

**PENERAPAN TERAPI *PSIKOSPIRITUAL* DZIKIR DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI WISMA NURI
RS JIWA PROF HB SAANIN PADANG**

KARYA TULIS AKHIR



Oleh:

WAHYU RAHIMI ZARTI
NIM 233410031

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**

**PENERAPAN TERAPI *PSIKOSPIRITUAL* DZIKIR DALAM
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI WISMA NURI
RS Jiwa Prof HB Saanin Padang**

KARYA TULIS AKHIR

**Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes
Padang Sebagai Persyaratan Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Profesi Ners**



OLEH:

WAHYU RAHIMI ZARTI

NIM 233410031

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : *Tenaga 'Pakar-pertua' Dokter Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Wina Nuri RS Jawa Prof HB Samsi Padang*

Nama : Wahyu Rahimi Zartu, S. Tr. Kep

NIM : 233410031

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diumumkan/diturunkan Tim Pengajar Prodi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang.

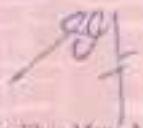
Padang, 21 Mei 2024

Komis Pembimbing



(Retnawati, S. Kp, SM Kep., St. Hwa)
NIP. 197206281995032001

Nama Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elyia Merti, M.Kep., Sp. Kep. Mat)
NIP. 198004232002122001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Wahyu Rahimi Zanti, S. Tr. Kep.

NIM : 233410031

Judul Karya Tulis Akhir : *Tempat Pelaksanaan* Dokter Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Nuri RS Jwa Prof HB Samin Padang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang di perlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Kesehatan Poltekkes Padang.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji Heppi Sasmita S. Kp. M.Kep. Sp. Jwa

Anggota Penguji Barmanelly S. Kp. M.Kep. Sp. Jwa

Anggota Penguji Rendiyan S. Kp. M.Kep. Sp. Jwa

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners


Drs. Ehsa Mewi, M.Kep. Sp. Sep/MAQ
NIP. 198004232002122001

HALAMAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap	:	Wahyu Rahimi Zanti, S.Tr.Kep
NIM	:	233410031
Tempat Tanggal Lahir	:	Tandilek/ 06 Juli 2001
Tahun Masuk Profesi	:	2023
Nama PA	:	Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
Nama Pembimbing KTA	:	Renidayati, S.Kp, M. Kep, Sp. Jiwa

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul: *Penemuan Intervensi Terapi Psikospiritual Dzikir Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Nutri RS Jwa Prof H3 Saanin Padang*.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 20 Mei 2024

Yang membuat pernyataan



(Wahyu Rahimi Zanti)

NIM. 233410031

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini dengan judul **“Terapi Psikospiritual Dzikir Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Nuri RS Jiwa Prof HB Saanin Padang”**. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Tulis Akhir ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp., M.Kep, Sp.Jiwa selaku Pembimbing sekaligus Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang
2. Dr. Aklima, MPH selaku Direktur RSJ. Prof.HB. Saanin Padang
3. Ibu Ns. Muharmi Sinarthi, S.Kep selaku Kepala Ruangan Wisma Nuri Prof.HB. Saanin Padang
4. Bapak Tasman, S.Kp. M.Kep.Sp.Kom sebagai Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Padang.
5. Ibu Ns. Elvia Metti, M.Kep. S.Kep. Sp. Mat selaku ketua Profesi NERS Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang
6. Bapak/Ibu Dosen dan staf Program Studi Profesi NERS Padang Poltekkes Kemenkes Padang yang telah memberikan bekal ilmu untuk peneliti
7. Teristimewa kepada Papa dan Mama yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan dan restu untuk kesuksesan penulis demi kelancaran KTA ini.

Padang, Mei 2024

Wahyu Rahimi Zarti, S.Tr.Kep

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Karya Tulis Akhir, Mei 2024
Wahyu Rahimi Zarti, S.Tr.Kep

**Penerapan Intervensi Terapi *Psikospiritual* Dzikir Dalam Asuhan
Keperawatan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan
Di Wisma Nuri RS Jiwa Prof HB Saanin Padang**

Isi: xii + 94 halaman, 2 bagan, 5 tabel, 5 lampiran

ABSTRAK

Resiko perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dihadapi seseorang yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Jumlah pasien Resiko perilaku kekerasan yang dirawat di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang selama 1 bulan terakhir yaitu 18 orang . Tujuan penelitian ini untuk menerapkan Intervensi Terapi *Psikospiritual* Dzikir Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Nuri RSJ Prof HB Saanin Padang.

Desain penelitian ini adalah *Case Report* yang dilakukan pada 2 orang pasien di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Alat pengumpulan data adalah format skrining, format pengkajian keperawatan jiwa serta alat pemeriksaan fisik. Analisa terhadap proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dibandingkan dengan hasil penelitian orang lain, teori.

Hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada kedua pasien Tn. M dan Tn. A menunjukkan dampak positif dalam mengontrol perilaku kekerasan dimana tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan mulai menurun dan emosi pasien stabil.

Penelitian ini diharapkan menjadi gambaran bagi perawat di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof HB. Saanin Padang dalam menerapkan terapi generalis resiko perilaku kekerasan dilengkapi dengan terapi *Psikospiritual* Dzikir.

Kata kunci : Resiko Perilaku Kekerasan, Terapi *Psikospiritual* Dzikir
Kepustakaan : 39 (2014-2023)

**HEALTH POLYTECHNIC, MINISTRY OF HEALTH, PADANG
NURSE PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

**Final Paper, May 2024
Wahyu Rahimi Zarti, S.Tr.Kep**

***Application of Dzikir Psychospiritual Therapy Interventions in Nursing Care
for Patients at Risk of Violent Behavior At Wisma Nuri
Mental Hospital Prof. HB Saanin Padang***

Contents: xii + 94 pages, 2 charts, 5 tables, 5 attachments

ABSTRACT

The risk of violent behavior is a response to stressors faced by someone who can harm themselves, others and the environment. The number of patients at risk of violent behavior who were treated in the Nuri Room of Prof HB Saanin Mental Hospital Padang for the last 1 month was 18 people. The purpose of this study was to apply Dzikir Psychospiritual Therapy Interventions in Nursing Care for Patients at Risk of Violent Behavior in Wisma Nuri Prof HB Saanin Mental Hospital Padang.

The design of this study was a case report conducted on 2 participants in the Nuri Room of Prof. HB Saanin Mental Hospital Padang. Data collection tools are screening formats, mental nursing assessment formats and physical examination tools. Analysis of the nursing process includes assessment, diagnosis, intervention, implementation, nursing evaluation compared to the results of other people's research, theory.

The results of the research and discussion can be concluded that the nursing care that has been given to both patients Mr. M and Mr. M is the best. M and Mr. A shows a positive impact in controlling violent behavior where signs and symptoms of risk of violent behavior begin to decrease and client emotions are stable.

This research is expected to be an illustration for nurses in the Nuri Room of Prof. HB Mental Hospital. Saanin Padang in implementing generalist therapy for the risk of violent behavior complemented by Psychospiritual Dzikir therapy.

Translated with www.DeepL.com/Translator (free version)

**Keywords : Risk of Violent Behavior, Psychospiritual Dhikr Therapy
Bibliography : 39 (2010-2022)**

DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PENGESAHAN	iError! Bookmark not defined.
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I (PENDAHULUAN)	1
A.Latar Belakang.....	1
B.Rumusan Masalah	8
C.Tujuan Penelitian.....	9
D.Manfaat Penelitian.....	10
BAB II (TINJAUAN LITERATUR)	11
A.Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan	11
B.Konsep Terapi Dzikir.....	24
C.Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	29
D.Analisis Jurnal.....	37
BAB III (METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR)	40
A.Desain Dan Jenis Penelitian	40
B.Waktu dan Tempat Penelitian.....	41
C.Prosedur Pemilihan Intervensi EBN.....	41
D.Populasi dan Sampel.....	41
E.Jenis dan Teknik Pengumpulan Data.....	43

F.Instrument Penelitian.....	45
G.Analisis Data.....	46
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	47
A. Hasil Penelitian.....	47
B. Pembahasan.....	70
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	93
A. Kesimpulan.....	93
B. Saran.....	94
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Rentang Respon.....	22
Bagan 2.2. Pohon Masalah.....	33

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisis Jurnal.....	37
Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan	55
Tabel 4.2 Diagnosis Keperawatan	55
Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan	60
Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan.....	63
Tabel 4.5 Evaluasi Keperawatan	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Gant Chart
Lampiran 2	: Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 3	: Lembaran Bimbingan KTA
Lampiran 4	: Leaflet Terapi Dzikir
Lampiran 5	: Surat Permohonan Kepada Responden
Lampiran 6	: Lembaran Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 7	: Asuhan Keperawatan Partisipan 1
Lampiran 8	: Asuhan Keperawatan Partisipan 2
Lampiran 9	: Dokumentasi
Lampiran 10	: Uji Turnitin

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan *interpersonal* yang memuaskan, perilaku, coping yang efektif, konsep diri positif, dan kestabilan emosional. Kesehatan jiwa yaitu keadaan dimana seseorang yang terus tumbuh berkembang dan mempertahankan keselarasan dalam pengendalian diri, serta terbebas dari stress yang serius (Sutejo, 2018).

Gangguan jiwa merupakan ketidaksesuaian proses pikir, alam perasaan dan perilaku yang tidak sesuai yang dapat menurunkan kualitas hidup seseorang. Gangguan jiwa terjadi karena disfungsinya psikobiologis antara pemikiran dan perilaku seseorang (Stuart, 2022).

Seseorang mengalami gangguan jiwa jika ditemukan adanya gangguan pada kesadaran, perhatian, emosi, perilaku motorik, proses pikir, bicara, persepsi, daya ingat, dan perkembangan. Bisa dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan – keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Masalah gangguan jiwa yang sering ditemukan adalah *Skizofrenia* (Sutejo, 2018)

World Health Organization (WHO) pada tahun 2022 menyebutkan sebanyak 300 juta orang di seluruh dunia menderita gangguan kesehatan mental seperti depresi, gangguan bipolar, dan demensia, termasuk 24 juta orang yang menderita *Skizofrenia*. Menurut *National Institute of Mental Health* (NIMH), *Skizofrenia* adalah salah satu dari 15 penyebab kecacatan teratas di dunia (NIMH, 2021), serta berdasarkan *American Psychiatric Association* 1% populasi dunia menderita *Skizofrenia* (APA. 2022).

Berdasarkan data dari profil kesehatan Indonesia tahun (2020). Penderita gangguan jiwa di Provinsi Sumatera Barat sekitar 111.016 orang, prevalensi tertinggi yaitu di daerah Kota Padang dengan 50.577 orang yang disusul di daerah kota Bukit Tinggi urutan kedua dengan kejadian 30.317 orang gangguan jiwa. Pada RSJ Prof HB Saanin kunjungan rawat jalan sebanyak 46.940 orang, kunjungan rawat inap 2.350 orang dengan kunjungan jiwa 38.332 orang.

Skizofrenia adalah gangguan mental utama yang dapat ditandai dengan adanya delusi, paranoid, agitasi, perasaan apatis, pendataran afektif, ketidakharmonisan antara aktivitas mental dan lingkungan defisit dalam pembelajaran, memori dan perhatian. Dapat menyebabkan pikiran, persepsi, emosi serta perilaku yang menyimpang pada individu, *Skizofrenia* dapat dianggap sebagai sindrom atau proses penyakit dengan variasi dan gejala berbeda (Yosep, 2016).

Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak, menyebabkan timbulnya distorsi pada pikiran, persepsi, emosi, dan tingkah laku menjadi sangat aneh, serta dapat mengarah ke perilaku kekerasan yang berbahaya bagi diri sendiri maupun orang sekitar. (Keliat. 2019)

Gejala *Skizofrenia* secara klinis dibagi menjadi dua kategori yaitu gejala positif, gejala negative, gejala negatif mencakup tidak peduli lingkungan sekitar, bicara singkat, menarik diri, afek tumpul dan datar, kurang tenaga, dan tidak memiliki kemauan. Gejala positif mencakup waham, halusinasi, kemungkinan bunuh diri, peniruan gerakan, pikiran yang terpecah, bicara serta perilaku yang tidak teratur atau perilaku kekerasan. (Yosep, 2016).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor *eksterna*, seperti: penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain. Dan *internal*, seperti: perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik. (Livana. 2022)

Resiko Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stressor yang dihadapi seseorang yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan seringkali menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, ketidakmampuan untuk tetap tenang, mondar-mandir, gelisah, ekspresi wajah tegang, ucapan bersemangat, agresivitas, suara bernada tinggi, dan kegembiraan yang berlebihan. Seseorang dengan risiko perilaku kekerasan lemah dalam kemampuannya untuk memecahkan masalah, orientasinya terhadap waktu, tempat dan orang, serta mengendalikan kecemasannya (Jeklin, 2016). Resiko perilaku kekerasan diartikan sebagai suatu keadaan tidak dapat terkendalinya perilaku seseorang yang mengarah pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Stuart,. 2022)

Berdasarkan data pencatatan Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang pada tahun 2022, ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap yaitu Halusinasi 2.252 pasien, Perilaku Kekerasan 1.816 pasien, Harga Diri Rendah 100 pasien dan Waham 27 pasien. Dari data di atas kasus Perilaku Kekerasan termasuk kasus tertinggi di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

Kandar & Iswanti. (2019) mengatakan penyebab pasien melakukan perilaku kekerasan tidak lepas dari faktor predisposisi (faktor yang melatar belakangi) seperti anggota keluarga yang sering memperlihatkan perilaku kekerasan, keinginan yang tidak tercapai dan faktor precipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) seperti stresor berupa kehilangan orang yang dicintai, kekhawatiran terhadap penyakit.

Dampak dari risiko perilaku kekerasan dapat merugikan dirinya sendiri, merugikan lingkungan sekitar seperti menyerang orang lain, memecahkan perabotan rumah, melempar serta membakar rumah. Semua itu terjadi karena dia tidak mampu menahan emosinya dan tidak bisa mengendalikan hawa nafsunya. (Liviana, 2019)

Peran perawat terhadap resiko perilaku kekerasan sangat diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien perawat harus melakukan aktivitas secara langsung pada pemberi asuhan maupun pada keluarga, komunikasi secara langsung dengan pasien, serta melakukan pengelolaan atau penatalaksanaan manajemen keperawatan secara keseluruhan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan meningkatkan kesehatan mental dengan cara mempraktikkan latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan (Indrianingsih, 2023)

Menurut Maramis (2018) terapi medis yang dapat diberikan kepada pasien dengan perilaku kekerasan antara lain, obat *antipsikotik* yaitu *Chlorpromazine* (CPZ), *Risperidon* (RSP), *Haloperidol* (HLP). *Clozapin* dan *Trifluoperazine* (TFP). Selain dengan terapi medis penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan yang berisiko membahayakan diri sendiri, orang lain serta lingkungan dapat dilakukan dengan terapi generalis berupa asuhan keperawatan pada pasien dengan

risiko perilaku kekerasan dalam bentuk strategi pelaksanaan. Strategi pelaksanaan 1-4 terkait risiko perilaku kekerasan yaitu: Strategi pelaksanaan 1 (identifikasi penyebab, tanda, gejala serta akibat perilaku kekerasan yang dilakukan dan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur), Strategi pelaksanaan 2 (latihan minum obat secara teratur), Strategi pelaksanaan 3 (latihan verbal secara asertif, yaitu mengajarkan cara meminta yang baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik), Strategi pelaksanaan 4 (latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual) (Keliat, 2019)

Masalah keperawatan gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan dapat di atasi dengan tindakan *psikofarmakologi* dan *nonfarmakologi*, salah satu cara mengatasi perilaku kekerasan secara *nonfarmakologi* adalah dengan menerapkan tindakan asuhan keperawatan secara komperhensif dan menerapkan terapi *Psikospiritual*. (Makhruzah, 2021)

Terapi spiritual adalah suatu terapi yang dilakukan dengan cara mendekatkan diri terhadap kepercayaan yang dianutnya. Salah satu terapi spiritual yang ajarkan adalah terapi spiritual zikir. Zikir berasal dari kata “*Dzakar*” yang berarti Ingat. Zikir juga diartikan “menjaga dalam ingatan”. Jika berzikir kepada Allah artinya kita tetap menjaga agar selalu ingat kepada Allah ta’alla. Zikir menurut syara’ adalah mengingat Allah dengan etika tertentu yang sudah diciptakan dalam Al-Quran dan Hadist dengan tujuan mensucikan hati dan mengagungkan Allah. Tujuan dari Dzikir adalah untuk mensucikan hati dan jiwa, bersyukur atas apa yang telah diberikan Allah, menyehatkan tubuh, dan mencegah diri dari bahaya nafsu. (Al-Ghazali. 2017)

Terapi *Psikospiritual* dengan berdzikir dapat diberikan pada gangguan jiwa ringan maupun berat, dengan adanya pemenuhan kebutuhan spiritual membuat jiwa seseorang menjadi merasa tenang, damai sehingga membawa pengaruh positif bagi pasien risiko perilaku kekerasan (Grofur dan Saiful Amin. 2016)

Terapi *Psikospiritual* dzikir terhadap penderita perilaku kekerasan ternyata mempunyai manfaat. Dari penelitian yang dilakukan, secara umum memang menunjukkan bahwa komitmen agama berhubungan dengan manfaatnya di bidang klinik. Respon emosional yang positif atau dari pengaruh terapi *Psikospiritual* dengan dzikir ini berjalan mengalir dalam tubuh dan diterima oleh batang otak. Setelah diformat dengan bahasa otak, kemudian ditransmisikan ke salah satu bagian otak besar yakni *thalamus*, kemudian *Thalamus* menstansmisikan *impuls hipokampus* (pusat memori yang vital untuk mengkoordinasikan segala hal yang diserap indera) untuk mensekresikan GABA (*Gama Amino Batiric Acid*) yang bertugas sebagai pengontrol respon emosi, dan menghambat *asetylcholine*, *serotonis* dan *neurotransmitter* yang lain yang memproduksi sekresi kortisol. Sehingga akan terjadi proses *homeostasis* (keseimbangan). Semua proyektor yang ada di dalam tubuh manusia bekerja dengan ketaatan beribadah, lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT dan pandai bersyukur sehingga tercipta suasana keseimbangan dari *neurotransmitter* yang ada di dalam otak. (Munandaret. 2019)

Hasil penelitian yang di lakukan oleh Sulistyowati (2020) dilakukan oleh peneliti tentang pengaruh terapi *Psikospiritual*: dzikir Al Ma'surat terhadap pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender dengan jumlah responden 10 orang pasien yang terbagi dalam dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok control yang masing-masing kelompok terdiri dari 5 orang pasien dengan perilaku kekerasan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ernawati (2020) sebelum dilakukan terapi spiritual dzikir terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan jumlah responden yang terkontrol sebanyak 7 orang (35.0%) dan jumlah responden yang tidak terkontrol sebanyak 13 orang (65.0%), sedangkan setelah dilakukan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan jumlah responden yang terkontrol sebanyak 16 orang (80.0%). Jumlah responden yang tidak terkontrol sebanyak 4 orang (20,0%). Sehingga dalam hal ini ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan di mana pada *post-test* jumlah responden yang terkontrol mengalami peningkatan, yaitu sebanyak 16 responden (80.0%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Indrianingsih (2023) tentang pengaruh terapi *Psikospiritual* terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien *Skizofrenia* di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Hasil penelitian menunjukkan bahwa Terapi Dzikir berpengaruh terhadap penurunan perilaku kekerasan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti saat magang profesi keperawatan jiwa di Wisma Nuri RS. Jiwa Prof. HB Saanin Padang, didapatkan data buku catatan bulanan pasien dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan pada bulan januari 2024 terdapat sebanyak 16 orang, pada februari 2024 terdapat sebanyak 14 orang, dan mengalami peningkatan pada bulan maret 2024 sebanyak 18 orang. Dilakukan observasi pada 2 orang pasien didapatkan gejala resiko perilaku kekerasan tampak muka merah dan tegang, pandangan tajam, dan jalan mondar-mandir. Hasil wawancara didapatkan pada pasien 1 penyebab pasien marah karena dia merasa tidak dihargai oleh orang sekitar, oleh sebab itu

pasien melampiaskan kekesalannya dengan berbicara kasar, suara tinggi, dan mengancam secara verbal atau fisik, sedangkan pada pasien 2 penyebab pasien marah karena kesal keinginannya terhadap sesuatu tidak tercapai, sehingga dia melampiaskan kemarahannya dengan berbicara kasar, dan merusak barang dan melakukan kekerasan pada orang lain.

Wawancara juga dilakukan dengan perawat ruangan bahwa banyak keluarga yang kurangnya perhatian pada pasien yang menyebabkan pasien tidak patuh dalam minum obat, sehingga hal tersebut membuat pasien kembali dalam kondisi marah, yang mengakibatkan berulangnya tindakan perilaku kekerasan, dengan upaya yang dilakukan oleh perawat ruangan yaitu: melatih teknik napas dalam dan memukul bantal, memberikan pengetahuan 6 benar minum obat, melatih sosio verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar), dan melatih mengontrol marah secara spiritual dengan berdzikir mengucapkan isigfar . Serta kepala ruangan wisma nuri mengatakan kebanyakan pasien yang dirawat ialah pasien dengan diagnosa utama dan diagnosa tambahan resiko perilaku kekerasan dan belum ada penerapan intervensi dzikir secara lengkap diruangan wisma nuri, sehingga masih terjadi timbulnya resiko perilaku kekerasan pada pasien selama rawatan.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik mengangkat masalah yang berjudul “Penerapan Terapi *Psikospiritual* Dzikir dalam Asuhan Keperawatan pada pasien Resiko perilaku kekerasan Di Wisma Nuri RSJ Prof HB Saanin Padang Tahun 2024”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan Terapi *Psikospiritual* Dzikir dalam Asuhan Keperawatan pada pasien Resiko perilaku kekerasan Di Wisma Nuri RSJ Prof HB Saanin Padang Tahun 2024?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Karya Tulis Akhir ini bertujuan mendeskripsikan penerapan intervensi Terapi *Psikospiritual* Dzikir dalam Asuhan keperawatan pada pasien Resiko perilaku kekerasan Di Wisma Nuri RSJ Prof HB Saanin Padang Tahun 2024

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan jiwa pada pasien Resiko perilaku kekerasan yang dilakukan penerapan intervensi Terapi Psikospiritual Dzikir
- b. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan jiwa pada pasien Resiko perilaku kekerasan yang dilakukan penerapan intervensi Terapi Psikospiritual Dzikir
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan jiwa pada pasien Resiko perilaku kekerasan yang dilakukan penerapan intervensi Terapi Psikospiritual Dzikir
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan jiwa pada pasien Resiko perilaku kekerasan yang dilakukan penerapan intervensi Terapi Psikospiritual Dzikir
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan jiwa pada pasien Resiko perilaku kekerasan yang dilakukan penerapan intervensi Terapi Psikospiritual Dzikir
- f. Menganalisis penerapan intervensi Terapi Psikospiritual Dzikir dalam Asuhan keperawatan jiwa pada pasien Resiko perilaku kekerasan

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dapat menjadi pembelajaran sekaligus pengalaman yang sangat berharga dalam pemberian terapi *nonfarmakologi* berupa terapi dzikir terhadap penurunan gejala pada pasien resiko perilaku kekerasan di ruang nuri rumah sakit jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2024

2. Bagi Pasien

Sebagai sarana untuk memperoleh pengetahuan dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien

3. Bagi Institusi Kesehatan

Sebagai sumbangan pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa *nonfarmakologi* berupa pemberian terapi dzikir kepada pasien resiko perilaku kekerasan

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan serta acuan dalam membantu kegiatan proses belajar mengenai pemberian terapi *nonfarmakologis* kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan

BAB II TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan perilaku menyerang atau mengancam orang lain, menyakiti diri sendiri, maupun merusak lingkungan yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor termasuk karena proses penyakit gangguan jiwa. (Hasannah. 2019)

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual dan verbal. Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other directed violence*). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Sutejo. 2018)

Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri, orang lain maupun keluarganya sendiri. Semua itu bisa terjadi akibat tidak bisa menahan emosi dan amarahnya, mungkin juga karena factor kejiwaan (jiwa yang temperamental) bisa juga karena pengaruh dari pergaulannya, tekanan batin, kurang pengawasan dari orang tua dan factor ekonomi yang kurang mencukupi. (Irman et al., 2016)

2. Rentang Respon

Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri atau respon melawan atau menentang. Respon melawan dan menentang merupakan respon yang maldaptif yaitu agresif-kekerasan. Prilaku yang ditampakkan mulai dari yang rendah sampai tinggi. Umumnya pasien dengan prilaku kekerasan dibawa dengan paksa kerumah sakit jiwa, sering tampak dikat secara tidak manusiawi disertai dengan bentakan dan pengawalan oleh sejumlah anggota keluarga bahkan polisi. Prilaku kekerasan seperti memukul anggota keluarga/orang lain, merusak alat rumah tangga dan marah-marah merupakan alasan utama yang paling banyak dikemukakan oleh keluarga (Hasannah. 2019)



Gambar 2.1 Rentang respon marah (Hasannah. 2019)

1. Respon adaptif

a. Pernyataan (asertif)

Prilaku asertif merupakan prilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah untuk tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain sehingga prilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu

Karakter asertif sebagai berikut :

1) Moto dan kepercayaan

Bahwa diri sendiri berharga demikian juga orang lain. Asertif bukan berarti selalu menang, melainkan dapat menangani situasi secara efektif. Aku punya hak demikian juga orang lain.

