kawan
12. WNI : Warga Negara Indonesia
13. PK : Perilaku Kekerasan
14. RPK : Risiko Perilaku Kekerasan
15. SP : Strategi Pelaksanaan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom yang dapat menimbulkan permasalahan pada satu atau lebih fungsi kehidupan. Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan jiwa yang ditandai dengan penyimpangan perilaku dan pembicaraan yang aneh, pikiran yang tidak koheren, delusi, halusinasi, dimana kondisi ini terjadi karena perubahan pada struktur fisik dan kimia otak (Tri et al, 2020). Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah Perilaku Kekerasan (Kandar & Iswanti, 2019). Individu yang merasa gagalputus asa dan akhirnya mempunyai suatu pikiran negatif terhadap dirinya serta akan mudah tersinggung dan mudah marah yang dapat mengakibatkan resiko perilaku kekerasan dan jika tidak ditangani akan berdampak menyederai diri-sendiri, orang lain, dan lingkungan (Septyaningtyas, 2019).

Resiko perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana individu pernah atau mengalami riwayat mencederai diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan baik secara fisikemosionalseksual maupun verbal karena individu tidak mampu mengendalikan atau mengontrol amarah secara konstruktif (Kartika et al, 2018). Pada pasien dengan gangguan jiwa skizofrenia terutama dengan masalah perilaku kekerasan gejala yang sering muncul salah satunya adalah tindakah marah. Dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan tindakan yang dilakukan perawat salah satunya dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP)(Sujarwo & PH, 2019).

Salah satu gejala Skizofrenia sendiri adalah resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang mengalami resiko perilaku kekerasan seiring menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, geduh, tidak bisa diam, mondar

mandiri, 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). Nurhalimah (2016) mengatakan penyebab klien melakukan perilaku kekerasan tidak lepas dari konsep stress adaptasi stuart yang meliputi faktor predisposisi (faktor yang melatar belakangi) seperti anggota keluarga yang sering memperlihatkan perilaku kekerasan, keinginan yang tidak tercapai dan faktor prepitasi (factor yang memicu adanya masalah) seperti stressor berupa kehilangan.

Survei awal pada pembuatan askep pada skizofrenia ini di lakukan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan dengan pasien resiko perilaku kekerasan dengan klien atas nama Tn.M pasien datang ke RSKD Dadi di bawah oleh keluarganya pasien karena awalnya membating-banting barang, mengamuk, bicara sendiri, mendorong-dorong ibunya, dan klien marah-marah tidak jelas.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Penulis

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.M dengan Risiko Perilaku Kekerasan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

2. Tujuan Penulis

- a. Mahasiswa mampu mengetahui defenisi, tanda gejala, faktor penyebab, mekanisme koping, penatalaksanaan pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada klien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- c. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa atau masalah keperawan pada Tn.M dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- d. Mahasiswa mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Tn.M dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- e. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan yang nyata pada Tn.M dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- f. Mahasiswa mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.M dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- g. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.M dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

C. Manfaat Penulis

- a. Rumah sakit khusus

Diharapkan dapat menjadi acuan dalam menangani atau dalam memberikan pelayanan kepada pasien gangguan jiwa dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi

b. Bagi institusi

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pendidikan terutama di akamedia D-III Keperawatan terpadu dan menjadi tambahan bacaan dan pengetahuan bagi mahasiswa.

c. Bagi pasien

Diharapkan tindakan yang telah diajarkan dapat di terapkan secara mandiri untuk bisa mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan untuk mendukung kelangsungan Kesehatan pasien.

d. Bagi Penulis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien fraktur sebagai salah satu syarat penyelesaian pendidikan program studi D-III Keperawatan.

D. Metodologi Penelitian

Metode penelitian menggunakan metode wawancara dan observasi. Subjek yang akan digunakan dalam studi kasus adalah satu orang dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Makassar. Waktu pelaksanaan di lakukan dari tanggal 14 - 16 Juni 2023. Fokus utama dalam studi kasus ini adalah mengontrol perilaku kekerasan pada klien Risiko Perilaku Kekerasan. Tempat untuk pengambilan studi kasus individu ini dilakukan di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Makassar, dengan pendekatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi selama 3 hari.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keperawatan

1. Definisi

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga di sebut gaduh atau gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan monotorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2013).

Resiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh orang lain, respon yang dapat menyebabkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun terhadap lingkungan. Melihat dampak yang banyak menyebabkan menimbulkan kerugian maka penanganan pasien resiko perilaku kekerasan harus ditangani secara cepat dan tepat oleh tenaga yang professional (Damali, 2014).

2. Etiologi

Penyebab dari resiko perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyebab fisik), keputusasaan, ketidak berdayaan, dan kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan kehilangan orang yang dicintai (pekerjaan). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terdapat kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman (putri, mella & fitriani, 2018).

Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku

- c. Amuk : adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain.

3. Tanda Dan Gejala

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan bahwa klien yang mengalami resiko 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, menyalahkan dan menuntut) (Wardani & Sari, 2018).

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

a. Subjektif

- 1) Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- 2) Keinginan untuk melukai diri sendiri.
- 3) Pasien suka membentak dan melukai orang lain.

b. Objektif

- 1) Mata melotot/pandangan tajam.
- 2) Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
- 3) Wajah memerah.
- 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.

4. Risiko Perilaku 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 sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinephrin 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 terkatup, tangan mengempal, 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 asertif 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.

5. 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 skizofreni termasuk (Suhantara, 2020) :

- a. Bunuh diri.
- b. Perilaku merusak diri, serta melukai diri sendiri.
- c. Depresi.
- d. Penyalahgunaan alkohol, obat atau resep obat.
- e. Kemiskinan.
- f. Tidak punya tempat tinggal.
- g. Masalah dengan keluarga.
- h. Masalah kesehatan akibat pengeobatan antipsikotik.
- i. Menjadi korban kekerasan atau menjadi pelaku.
- j. Penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat.

6. 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.

7. Penatalaksanaan

Menurut Silvia & kartina (2020) penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis.

Terapi medis yang dapat di berikan kepada pasien yaitu :

- a. Halloperidol 5mg.
- b. Trihexyphenidyl 2mg.
- c. Risperidone 2mg.
- d. Chlorpromazine 1mg.

Menurut hastuti, Agustina, & Widiyatmoko (2019) untuk terapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik yaitu :

- a. Nafas dalam dan pukul bantal.
- b. Minum obat secara teratur.
- c. Komunikasi verbal.
- d. Spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah pasien. 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, affeck dari masalah tersebut. Dari 12 hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (Hasannah, 2019).

2. 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).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian teknik mengontrol perilaku kekerasan dengan pemberian SP yaitu :

- 1) SP I cara fisik yaitu relaksasi tarik nafas dalam serta penyaluran energi.
- 2) SP II dengan pemberian obat.
- 3) SP III verbal atau social.
- 4) SP IV spiritual.

Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien lalu diberikan jadwal kegiatan sehari dalam upaya mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan pasien (Hasannah, 2019).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien 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 10 pendidikan

kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

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 (Subjektif) : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O (Objektif) : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A (Assessment) : 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.

P (Planning) : 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).