2) Pola komunikasi

Pendengaran yang aktif, menetapkan batasan dan harapan. Mengatakan pendapat sebagai hasil observasi bukan penilaian. Mengungkapkan diri secara langsung dan jujur. memperhatikan perasaan orang lain.

3) Karakteristik

Tidak menghakimi, mengamati sikap dari pada menilainya. Mempercayai diri sendiri maupu orang lain, percaya diri, memiliki kesadaran sendiri, terbuka, fleksibel, dan akomodasi. Selera humor yang baik, proaktif dan inisiatif, berorientasi pada tindakan, realistik dengan cita-cita, konsisten, melakukan tindakan yang sesuai untuk mencapai tujuan tanpa melanggar hak-hak orang lain.

4) Isyarat Bahasa tubuh

Terbuka dan gerak- gerak alami, ekspresi wajah yang menarik, volume suara yang sesuai dan kecepatan bicara yang beragam

5) Pemecahan masalah

Bernegosiasi, menawar, menukar dan kompromi, memfrontasi masalah pada saat terjadi, tidak ada perasaan negatif yang muncul

6) Perasaan yang dimiliki

Antusiasme, percaya diri, terus termotivasi, tahu dimana mereka berdiri.

Prilaku yang tidak asertif seperti menekan perasaan marah dilakukan individu seperti pura-pura tidak marah atau melarikan diri dari perasaan marahnya sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat akan menimbulkan perasaan destruktif yang ditujukan pada diri sendiri (Hasannah, 2019)

b. Prilaku frustrasi

Respon yang terjadi akibat individu gagal dalam mencapai tujuan, kepuasan, atau rasa aman yang tidak biasanya dalam keadaan tersebut individu tidak menemukan alternative lain (Prabowo, 2014). Respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan, Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan . (Liviana, 2019)

2. Respon maladaptive

a. Pasif

Suatu prilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata (Prabowo, 2014). Respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, sikap tidak berani mengungkapkan keinginan dan pendapat sendiri, tidak ingin terjadi konflik karena takut tidak disukai atau menyakiti perasaan orang lain . (Liviana, 2019)

b. Agresif

Prilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan individu untuk menuntut suatu yang dianggapnya benar dalam bentuk destruktif tapi hasil terkontrol (Prabowo, 2014). Sikap agresif adalah membela diri sendiri dengan melanggar hak orang lain. Agresif memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata ancaman tanpa niat melukai. Umumnya pasien masih bisa mengontrol prilaku untuk tidak melukai orang lain (Liviana. 2019)

c. Kemarahan / kekerasan

Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilang control, dimana individu dapat merusak diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Prabowo, 2014). Prilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata- kata ancaman. Pasien tidak mampu mengendalikan diri. Mengamuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini, individu maupu melukai dirinya sendiri dan orang lain (Liviana. 2019).

Stress, cemas, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemaraan yang mengarah pada prilaku kekerasan. Respon perasaan marah dapat diekspresikan secara eksternal (prilaku kekerasan) ataupun internal (depresi dan penyakit fisik). Mengekspresikan marah dengan prilaku konstruktif menggunakan kata- kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain, akan memberikan perasaan lega, menurunkan ketegangan sehingga perasaan marah dapat teratasi. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan prilaku kekerasan biasanya dilakukan individu kerana

ia merasa kuat. Cara demikian tidak menyelesaikan masalah bahkan dapat menimbulkan kemarahan yang berkepanjangan .
(Liviana, 2019)

3. Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep (2016), faktor predisposisi pasien dengan perilaku kekerasan adalah:

1. Faktor predisposisi

a. Teori biologis

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif. Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis. Penelitian neurobiology mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus elektrik ringan pada hipotalamus (yang berada ditengah sistem limbik) menimbulkan perilaku agresi, perangsangan yang diberikan terutama pada nucleus perifornik hipotalamus. Faktor biologis yang mendukung yaitu kecacatan fisik, tumor otak, trauma otak dan penyakit menahun.

b. Faktor psikologis

Teori yang dikembangkan oleh pengikut Freud "*Frustration-agression theory*" ini berawal dari asumsi bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustasi. Jadi hampir semua orang

melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif. Pandangan psikologi lainnya mengenai perilaku agresif, mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup. Ini menggunakan pendekatan bahwa manusia mampu memilih mekanisme koping yang sifatnya tidak merusak, misal ketidakpercayaan, tidak terpenuhinya kepuasan, ketidakberdayaan (Yosep, 2016).

c. Faktor sosial budaya

Social Learning Theory, teori yang dikembangkan oleh Bandura ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresif dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan, maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa internal atau eksternal. Contoh internal: orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut, seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal: seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka, seorang anak yang sering melihat kedua orang tuanya bertengkar sehingga anak tersebut bisa meniru.

d. Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini mestimulasi individu mengadopsi perilaku kerasan.

e. Bioneurologis

Banyak pendapat bahwa kerusakan sistim limbik, lobus frontal, lobus temporal dan ketidak seimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan

2. Faktor presipitasi

- 1) Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- 5) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapirasa frustrasi.
- 6) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

Menurut (Sutinah. 2019) secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis atau ancaman konsep diri. Faktor pencetus priaku kekerasan adalah sebagai berikut:

3. Pasien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan
4. Interaksi: penghinaan kekerasan, kehilangan orang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri pasien sendiri mampu eksternal dari lingkungan.
5. Lingkungan : panas, padat dan bising

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai/pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab lainnya (Prabowo. 2014)

4. Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Ernawati (2020) tanda dan gejala yang ditemui pada pasien melalui observasi atau wawancara tentang resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar

7. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
8. Mengancam secara verbal atau fisik
9. Melempar atau memukul benda/orang lain
10. Merusak benda atau barang tidak memiliki kemampuan mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasan

5. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping pasien, sehingga dapat membantu pasien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dan mengekspresikan marahnya. Menurut Ernawati (2020) mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, *sublimasi*, *proyeksi*, *represif*, *denial*, dan reaksi formasi. Prilaku yang berkaitan dengan prilaku kekerasan antara lain:

1. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan siste saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urin meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif

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

3. Memberontak

Prilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik prilaku untuk menarik perhatian orang lain

4. Prilaku kekerasan

Tindakan kekerasan/amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungannya

6. Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan menurut (Keliat 2019) yaitu :

1. Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromizne HCL yang berguna untuk mengembalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan transquilizer bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

- 1) Busporine yang berfungsi untuk mengendalikan depresi dan kecemasan yang dialami pasien.
- 2) Antipsychotic biasanya berfungsi untuk perawatan perilaku yang agresif
- 3) Antidepressans untuk mengontrol marah yang sangat merugikan lingkungan sekitar dikarenakan perubahan dalam suasana perasaan.
- 4) Antianxiety dan sedativehipnotic berfungsi untuk mengendalikan perilaku marah yang sangat agresif.

2. Terapi Generalis

- 1) Strategi Pelaksanaan 1: Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan latihan nafas dalam melakukan teknik pukul bantal.
- 2) Strategi Pelaksanaan 2: Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat (8 benar)
- 3) Strategi Pelaksanaan 3: Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan komunikasi verbal dengan baik.
- 4) Strategi Pelaksanaan 4: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual/ beribadah

3. Non medis

a. Terapi kelompok

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

b. Terapi okupasi

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

c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan system pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah keperawatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptive (pencegahan primer, menanggulangi perilaku maladaptive (pencegahan skunder) dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

d. Terapi Psikospiritual

Terapi spiritual adalah suatu terapi yang dilakukan dengan cara mendekatkan diri terhadap kepercayaan yang dianutnya. Salah satu terapi spiritual yang ajarkan dalam islam adalah terapi spiritual dengan menerapkan sholat, berdoa, mendengarkan ceramah agama dan dzikir. Dzikir dapat bermanfaat untuk menjernihkan pikiran, menyejukkan hati, mengurangi stress, rasa khawatir, marah dan dapat merangsang sistem kerja saraf (Sulistyowati. 2020).

B. Konsep Terapi Dzikir

1. Defenisi Dzikir

Dari segi bahasa dzikir berasal dari kata dzakara yang artinya mengingat. Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah ditentukan Al- Quran dan Hadist dengan tujuan mensucikan hati dan menganggukan Allah SWT (Ghofur. 2016).

Dzikir ditinjau dari segi bahasa (lughatan) atau etimologi, adalah mengingat, sedangkan secara istilah adalah membasahi lidah dengan ucapan-ucapan pujian kepada Allah. Menurut Syaikh Ahmad Fathani menjelaskan, dzikir pada mulanya diartikan sebagai “bersih”(Asshafa), wadahnya adalah menyempurnakan (*al-Wafa*), dan syaratnya adalah hadir dihadirat-Nya (*hudhur*), harapannya adalah lahirnya amal shaleh, dan hasiatnya adalah terbukanya tirai rahasia atas kedekatan seorang hamba kepada Allah SWT (Al-Ghazali. 2017)

Terapi dzikir merupakan upaya perlakuan yang mencakup aktivitas mengingat, menyebut nama, dan keagungan Allah SWT secara berulang, yang disertai kesadaran akan Allah SWT dengan tujuan untuk menyembuhkan keadaan patologis (Ghofur. 2016).

Terapi dzikir adalah salah satu relaksasi islam dalam mereduksi trauma psikologis, kecanduan, kecemasan, migrain, kelelahan mata dan fobia. Untuk itu dzikir merupakan media untuk mendekatkan diri kepada Allah (Muslimah, 2020)

2. Tujuan Dzikir

Menurut (Akbar and Rahayu 2021), ada beberapa tujuan terapi dzikir yaitu :

- a. Mengagungkan Allah
- b. Mensucikan hati dan jiwa
- c. Dzikir dapat menyehatkan tubuh
- d. Mengobati penyakit dengan metode *Ruqyah*, mencegah manusia dari bahaya nafsu.

3. Manfaat Dzikir

Menurut (Rosyad 2021), ada beberapa manfaat dzikir yaitu:

- a. Membawa kedamaian dan ketenangan batin
- b. Memahami hakikat beribadah kepada Allah SWT
- c. Tidak pernah melupakan kasih Allah SWT
- d. Penerapan Terapi Psikospiritual: Dzikir Dalam Menurunkan Resiko perilaku kekerasan Di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof Hb. Saanin Padang.
- e. Terapi dzikir bisa mengontrol halusinasi, dan Resiko perilaku kekerasan.

4. Adapun lafaz dzikir:

Adapun lafaz dzikir yang dapat dipraktikkan yaitu (Rafiqah, 2016):

a. *Astaghfirullah*

Istighfar adalah upaya membersihkan sekaligus merendahkan diri di hadapan Allah. Istighfar merupakan perwujudan dari keinginan untuk bertobat dari segala kesalahan dan dosa. Ini menjadi kunci awal terjadinya komunikasi dengan Allah secara khusyuk.

b. *Subhanallah*

Berbeda dengan istigfar, kalimat *subhanallah* fokusnya adalah memuji Allah. Di sinilah kita baru memulai dzikir yang sesungguhnya, dan inilah makna dzikir yang sebenarnya, yaitu ingat Zat Allah dengan segala sifat Maha-Nya. Menurut tafsir, mengingat Allah di waktu berdiri, duduk dan ketika berbaring, berarti mengingat Allah dalam keadaan bagaimanapun juga, sedang menurut Ibnu Abbas, maksudnya adalah mengerjakan shalat dalam keadaan tersebut sesuai dengan kemampuan. Pernyataan ini menegaskan bahwa aktivitas manusia selalu berada pada tiga posisi di atas, yakni berdiri, duduk dan berbaring. Dan mengingat Allah dengan mengingat kekuasaanNya serta dengan ketaatan adalah kewajiban manusia dalam menjalani setiap aktivitasnya

c. *Alhamdulillah*

Bacaan ini mengandung makna penegasan kepada diri kita untuk tidak saja menepis pikiran negatif tentang Allah, namun sebaliknya hanya berfikir positif. Dengan memahami dan meresapkan makna tasbih, kemudian disusul dengan tahmid, maka kita telah menanamkan dalam jiwa sikap positif, optimis dan penuh harapan kepada Allah bagi masa depan kita. Ucapan tersebut dapat menjadi sumber kekuatan mental dalam menghadapi hidup ini. Karena itulah iman kepada Allah membuat kita tabah dan tidak mudah patah semangat dalam perjalanan hidup ini. Dan inilah salah satu makna janji Allah “Barangsiapa bertaqwa kepada Allah, maka Dia akan membuat baginya jalan keluar (dari segenap kesulitan) dan memberinya rezeki dari arah yang tidak diduga-duga”

d. *Allahu Akbar*

Lafazh takbir mengandung makna bahwa manusia adalah makhluk yang kecil, tiada yang besar selain Allah semata. Kalimat *Allahu Akbar* banyak digunakan ketika seseorang melaksanakan shalat Intinya adalah untuk merendahkan dan mengecilkan diri kita sekecil-kecilnya di hadapan Dzat Yang Maha besar.

e. *La Ilaha illallah*

Makna *la ilahailallah* adalah untuk melenyapkan segala-galanya dari kesadaran kita kecuali Allah semata. Tiadalah yang ada ini kecuali Dia yang benar-benar ada. Langkah penghancuran “ego” melalui kalimat Allahu Akbar belum sempurna jika tidak diikuti oleh “peniadaan” diri melalui kalimat tauhid itu. Kalimat tauhid inilah yang diwariskan secara turun-temurun dari nabi ke nabi terdahulu ke para nabi kemudian. Substansi agama yang tidak pernah berubah sejak zaman manusia pertama hingga akhir zaman nanti. Selain beberapa lafaz di atas, Asmaul Husna juga dapat diterapkan sebagai terapi dzikir.

5. Prosedur pemberian

Pelaksanaan terapi dzikir menurut (Akbar & Rahayu 2021) antara lain sebagai berikut :

- a. Dilakukan setelah pengkajian kemudian dilakukan 4 terapi generalis cara mengontrol RPK secara bertahap, antara lain:
 - 1) Strategi Pelaksanaan 1: Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan latihan nafas dalam melakukan teknik pukul bantal.
 - 2) Strategi Pelaksanaan 2: Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat (6 benar)

- 3) Strategi Pelaksanaan 3: Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan komunikasi verbal dengan baik.
 - 4) Strategi Pelaksanaan 4: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual/ beribadah
- b. melakukan aktifitas yang terjadwal dan pemberian terapi psikoreligius: dzikir.
 - c. Selanjutnya dilakukan persiapan dengan kontrak waktu, jelaskan prosedur, tujuan tindakan, dan persiapan lingkungan.
 - d. Pasien duduk dengan nyaman, tenang, dan *khusyu'*
 - e. Berpakaian bersih dan rapi
 - f. Posisi duduk menghadap kiblat
 - g. Sebelum mulai terapis meminta doa'a agar diberikan
 - h. kemudahan dan kelancaran
 - i. Diajarkan terapi psikoreligius: dzikir dengan membaca istighfar (*Astaqfirullahal'adzim*) sebanyak 33 kali, dilanjutkan dengan tasbih (*Subhannallah*) 33 kali, tahmid (*Alhamdulillah*) 33 kali, dan takbir (*Allahu akbar*) 33 kali, terapi ini dilakukan selama 5 hari dengan durasi waktu 10-20 menit.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Wijayati, 2020) pengkajian resiko perilaku kesehatan seperti berikut :

a. Identitas

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, nomer RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

b. Alasan masuk

Biasanya pasien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2016).

c. Faktor predisposisi

- 1) Biasanya pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- 2) Biasanya pasien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.
- 3) Trauma, biasanya pasien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- 4) Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- 5) Biasanya pasien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakandari lingkungan

d. Pengkajian fisik

Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambahnaik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.

- 1) Ukur tinggi badan dan berat badan.
- 2) Yang kita temukan pada pasien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah).
- 3) Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

e. Psikososial

- 1) Genogram : Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan pasien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh pasien maupu keluarg apa dasaat pengkajian.
- 2) Konsep diri : Biasanya ada anggota tubuh pasien yang tidak disukai pasien yang mempengaruhi keadaan pasien saat berhubungan dengan orang lain sehingga pasien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.
- 3) Identitas : Biasanya pada pasien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal
- 4) Harga diri : Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau pasien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.
- 5) Peran diri : Biasanya pasien memiliki masalah dengan peranatau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya pasien tidak mampu

melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

- 6) Ideal diri : Biasanya pasien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

f. Hubungan social

- 1) Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara.
- 2) Kegiatan yang diikuti pasien dalam masyarakat dan apakah pasien berperanaktif dalam kelompok tersebut.
- 3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan pasiendalam hubungan masyarakat.

g. Spiritual

- 1) Nilai dan keyakinan
- 2) Biasanya pasien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- 3) Kegiatan ibadah
- 4) Biasaya dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah

h. Status mental

- 1) Penampilan : Biasanya penampilan pasien kotor
- 2) Pembicaraan : Biasanya pada pasien prilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat,keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.
- 3) Aktivitas motorik : Biasanya aktivitas motoric pasien dengan prilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah- ubah, gemetar, tangan mengempal, dan rahang dengan kuat
- 4) Alam perasaan : Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan
- 5) Afek : Biasanya pasien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

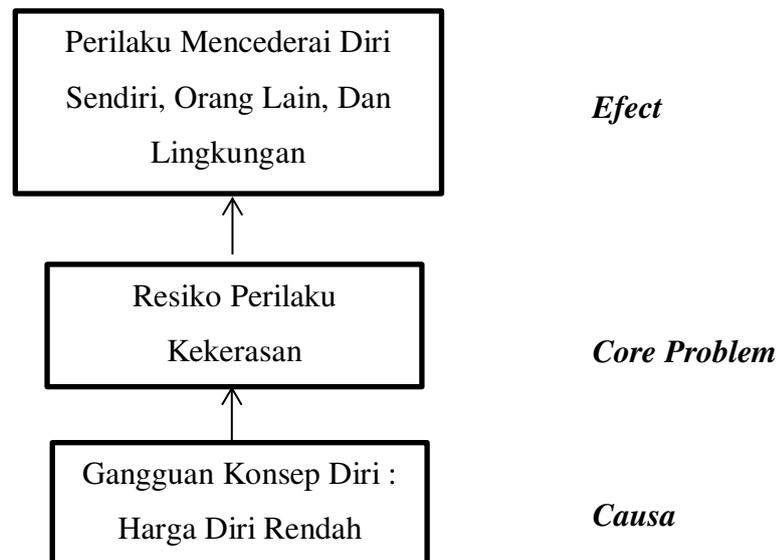
- 6) Interaksi selama wawancara : Biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.
 - 7) Persepsi : Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas
 - 8) Isi pikir : Biasanya pasien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja
 - 9) Tingkat kesadaran : Biasanya pasien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.
 - 10) Memori : Biasanya pasien di waktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.
 - 11) Kemampuan penilaian : Biasanya pasien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.
 - 12) Daya fikir diri : Biasanya pasien mengingkari penyakit yang dideritanya.
- i. Mekanisme koping
- Biasanya pasien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya dan merusak alat-alat rumah tangga.
- 1) Masalah psikologis dan lingkungan
Biasanya pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.
 - 2) Pengetahuan
Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2. Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

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. Menurut (Dermawan 2016). Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah risiko perilaku kekerasan adalah :

1. Harga Diri Rendah
2. Perilaku Kekerasan
3. Koping Individu Tidak Efektif
4. Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi
5. Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain dan Lingkungan

3. Pohon Masalah Resiko Prilaku Kekerasan



Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Prilaku Kekerasan (Damayanti,2018)

4. Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Budi, 2019) dalam bukunya, Asuhan Keperawatan Jiwa, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan:

1. Tindakan Keperawatan Perawat

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- 2) Pasien mampu mengkaji penyebab risiko perilaku kekerasan
- 3) Pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu memahami akibat dari risiko perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
- 2) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 6 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).
- 3) Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
- 4) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
- 5) Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
- 6) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah

mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

- 7) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

5. Implementasi Risiko Perilaku Kekerasan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk pasien-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 pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini, S., Edriyani, S., Dwi, 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 :

- a. Strategi Pelaksanaan 1: Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan latihan nafas dalam melakukan teknik pukul bantal.
- b. Strategi Pelaksanaan 2: Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat (8 benar)
- c. Strategi Pelaksanaan 3: Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan komunikasi verbal dengan baik.
- d. Strategi Pelaksanaan 4: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual/ beribadah

6. Evaluasi Risiko Kekerasan

Menurut (Yusuf, 2015) dalam Bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Adapun Evaluasi pada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan pada pasien dan keluarga yaitu :

1. Pada Pasien

Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan, serta akibat dari risiko perilaku kekerasan yang dilakukan.

2. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
 - a. Secara fisik
 - b. Secara sosial/ verbal
 - c. Secara spiritual
 - d. Terapi psikofarmaka

D. Analisis Jurnal

Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
<p>P Problem/ Population</p>	<p>judul : Penerapan Terapi Psikoreligius Dzikir Terhadap Asuhan Keperawatan Pasien Dengan RPK Dirumah Sakit Madani Palu .</p> <p>Subyek penelitian ini 2 pasien yang difokuskan pada salah satu masalah penting dalam kasus asuhan keperawatan RPK</p>	<p>Judul : Terapi psikoreligi (dzikir) terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.</p> <p>Penelitian ini dilakukan dengan kuantitatif dengan rancangan penelitian quasi eksperimen. Populasi penelitian adalah semua pasien yang mempunyai riwayat perilaku kekerasan. Pasien beragama islam. Jumlah pasien berjumlah 30 orang sebagai sampel .Alat ukur yang digunakan berupa lembar observasi pasien perilaku kekerasan</p>	<p>Judul : Penerapan Terapi Musik, Dzikir dan Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan.</p> <p>Subyek penelitian diambil secara acak sejumlah 2 pasien dengan halusinasi dimana akan dilakukan terapi aktifitas kelompok relaksasi musik alam, dzikir dan rational emotive cognitive behaviour therapy (RECBT).</p>
<p>I (Intervention)</p>	<p>Metode studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan yang difokuskan pada salah satu masalah penting dalam kasus asuhan keperawatan RPK.</p> <p>Studi kasus ini dilakukan dengan cara</p>	<p>implementasi yang diberikan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan adalah dengan penerapan.</p> <p>Strategi Pelaksanaan (SP) risiko perilaku kekerasan yaitu SP 1: Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan,</p>	<p>Intervensi dilaksanakan selama tiga hari pada kasus I dan kasus II dengan kriteria NOC adalah abuse protection dimana tidak menunjukkan adanya serangan fisik dan impulse self control dimana pasien dapat menahan diri dari perasaan marah.</p>

	<p>memberikan intervensi atau perlakuan kemudian dilihat pengaruhnya.</p> <p>Intervensi yang diberikan berupa terapi psikoreligius: dzikir selama 3 hari dengan durasi 10-20 menit.</p>	<p>penyebab dan akibatnya. Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1: relaksasi nafas dalam dan fisik 2: pukul bantal, SP 2: mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat, SP 3: mengontrol perilaku kekerasan secara asertif, dan SP 4: mengontrol perilaku kekerasan secara piritual dengan cara Terapi psikoreligi (dzikir)</p>	<p>Intervensi yang dilakukan adalah behaviour management dimana menggunakan patokan strategi pelaksanaan pasien perilaku kekerasan 1 sampai dengan 5.</p>
C (Comparison)	<p>Berdasarkan hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa terapi psikoreligius: dzikir dapat meningkatkan kemampuan mengontrol RPK.</p> <p>Penelitian sebelumnya menggugurkan teknik pengalihan dengan cara dzikir, agar responden dapat mengalihkan RPK yang dialami sehingga pasien merasakan ketentraman jiwa .</p>	<p>Sejalan dengan pendapat Hardianto (2020) yang mana mengungkapkan bahwa mendengarkan bacaan Al-Quran dapat menurunkan hormon-hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, dan tegang, serta memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernapasan, detak jantung denyut nadi dan aktivitas gelombang otak</p>	<p>Hasil penelitian lain juga mendukung bahwa ada perbedaan respon perilaku setelah dilakukan intervensi antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol berarti pemberian psikoreligi berpengaruh terhadap penurunan respon perilaku (Suryanti & Ariani, 2018) (Fitriana, 2017).</p> <p>Penelitian tersebut didukung oleh penelitian Herniyanti yang menyebutkan terdapat perbedaan yang signifikan antara perilaku kekerasan pasien skizofrenia setelah diberikan terapi dzikir (p value 0,000).</p>

			Ada perbedaan yang signifikan antara perilaku kekerasan pasien skizofrenia sebelum dan sesudah kelompok kontrol (p value ,000)
O (Outcome)	Hasil studi kasus pada pasien RPK di ruang UPIP RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mengontrol halusinasi setelah pemberian terapi psikoreligius: dzikir sebagai suatu upaya terapi non farmakologi pada pasien RPK, Kemampuan mengontrol RPK pada kedua pasien didapatkan hasil 6 (baik) setelah pemberian terapi psikoreligius: dzikir sebagai suatu upaya terapi non farmakologi pada pasien RPK. .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi Psikoreligius berpengaruh terhadap penurunan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.	Hasil Pada penelitian ini terapi musik, dzikir dan rational emotive cognitive behaviour therapy berpengaruh dalam menurunkan ambang marah, diharapkan petugas kesehatan khususnya perawat agar lebih aktif menjemput bola sehingga perilaku kekerasan dapat segera teratasi.

BAB III

METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR

A. Desain dan Jenis Penelitian

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian. Desain penelitian ini peneliti menggunakan *case report* Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit tunggal disini dapat berarti satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah, misalnya keracunan, atau sekelompok masyarakat di suatu daerah. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu.(Masturoh, 2018)

Meskipun di dalam studi kasus ini yang diteliti hanya berbentuk unit tunggal, namun dianalisis secara mendalam, meliputi berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan berbagai aspek yang cukup luas, serta penggunaan berbagai teknik secara integratif. yang bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan masalah penelitian yang terjadi berdasarkan karakteristik tempat, waktu, umur, jenis kelamin, sosial, ekonomi, pekerjaan, status perkawinan, cara hidup (pola hidup), dan lain-lain (rencanan yang mendeskripsikan seperangkat peristiwa atau kondisi populasi saat itu) (Wijayati. 2020).

Penelitian ini mendeskripsikan Penerapan Terapi Dzikir Dalam Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof Hb. Saanin Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Sa'anin Kota Padang Tahun 2024. Waktu penelitian dimulai bulan April sampai dengan Juni 2024. Waktu penerapan intervensi terapi dzikir mulai dari tanggal 22 April 2024 sampai 27 April 2024.

C. Prosedur Pemilihan Intervensi *Evidence Based Practice*

Evidence based practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu uptodate atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Macnee, 2015).

Metode penelitian ini menggunakan studi *Search engine* melalui google scholar atau google cendikia dengan kriteria tahun jurnal yang dibatasi dari 5 tahun terakhir yaitu 2019-2024 dengan kata kunci terapi dzikir dan pasien Resiko Perilaku Kekerasan. Dari 10 artikel yang digunakan sebagai artikel prioritas, selanjutnya peneliti menetapkan 3 artikel yang digunakan sebagai analisis untuk menjawab tujuan peneliti yang dikembangkan peneliti.

D. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi adalah semua individu yang menjadi sumber pengambilan sampel, yang terdiri atas obyek/ subyek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Tarjo 2019).

Populasi dalam penelitian ini yaitu semua pasien dengan *Skizofrenia* yang didiagnosis mengalami Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang. Pada bulan April tanggal 16 terdapat 14 orang pasien dengan *Skizofrenia* yang mengalami Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Tarjo 2019). Sampel pada penelitian ini adalah 2 orang pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan yang berada di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang tahun 2024. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan menggunakan teknik *purposive sampling*. *purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan kesesuaian dengan maksud dan tujuan penelitian (R. K. Sari et al. 2023).

Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang terDiagnosis Resiko Perilaku Kekerasan
- 3) Pasien yang kooperatif dan stabil Pasien
- 4) Pasien beragama islam
- 5) Pasien laki-laki usia 20-45 tahun
- 6) Pasien dengan resiko prilaku kekerasan ringan sampai sedang
- 7) Mampu berkomunikasi baik

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien yang dirawat diruang isolasi
- 2) Pasien dengan resiko perilaku kekerasan berat
- 3) Pasien yang mengalami gangguan jiwa berat yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses penelitian

E. Jenis dan teknik pengumpulan data

1. Jenis data

a. Data Primer

Data primer yaitu data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui sumber perantara) dan data yang dikumpulkan secara khusus untuk menjawab pertanyaan penelitian yang sesuai dengan keinginan peneliti (Firdaus 2021). Data primer dari penelitian ini meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktifitas sehari-hari dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Firdaus 2021). Data pasien Resiko Perilaku Kekerasan diperoleh dari *medical record* Rumah Sakit Jiwa Prof HB Sa'anin Padang. Data sekunder meliputi data rekam medis, terapi dokter dan data penunjang lainnya.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti yaitu teknik pengumpulan data bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data yang telah ada. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data secara wawancara, observasi, pengukuran, dan studi dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara menurut (Handayani 2023), merupakan teknik pengumpulan data dengan cara tanya-jawab antara peneliti dengan narasumber untuk mendapatkan informasi. Peneliti juga dapat menggunakan alat bantu seperti kamera, perekam suara, alat tulis, dan lain sebagainya. Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa, wawancara dilakukan tentang identitas pasien, keluhan utama, faktor predisposisi, keluhan fisik, psikososial, keluhan sehari-hari, mekanisme koping, dan pengkajian Resiko Perilaku Kekerasan pada pasien.

b. Pengamatan (Observasi)

Observasi merupakan kegiatan pengamatan terhadap suatu objek menggunakan pancaindera. Observasi bertujuan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk suatu penelitian (Handayani 2023). Dalam penelitian ini, peneliti mengobservasi kondisi pasien dengan melihat keadaan umum dan respon pasien pada saat dilakukan wawancara.

c. Pengukuran

Pada pengukuran peneliti melakukan pemantauan kondisi pada pasien dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti: alat ukur suhu tubuh (termometer) dan alat ukur tekanan darah (tensimeter).

d. Dokumentasi

Dokumentasi Studi dokumentasi juga dapat dijadikan sebagai teknik pengumpulan data. Beberapa data didapatkan dalam bentuk kebijakan, foto, dokumen, hasil rapat, jurnal, dan lain-lain.

F. Instrumen pengumpulan data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu format pengkajian keperawatan, Diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, stetoskop, dan termometer.

1. Format pengkajian keperawatan jiwa yang terdiri dari: identitas pasien, keluhan utama, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, psikososial, genogram, konsep diri, mekanisme koping, kebutuhan sehari-hari, dan program pengobatan.
2. Format Diagnosis keperawatan yang terdiri dari:
Diagnosis keperawatan, tanggal munculnya masalah, tanggal teratasi masalah, dan tanda tangan.
3. Format intervensi keperawatan yang terdiri dari :
Diagnosis keperawatan, rencana tindakan yang terdiri dari tujuan, kriteria evaluasi dan intervensi.
4. Format implementasi keperawatan yang terdiri dari :
Nama pasien, hari, tanggal, jam, Diagnosis keperawatan, dan implementasi keperawatan.
5. Format evaluasi keperawatan yang terdiri dari :
Nama pasien, hari, tanggal, jam, Diagnosis keperawatan, dan implementasi keperawatan.

G. Prosedur karya tulis akhir

1. Mengisi link peminatan jurusan dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang
2. Melapor Memilih topik atau judul EBN yang akan di ambil
3. Menyiapkan BAB 1 sampai BAB 3
4. Peneliti meminta izin melakukan penelitian ke Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang
5. Peneliti meminta izin melakukan penelitian ke Kepala RuanganNri

Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang.

6. Peneliti melakukan pemilihan sampel dengan mencatat jumlah pasien yang sedang dirawat di Ruangan Nuri , melakukan memilih sampel sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian memilih 2 pasien.
7. Kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan pasien untuk melakukan asuhan keperawatan dan penerapan EBN

H. Analisis data

Analisa yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan jiwa mulai dari pengkajian, penegakan Diagnosis, merencanakan tindakan, melakukan implementasi, sampai evaluasi hasil dari tindakan. Analisa yang dilakukan untuk menentukan bagaimana asuhan keperawatan jiwa secara mendalam dengan Resiko Perilaku Kekerasan terhadap penerapan terapi dzikir pasien dan apakah ada kesesuaian antara teori, hasil penelitian orang lain, dengan kondisi pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan Penerapan Terapi Psikoreligious: Dzikir Dalam Mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan yang telah dilaksanakan di Ruang Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang yang dimulai tanggal 16 April - 4 Mei 2024. Gambaran penerapan terapi psikoreligious: dzikir yang telah peneliti lakukan meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan Diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan melakukan implementasi keperawatan sampai melakukan evaluasi keperawatan.

A. Hasil

1. Pengkajian

Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Identitas pasien	Tn.M seorang laki-laki berumur 39 tahun, tempat tanggal lahir pasien sijunjung, 08-Januari-1985, Suku pasien adalah minang, Pendidikan terakhir pasien adalah SMA, pasien beragama islam. Pasien tinggal di Tanjung alam, kec Sumpur kudus, kab sijunjung Nomor rekam medik ialah 17922 sumber data ini adalah pasien, rekam medik, dan tenaga Kesehatan	Tn. A seorang laki-laki berumur 30 tahun, tempat tanggal lahir pasien adalah Sungai Pua, 04 Juni 1993, suku pasien adalah minang, Pendidikan terakhir pasien adalah SMP, pasien beragama islam. Pasien tinggal di Panji Jorong alao Padang Laweh Sungai Pua, Agam, dengan Pekerjaan sebagai peni, dengan nomor rekam medis 045619 sumber data ini adalah pasien, rekam medik, dan tenaga Kesehatan
Alasan masuk	Pasien 1 Tn.M masuk Rumah sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang pada tanggal 8 April 2024 melalui IGD. Pasien diantar keluarga untuk yang ketiga kalinya Tn.M dirawat dengan gejala gelisah,mengamuk, marah-marah, merusak alat rumah	Pasien 2 Tn.A masuk Rumah sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang pada 13 April 2024 melalui IGD pasien di antar keluarga untuk ke- dua kalinya Tn.A masuk ke RSJ dengan gejala emosi labil tanpa sebab, merusak alat rumah tangga,

	<p>tangga, apabila cemburu pada istrinya jika berbicara dengan orang lain, memukul keluarga. Tn. M juga berbicara dan terawa sendiri dan idur malam kurang, serta kebersihan diri diarahkan.</p>	<p>memukul tetangga, berbicara kasar, Tn.A sering mengganggu gadis didesa sehingga ditegur oleh keluarga perempuan ang menimbulkan Tn.A bekelahi dengan kuarga perempuan, pandangan tajam, sering mondar-mandir dirumah, dan kemauan harus dituruti.</p>
KeluhanUtama	<p>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 April 2024 pasien Tn.M mengatakan masih merasa masih emosi apabila diruangan pasien lain mengganggu.</p> <p>Pasien mengatakan senang sendirian. Pasien mengatakan jika sendiri terkadang suka mendengar suara aneh, suara tersebut menyuruh pasien untuk marah-marah</p>	<p>Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 April 2024 pasien Tn.A mengatakan mengeluh bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan, merasa kesal apabila ada keributan selama diruang, merasa kesal bila diganggu oleh pasien lain, Pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri</p>
Faktor predisposisi		
Gangguan Jiwa DimasaLalu	<p>Pertama kali mengalami sakit sejak tahun 2016 karena istri mengalami keguguran, dirawat untuk ketiga kalinya, sebelumnya sudah pernah dirawat terakhir tahun 2023 selama 3 minggu pasien pulang dengan tenang dan dijemput keluarga.</p>	<p>Pertama kali mengalami sakit sejak tahun 2013 dikarenakan memakai NAPZA, dirawat untuk kedua kalinya, sebelumnya sudah pernah dirawat terakhir bulan April tahun 2013 pulang dengan tenang dan dijemput keluarga.</p>
Pengobatan sebelumnya	<p>Tn.M mengatakan bahwa pada bulan Juni tahun 2023 sudah melakukan pengobatan di RSJ HB Saanin Padang, dan sudah kontrol ulang, dan dilanjutkan pengobaan di puskesmas, 1 bulan sebelum MRS Tn. M putus oba dan marah apabila disuruh meminum obat</p>	<p>Pasien di rawat di RSJ pada pada tahun 2023 selama 3 minggu, saat di rumah pasien tidak mau minum obat pasien membuang obat yang di berikan dari RSJ.</p>

Aniaya fisik	Tn.M mengatakan pernah melakukan aniaya fisik dimana pasien memukul orang dijalan karna salah paham.	Tn.A mengatakan pernah melakukan aniaya fisik saat pasien SMP dimana pasien ikut tauran bersama teman-teman lain, dan dirumah apabila ada yang menghalangi menemui perempuan yang disukainya
Aniaya seksual	Tn.M mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban atau saksi aniaya seksual sebelumnya	Tn. A mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban atau saksi aniaya seksual sebelumnya
Penolakan	Tn.M mengatakan tidak pernah menjadi korban penolakan	Tn.A mengatakan pernah menjadi korban penolakan akibat ingin melanjutkan sekolah tetapi dilarang keluarga karena takut lebih terjerumus Napza, dan menerima penolakan oleh perempuan yang disukainya
kekerasan dalam keluarga	Tn.M mengatakan pernah menjadi pelaku kekerasan dalam keluarga sebelumnya	Tn.A mengatakan menjadi pelaku kekerasan dalam keluarga Sebelumnya
Tindakan kriminal	Tn.M mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban atau saksi tindakan kriminal	Tn.A mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban atau saksi tindakan kriminal
Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa	Tn.M mengatakan tidak ada anggota keluarga yang lain mengalami gangguan jiwa	Tn.A mengatakan tidak ada anggota keluarga yang lain mengalami gangguan jiwa
Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan	Tn.M mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan adalah Tn.M pernah memukul Istri diakibatkan cemburuan ang berlebihan, Tn.M menyesal telah melakukannya	Tn. A mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan adalah kegagalan tidak melanjutkan sekolah SMA karna pengaruh lingkungan sekolah didekat rumah ang sering menggunakan Napza

<p>Pemeriksaan fisik Tanda- tanda Vital</p>	<p>Dari hasil pemeriksaan fisik pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan dan saat pengkajian tampak pasien beraktivitas seperti biasa.</p> <p>Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn. M didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/98 mmHg, Nadi 89 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,8°C. Hasil pengukuran tinggi badan Tn. M didapatkan 163 cm, berat badan 56 Kg</p>	<p>Dari hasil pemeriksaan fisik pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan dan saat pengkajian tampak pasien beraktivitas seperti biasa.</p> <p>Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn. A didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/85 mmHg, Nadi 93 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Hasil pengukuran tinggi badan Tn. A didapatkan 169 cm, berat badan 53 Kg.</p>
<p>Keluhan fisik</p>	<p>Tn.M mengatakan badan terasa lelah</p>	<p>Tn.A mengatakan badan terasa Lelah dan terkadang pusing</p>
<p>Psikososial</p>		
<p>Genogram</p>	<p>Tn.M terdiri dari 4 orang bersaudara. Pasien merupakan anak pertama. Pasien sudah menikah dan tinggal bersama istri dan 2 orang anak. Dalam pengambilan keputusan adalah kepala keluarga yaitu pasien dan dibantu oleh istri.</p> <p>Pola asuh pasien bersifat bersifat demokratis di mana keputusan diambil secara Bersama-sama. Sejak kecil umur 9 tahun pasien di asuh oleh nenek pasien karna orang tua pasien sudah meninggal. Dalam komunikasi keluarga pasien lebih dekat dengan kakak laki-laki dan istri .</p>	<p>Pasien terdiri dari 5 orang bersaudara. Pasien merupakan anak ke 4. Pasien tinggal serumah bersamaayah, ibu dan saudara perempuan untuk pengambilan keputusan adalah kepala keluarga yaitu ayah pasien.</p> <p>Pola asuh dalam keluarga kurang tidak mandiri. Pasien cukup dimanjakan dari kecil. Pasien sangat dimanjakan orang tua seperti barang-barang yang bisa didapatkan dengan mudah. Komunikasi dalam keluarga pasien cukup baik karena komunikasi 2 arah. Jika ada masalah langsung diselesaikan secara demokratis dan kekeluarga</p>

Konsep Diri		
Citra tubuh	Tn.M mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya	Tn.A mengatakan merasa minder dengan jari kakinya tidak lengkap
Identitas Diri	Tn.M hanya tamatan SMA. Pasien mengatakan puas menjadi seorang laki-laki dan mensyukuri yang diberikan tuhan kepadanya	Tn.A hanya tamatan SMP. Pasien mengatakan puas menjadi seorang laki-laki dan mensyukuri yang diberikan tuhan kepadanya
Peran Diri	Tn.M menjadi seorang suami. Pasien mengatakan sangat sayang dengan istri dan anaknya	Tn.A tidak puas dengan perannya karna tidak bisa mendapatkan pekerjaan yang tetap dengan kondisinya yang seperti ini, dan tidak bisa membantu adik dan orang tuanya
Ideal Diri	Tn.M mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya agar bisa melakukan kegiatan seperti biasa. Pasien mengatakan ingin cepat pulang	Tn.A mengatakan ingin sembuh dan mempunyai pekerjaan
Harga Diri	Pasien mengatakan ingin sembuh dan ingin bekerja, dan menjadi kepala keluarga yang baik. Mengatakan dirinya malu dan tidak berguna dan sering merasa sedih dengan apa yang dirasakannya	Tn. A mengatakan ingin pulang cepat dan Mengatakan malu dengan sakit yang dideritanya. Sehingga orang menjaga jarak
Hubungan Sosial		
Orang terdekat	Tn.M mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya Istrinya	Tn. A mengatakan ia dekat dengan ibunya
Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat	Tn.M mengatakan jarang atau tidak pernah berinteraksi atau ikut dalam kegiatan kelompok/ masyarakat disekitar rumahnya.	Tn.A mengatakan jarang berinteraksi atau ikut dalam kegiatan kelompok / masyarakat disekitar rumahnya.

Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain	Tn. M mengatakan lebih suka menyendiri atau sendirian, dan tidak dapat mengontrol emosi sehingga orang sekitar takut berinteraksi dengan pasien.	Tn. A mengatakan tidak dapat mengontrol emosi sehingga orang sekitar takut berinteraksi dengan pasien.
Spiritual		
Nilai dan keyakinan	Tn.M mengatakan beragama islam dan percaya dengan Tuhan dan penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Tuhan.	Tn.A mengatakan beragama islam dan percaya dengan Tuhan dan penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Tuhan
Kegiatan ibadah	Tn.M mengatakan rajin shalat 5 waktu meminta petunjuk kepada Allah. Pasien juga melaksanakan ibadah lainnya seperti mengaji	Tn.A mengatakan jarang menjalankan ibadah solat 5 waktu selama di rumah dan selama di rumah sakit pasien menjalankan ibadah solat 5 waktu.
Status mental		
Penampilan	Tn.M Selama di rumah sakit penampilan pasien rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian seperti biasa rambut pasien sudah rapi, tangan bersih dan kuku pendek.	Tn.A selama di rumah sakit penampilan tidak rapi, rambut pasien berantakan, tangan bersih dan kuku pendek
Pembicaraan	Tn.M Saat di kaji cukup kooperatif, nada berbicara keras, dan pasien mampu memulai percakapan terlebih dahulu namun kontak mata ajam	Tn, A saat dikaji tidak kooperatif, nada bicara ketus, pasien tidak mampu memulai percakapan terlebih dahulu lebih banyak diam. Disela sela percakapan pasien sering Ngaur
Aktivitas motorik	Tn.M tampak tegang dan gelisah	Tn. A tampak gelisah, pasien suka mondar mandir di ruangan

Alam perasaan	Tn. M mengatakan perasaannya sedih karna jarang dijenguk keluarga	Tn. A mengatakan perasaan takut lama keluar darii rumah sakit
Afek	Afek Tn.M labil pasien akan marah jika dimarahi dan di ganggu oleh pasien lainnya	Tn.A selama berinteraksi afek labil karena pasien suka marah jika ganggu oleh pasien lainnya
Interaksi selama wawancara	Selama berinteraksi Tn. M kooperatif, tidak mudah tersinggung, kontak mata tajam, pasien mampu menjawab semua pertanyaan yang diberikan.	Tn. A berinteraksi tidak kooperatif, kontak mata kurang dan tajam, pasien banyakdiam.
Persepsi	Tn. M mengatakan mendengarkan suara-suara yang menyuruhnya untuk melakukan tindakan kriminal pasien mendengarkan suara ketika malam hari saat ingin tidur. Frekuensi yang pasien dengarkan 2 x.	Tn.A Mengatakan ada mendengar bisikan yang memanggil- mangilnya, dan menyuruhnya marah-marah tanpa sebab. Frekuensi dari bisikan tersebut datang pada saat sendiri 3-4 kali dalam sehari, paling sering datang saat sendiri, lama halusinasinya biasanya 5-10 menit
Proses pikir	Proses pikir Pasien mampu menjawab walaupun tidak semua pertanyaan dijawab dan dijawab dengan cepat, juga tidak mengalami flight of ideas maupun perseverasi.	Mampu menjawab walaupun tidak semua pertanyaan dijawab dan dijawab dengan lambat, juga tidak mengalami flight of ideas maupun perseverasi
Isi pikir	Saat pengkajian tidak memiliki rasa curiga.	Saat pengkajian tidak memiliki rasa curiga.

Tingkat kesadaran	Menyadari dirinya saat ini di RSJ karena berobat penyakitnya yang dapat dikontrol dengan minum obat, pasien dapat menyebutkan waktu seperti jam 10.00 WIB, tempat, dan nama orang yang dikenalnya .	Menyadari dirinya saat ini di RSJ karena berobat penyakitnya yang dapat dikontrol dengan minum obat, pasien dapat menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya
Memori	Tidak ada masalah dalam hal ingatan jangka panjang maupun jangka pendek	Tidak ada masalah dalam hal Ingatan jangka panjang maupun jangka pendek
Tingkat konsentrasi dalam berhitung	Tn.M dapat berkonsentrasi dalam berhitung	Tn.A dapat berkonsentrasi dalam berhitung
Kemampuan penilaian	Tn. M dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain, masih mampu melakukan penilaian akan hal sederhana	Tn.A mengalami gangguan ringan dimana dibantu dalam mengambil keputusan
Daya tilik	Daya Tilik Diri Pasien mampu mengenali penyakitnya dan tidak mengingkari terhadap penyakitnya karna pasien mampu menjelaskan mengapa pasien bisa seperti ini	Tn. A menerima penyakitnya dan merasa sekarang tidak sakit
Mekanisme Koping		
Koping adaptif	Tn.M mengikuti kegiatan didalam ruangan seperti olahraga	Tn. A mengikuti kegiatan didalam ruangan seperti olahraga
Koping maladaptif	Tn. M jarang berbicara dengan orang lain didalam ruangan, Pasien lebih sering mencoba menghindari petugas	Tn. A mengatakan ketika ada masalah dengan orang lain, mudah emosi dan tersinggung, jarang bercerita tentang masalah yang dialami dan jika ada masalah lebih suka merokok.
Aspek medik		
Diagnosa Medik	Pasien 1 Tn. M dirawat dengan diagnosa <i>Skizofrenia Paranoid</i>	Pasien 2 Tn.A dirawat dengan diagnose <i>Skizofrenia Campuran</i>

Terapi medik	<i>Risperidone 2x 2mg</i> <i>Lorazepam 1 x2 mg</i>	<i>Risperidone 2x 2 mg</i> <i>Haloperidol 1 x1 mg</i> <i>Lorazepam 1 x2 mg</i>
Perumusan masalah keperawatan	Dari hasil pengkajian dan observasi diatas ditemukan diagnosa prioritas pada Pasien 1 (Tn. M) yaitu Resiko prilaku kekerasan, halusinasi Dan HDR.	Dari hasil pengkajian dan observasi diatas diagnose prioritas pada pasien 2 (Tn.A) yaitu Resiko prilaku kekerasan, halusinasi dan Harga diri rendah.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis	Pasien Kelolaan 1	Pasien Kelolaan 2
Diagnosis Keperawatan	Resiko Perilaku Kekerasan, Halusinasi, Harga Diri Rendah	Resiko Perilaku Kekerasan, Halusinasi, Harga Diri Rendah

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi	Pasien 1	Pasien 2
Rencana keperawatan	<p>Diagnosis Resiko perilaku kekerasan adalah :</p> <p>SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan, Jelaskan cara Latihan napas dalam memukul bantal untuk mengontrol perilaku kekerasan, Latih cara mengontrol marah dengan Latihan fisik 1 dan 2 yaitu Latihan napas dalam dan memukul bantal, Minta pasien memperagakan ulang, Pantau penerapan cara ini berikan penguatan perilaku, Masukkan dalam jadwal kegiatan harian selanjutnya.</p> <p>SP 2 Evaluasi kegiatan yang lalu yaitu cara latihan fisik 1 dan 2 (Tarik nafas dalam dan memukul bantal), Latih cara mengontrol emosi dengan cara mengkonsumsi obat secara rutin (jelaskan 6 benar minum obat, jenis, guna, dosis, frekuensi dan cara kontinuitas minum obat),</p>	<p>Diagnosis Resiko perilaku kekerasan adalah :</p> <p>SP 1 Identifikasi penyebab dan tanda gejala perilaku kekerasan, Jelaskan cara Latihan napas dalam memukul bantal untuk mengontrol perilaku kekerasan, Latih cara mengontrol marah dengan Latihan fisik 1 dan 2 yaitu Latihan napas dalam dan memukul bantal, Minta pasien memperagakan ulang, Pantau penerapan cara ini berikan penguatan perilaku, Masukkan dalam jadwal kegiatan harian selanjutnya.</p> <p>SP 2 Evaluasi kegiatan yang lalu yaitu cara latihan fisik 1 dan 2 (Tarik nafas dalam dan memukul bantal), Latih cara mengontrol emosi dengan cara mengkonsumsi obat secara rutin (jelaskan 6 benar minum obat, jenis, guna, dosis, frekuensi dan cara kontinuitas</p>

	<p>Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>SP 3 Evaluasi kegiatan yang lalu yaitu cara latihan fisik 1 dan 2, dan minum obat secara teratur, Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan cara yang baik), Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien di lanjutkan dengan</p> <p>SP 4 Evaluasi kegiatan yang lalu yaitu cara latihan fisik 1 obat secara teratur, dan 2, minum dan mengungkapkan perilaku kekerasan secara verbal. Pelatih mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan spiritual Suruh pasien memperagakan latihan yang dilakukan selanjutnya. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien Dan melanjutkan terapi dzikir</p>	<p>minum obat), Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>SP 3 Evaluasi kegiatan yang lalu yaitu cara latihan fisik 1 dan 2, dan minum obat secara teratur, Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan cara yang baik), Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien di lanjutkan dengan</p> <p>SP 4 Evaluasi kegiatan yang lalu yaitu cara latihan fisik 1 obat secara teratur, dan 2, minum dan mengungkapkan perilaku kekerasan secara verbal. Pelatih mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan spiritual Suruh pasien memperagakan latihan yang dilakukan selanjutnya. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian pasien Dan melanjutkan terapi dzikir</p>
--	--	---

Diagnosis halusinasi adalah membuat rencana keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaannya yaitu bina hubungan saling percaya; bantu pasien mengenal halusinasinya : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi; latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas sehari-hari.

Diagnosis **HDR** berdasarkan strategi pelaksanaannya yaitu SP 1 identifikasi pandangan/penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, harapan yang belum terpenuhi, identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif

Diagnosis halusinasi adalah membuat rencana keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaannya yaitu bina hubungan saling percaya; bantu pasien mengenal halusinasinya : isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi; latih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar minum obat, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas sehari-hari.

Diagnosis **HDR** berdasarkan strategi pelaksanaannya yaitu SP 1 identifikasi pandangan/penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, harapan yang belum terpenuhi, identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif

pasien, bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan, bantu pasien memilih kegiatan, buat daftar kegiatan latihan kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya), masukkan kegiatan pada jadwal kegiatan

SP 2 Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah, validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian, evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, bantu pasien memilih kegiatan kedua (alat dan cara), masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan dua kegiatan

SP 3 Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah, validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian, evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua, bantu pasien memilih kegiatan ketiga (alat

pasien, bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan, bantu pasien memilih kegiatan, buat daftar kegiatan latihan kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya), masukkan kegiatan pada jadwal kegiatan

SP 2 Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah, validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian, evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, bantu pasien memilih kegiatan kedua (alat dan cara), masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan dua kegiatan

SP 3 Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah, validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian, evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua, bantu pasien memilih kegiatan ketiga (alat

<p>dan cara), masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan dua kegiatan</p> <p>SP 4 Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah, validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian, evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga, bantu pasien memilih kegiatan keempat (alat dan cara), masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan dua kegiatan</p>	<p>dan cara), masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan dua kegiatan</p> <p>SP 4 Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah, validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian, evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga, bantu pasien memilih kegiatan keempat (alat dan cara), masukan pada jadwal kegiatan untuk Latihan dua kegiatan</p>
--	--

4. Implementasi Keperawatan

Hari/ Tanggal/ Jam	Bapak M	Hari/ Tanggal/ Jam	Bapak A
	Resiko Perilaku Kekerasan		Resiko Perilaku Kekerasan
Rabu 17 april 2024, pukul 08.40 WIB	strategi pelaksanaan 1: mengidentifikasi perasaan marah pasien, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, serta akibatnya; melatih pasien mengontrol marah dengan cara latihan fisik yaitu pukul bantal dan nafas dalam. Pada	Rabu 17 april 2024, pukul 11.30 WIB	strategi pelaksanaan 1: mengidentifikasi perasaan marah pasien, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, serta akibatnya; melatih pasien mengontrol marah dengan cara latihan fisik yaitu pukul bantal dan nafas dalam. Pada
Jumat 19 april 2024 pukul 11.00 WIB	strategi pelaksanaan 2: melatih pasien mengontrol marah dengan patuh minum obat yaitu mengajarkancara 6 benar minum obat.	Jumat 19 april 2024 pukul 09.00 WIB Sabtu 20 april 2024, pukul 12.30 WIB	strategi pelaksanaan 2: melatih pasien mengontrol marah dengan patuh minum obat yaitu mengajarkan cara 6 benar minum obat.
Sabtu 20 april 2024 pukul 11.00 WIB	Strategi pelaksanaan 3: melatih pasien mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta dan menolak dengan baik.	senin 22 april 2024, pukul 12.30 WIB	Strategi pelaksanaan 3: melatih pasien mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta dan menolakdengan baik.
Selasa 23- april 2024	Strategi pelaksanaan 4: melatih pasien mengontrol marah dengan latihan spiritual.	Rabu 24 april 2024, pukul	Strategi pelaksanaan 4: melatih pasien mengontrol marah dengan latihan spiritual.

	Halusinasi		Halusinasi
Kamis 18 april 2024 pukul 11.00 WIB	Strategi pelaksanaan 1: membantu pasien mengenal halusinasinya isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi; melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara Menghardik	Kamis 18 april 2024 pukul 09.00 WIB	Strategi pelaksanaan 1: membantu pasien mengenal halusinasinya isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon pasien, serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi; melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara Menghardik
Jumat 19 april 2024 pukul 11.00 WIB	Strategi pelaksanaan 2: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara patuh dan benar minum obat	Jumat 19 april 2024 pukul 09.00 WIB	Strategi pelaksanaan 2: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara patuh dan benar minum obat
Sabtu 20 april 2024 pukul 09.00 WIB	Strategi pelaksanaan 3: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.	Sabtu 20 april 2024 pukul 10.00 WIB	Strategi pelaksanaan 3: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain.
Senin 22 april 2024, pukul 09.00 WIB	Strategi pelaksanaan 4: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.	Senin 22 april 2024, pukul 13.00 WIB	Strategi pelaksanaan 4: melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.

	HDR		HDR
Selasa 23 april 2024 pukul 11.00 WIB	Strategi pelaksanaan 1 : membantu pasien melakukan kegiatan dan aspek positif, membantu membuat daftar kegiatan, membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini, pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan untuk dilatih, membantu latih kegiatan yang dipilih yaitu merapikan tempat tidur	Rabu 24 april 2024 pukul 12.30 WIB	Strategi pelaksanaan 1 : membantu pasien melakukan kegiatan dan aspek positif, membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini, membantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan untuk dilatih, membantu latih kegiatan yang dipilih yaitu merapikan meja makan
Rabu 24 april 2024, pukul 13.30 WIB	Strategi pelaksanaan 2: melatih melakukan kegiatan kedua yang dipilih yaitu mencuci gelas	Kamis 25 april 2024, pukul 14.30 WIB	Strategi pelaksanaan 2: melatih melakukan kegiatan kedua yang dipilih yaitu merpikan tempat tidur
Kamis 25 april 2024, pukul 15.00 WIB	Strategi pelaksanaan 3 : melatih melakukan kegiatan ketiga yang dipilih yaitu menyapu ruangan makan	Jumat 26 april 2024 , pukul 15.30 WIB	Strategi pelaksanaan 3 : melatih melakukan kegiatan ketiga yang dipilih yaitu mengumpulkan sampah cemilan dalam tempat sampah.
Jumat 26 april 2024, pukul 15.00 WIB	Strategi pelaksanaan 4: melatih melakukan kegiatan keempat yang dipilih yaitu mengepel ruangan.	Sabtu 27 april 2024, pukul 14.30 WIB	Strategi pelaksanaan 4: melatih pasien berinteraksi sambil melakukan kegiatan mepel ruangan dengan teman di ruangan

5.Evaluasi

Evaluasi	Tn. M	Tn. A
<p>Evaluasi Keperawatan</p>	<p>Evaluasi keperawatan pada Diagnosis utama RPK didapatkan berdasarkan hasil dari implementasi keperawatan Dimana peneliti melakukan implementasi terapi generalis selama 4 hari : Pada Rabu 17april 2024, pukul 08.40 WIB strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal pasien mengatakan sudah memahami cara mengontrol marah yang telah diajarkan yaitu dengan latihan nafas dalam dan pukul bantal. pasien mengatakan akan mengambil nafas dalam dan melampiaskan kemarahannya ke bantal. Pasien mencobakan dan memasukan kejadwal kegiatan harian yang telah disepakati.</p> <p>Pasien tampak melakukan nafas dalam dan pukul bantal dengan sesuai yang diarahkan, tatapan mata masih tajam,</p> <p>Dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan pertama yaitu Tn.M mampu melakukan latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua risiko perilaku kekerasan.</p>	<p>Evaluasi keperawatan pada Diagnosis utama RPK didapatkan berdasarkan hasil dari implementasi keperawatan Dimana peneliti melakukan implementasi terapi generalis selama 4 hari : Pada Rabu 17april 2024, pukul 11.30 WIB strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal pasien mengatakan sudah memahami cara mengontrol marah yang telah diajarkan yaitu dengan latihan nafas dalam dan pukul bantal. pasien mengatakan akan mengambil nafas dalam dan melampiaskan kemarahannya ke bantal. Pasien mencobakan dan memasukan kejadwal kegiatan harian yang telah disepakati.</p> <p>Pasien tampak melakukan nafas dalam dan pukul bantal dengan sesuai yang diarahkan, tatapan mata masih tajam, kontak mata kurang.</p> <p>Dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan pertama yaitu Tn.M mampu melakukan latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua risiko perilaku kekerasan</p>
	<p>Pada Jumat 19 april 2024 pukul 11.00 WIB strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang kedua pasien mengatakan ada melakukan latihan nafas dalam dan pukul bantal secara mandiri. pasien mengatakan sudah mengerti tentang obatnya serta mengatakan akan minum obat</p>	<p>Pada Jumat 19 april 2024 pukul 09.00 WIB Untuk evaluasi strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang kedua pasien mengatakan ada melakukan latihan nafas dalam dan pukul bantal secara mandiri. pasien mengatakan akan minum obat secara teratur agar cepat</p>

	<p>secara teratur agar cepat sehat. pasien tampak mampu menyebutkan kembali beberapa nama, warna, manfaat, dan waktu minum obat yang dikonsumsi, pasien minum obat dengan benar dengan bantuan dan pengawasan perawat. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan kedua yaitu pasien mampu melakukannya secara mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga risiko perilaku kekerasan.</p>	<p>sehat. Tn. A tampak kurang mampu menyebutkan kembali nama obat, warna, manfaat, dan waktu minum obat yang dikonsumsi, pasien minum obat dengan benar dengan bantuan dan pengawasan perawat. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan kedua yaitu pasien kurang mampu melakukannya dengan bantuan dan diawasi perawat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua belum tercapai, kemudian diulangi lagi strategi pelaksanaan kedua risiko perilaku kekerasan.</p> <p>Pada Sabtu 20 april 2024 pukul 12.30 WIB pasien tampak mampu menyebutkan kembali beberapa nama, warna, manfaat, dan waktu minum obat yang dikonsumsi, pasien minum obat dengan benar dengan bantuan dan pengawasan perawat. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan kedua yaitu pasien mampu melakukannya secara mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga risiko perilaku kekerasan.</p>
	<p>Pada Sabtu 20 april 2024 pukul 11.00 WIB dilakukan evaluasi terhadap strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan ketiga yaitu mengontrol marah dengan cara verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik), pasien mengatakan sudah melakukan latihan nafas dalam, pukul bantal, dan minum obat dengan bantuan perawat. Selanjutnya untuk data objektif ditemukan pasien tampak tenang dan kooperatif serta mampu mengulangi apa yang sudah</p>	<p>Pada Senin 22 april 2024 pukul 12.30 WIB WIB dilakukan evaluasi terhadap strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan ketiga yaitu mengontrol marah dengan cara verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik), pasien mengatakan sudah melakukan latihan nafas dalam, pukul bantal, dan minum obat dengan bantuan perawat, pasien Mengatakan bisa melakukan cara verbal dengan memintak dan menolak secara baik tanpa marah-</p>

	<p>dijelaskan. Berdasarkan hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang ketiga, dimana pasien mampu melakukannya secara mandiri sehingga strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan ketiga tercapai, kemudian dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat risiko perilaku kekerasan. Selanjutnya untuk evaluasi strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang keempat.</p>	<p>marah. Selanjutnya untuk data objektif ditemukan pasien tampak tenang dan kooperatif serta mampu mengulangi apa yang sudah dijelaskan. Berdasarkan hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang ketiga telah terlaksana dan dilanjutkan strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang keempat.</p>
	<p>Pada Selasa 23 april 2024 pukul 09.45 WIB pasien mengatakan hatinya merasa damai setelah diajarkan cara mengontrol marah yang keempat yaitu dengan latihan spiritual (melakukan berdzikir). pasien mengatakan jika ada rasa marah ia akan langsung beristigfar. Selanjutnya dari hasil evaluasi objektif pasien tampak tenang dan mampu memahami dan memperagakan cara mengontrol marah dengan latihan spiritual. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan keempat yaitu pasien mampu melaksanakan cara spiritual mengontrol marah yakni dengan beristigfar secara mandiri sehingga strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang keempat tercapai. Kemudian dilanjutkan evaluasi Terapi Zikir secara lengkap dengan menggunakan tasbeih selma 5 hari berturut</p>	<p>Pada Rabu 23 april 2024 pukul 09.45 WIB pasien mengatakan hatinya merasa damai setelah diajarkan cara mengontrol marah yang keempat yaitu dengan latihan spiritual (melakukan berdzikir). pasien mengatakan jika ada rasa marah ia akan langsung beristigfar. Selanjutnya dari hasil evaluasi objektif pasien tampak tenang dan mampu memahami dan memperagakan cara mengontrol marah dengan latihan spiritual. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan keempat yaitu pasien mampu melaksanakan cara spiritual mengontrol marah yakni dengan beristigfar secara mandiri sehingga strategi pelaksanaan risiko perilaku kekerasan yang keempat tercapai. Kemudian dilanjutkan evaluasi Terapi Zikir secara lengkap dengan menggunakan tasbeih selma 5 hari berturut</p>

	<p>Evaluasi implementasi terapi dzikir yang dilakukan selama 5 hari yaitu :</p> <p>Evaluasi hari rabu 24 april 2024 pukul 09.30 WIB dengan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan telah mampu melakukan nafas dalam dan pukul bantal, minum obat, cara verbal , dan melakukan sprital, pasien mengatakan masih bisa emosi terkadang tidak terkontrol, biasana apabila ada pasien lain yang mengganggu. pasien mengatakan senang melakukan terapi dzikir merasa lebih tenang dan lebih nyaman, data objektif yang ditemukan tampak pasien antusias untuk melakukan terapi dzikir, dan dapat mengulangi bacaan istighfar, tasabih, dan tahmid, pasien masih sering lupa dengan bacaan tahmid, dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya, dan memasukan kedalam jadwal harian.</p> <p>Hari kamis 25 april 2024 pukul 15.20 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang melakukan terapi dzikir,. Pasien mengatakan ada melakukan terapi dzikir. Sedangkan data objektif yang ditemukan pasien mengikuti dan antusias setiap akan melakukan terapi dzikir, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu</p>	<p>Evaluasi implementasi terapi dzikir yang dilakukan selama 5 hari yaitu :</p> <p>Evaluasi hari kamis 25 april 2024 pukul 16.30 WIB dengan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan telah mampu melakukan nafas dalam dan pukul bantal, minum obat, cara verbal , dan melakukan sprital, pasien mengatakan masih bisa emosi terkadang tidak terkontrol, biasana apabila ada pasien lain yang mengganggu. pasien mengatakan senang melakukan terapi dzikir merasa lebih tenang dan lebih nyaman, data objektif yang ditemukan tampak pasien antusias untuk melakukan terapi dzikir, dan dapat mengulangi bacaan istighfar, tasabih, dan tahmid, pasien masih sering lupa dengan bacaan tahmid, dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya, dan memasukan kedalam jadwal harian.</p> <p>Hari jumat 26april 2024 pukul 14.30 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang melakukan terapi dzikir,. Pasien mengatakan ada melakukan terapi dzikir. Sedangkan data objektif yang ditemukan pasien mengikuti dan antusias setiap akan melakukan terapi dzikir, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan seperti bacaan</p>
--	---	---

	<p>mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan seperti bacaan istighfar, tasbih, tahmid, dan tahlil, pasien sudah hafal dengan keempat bacaan dzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya, pemberian terapi dzikir tetap dilanjutkan, dan mengisi jadwal harian.</p> <p>Evaluasi hari Jumat 26 april 2024 pukul 15.00 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang dan nyaman melakukan terapi dzikir, Sedangkan data objektif yang ditemukan pasien mengikuti terapi dzikir, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan seperti bacaan istighfar, tasbih, tahmid, dan tahlil, pasien sudah hafal dengan keempat bacaan dzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya, pemberian terapi dzikir tetap dilanjutkan, dan mengisi jadwal harian.</p> <p>Evaluasi hari Sabtu 27 april 2024 pukul 16.23 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan</p>	<p>istighfar, tasbih, tahmid, dan tahlil, pasien sudah hafal dengan keempat bacaan dzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya, pemberian terapi dzikir tetap dilanjutkan, dan mengisi jadwal harian.</p> <p>Sabtu 27 april 2024 pukul 14.15 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang dan nyaman melakukan terapi dzikir, Sedangkan data objektif yang ditemukan pasien mengikuti terapi dzikir, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan seperti bacaan istighfar, tasbih, tahmid, dan tahlil, pasien sudah hafal dengan keempat bacaan dzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya, pemberian terapi dzikir tetap dilanjutkan, dan mengisi jadwal harian.</p> <p>Minggu 28 april 2024 pukul 16.00 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang, nyaman, dan tenang melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang, nyaman, dan tenang melakukan terapi dzikir, Sedangkan data</p>
--	--	---

	<p>mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang, nyaman, dan tenang melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang, nyaman, dan tenang melakukan terapi dzikir, Sedangkan data objektif yang ditemukan pasien mengikuti terapi dzikir, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu mempraktekan dzikir yang telah diajarkan, terapi dzikir tetap dilanjutkan.</p> <p>Evaluasi hari Minggu 28 April 2024 pukul 15.30 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang, nyaman, dan tenang melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan emosi sudah bisa dikelola sendiri, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya secara mandiri.</p>	<p>objektif yang ditemukan pasien mengikuti terapi dzikir, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu mempraktekan dzikir yang telah diajarkan, terapi dzikir tetap dilanjutkan.</p> <p>Senin 29 April 2024 pukul 15.00 WIB dilakukan pemberian terapi dzikir, pasien mengatakan mampu melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan senang, nyaman, dan tenang melakukan terapi dzikir, pasien mengatakan emosi sudah bisa dikelola sendiri, pasien tampak serius mengikuti terapi dzikir, pasien mampu mempraktekan cara berdzikir yang telah diajarkan. Dari hasil evaluasi subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap pemberian terapi dzikir pasien mampu melakukannya secara mandiri.</p>
--	---	--

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada pasien 1 (Tn. M) dan pasien 2 (Tn. A) dengan resiko perilaku kekerasan di ruangan Nuri Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang, maka dalam bab ini peneliti akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Didalam penyusunan asuhan keperawatan peneliti melakukan pengkajian keperawatan, merumuskan Diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi, serta penerapan terapi dzikir dengan uraian sebagai berikut

1. Pengkajian Keperawatan

a. Alasan Masuk

Pada pasien 1 (Tn.M) dirawat dengan gejala gelisah, mengamuk, marah-marah, merusak alat rumah tangga, memukul keluarga. Sedangkan dengan pasien 2 (Tn.A) di antar keluarga untuk kedua kalinya dengan gejala emosi labil tanpa sebab, merusak alat rumah tangga, memukul tetangga, berbicara kasar, mengganggu gadis didesa sehingga ditegur oleh keluarga perempuan yang menimbulkan Tn.A berkelahi dengan keluarga perempuan, pandangan tajam, sering mondar-mandir dirumah, dan kemauan harus dituruti.

Hal ini sesuai dengan teori (Keliat, 2019) yang menjelaskan bahwa pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan rentan melakukan perilaku yang dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional. Adapun tanda dan gejala pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan berkesinampungan antara teori dengan kasus yang ditemukan selama penelitian.

b. Keluhan utama

Penelitian pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 April 2024 pasien 1 (Tn.M) mengatakan masih merasa masih emosi apabila diruangan pasien lain mengganggu, jika sendiri terkadang suka mendengar suara aneh yang menyuruh pasien marah-marrah, pandang mata tajam, kedua tangan mengepal. Sedangkan pasien 2 (Tn.A) mengatakan mengeluh bingung ingin melakukan kegiatanapa diruangan, merasa kesal apabila ada keributan selama diruang, merasa kesal bila diganggu oleh pasien lain, pasien tanpak berbicara dan tertawa sendiri.

Keluhan utama yang didapatkan dari kedua pasien mempunyai beberapa kesamaan dengan keluhan utama pada penelitian oleh (Vahurina & Rahayu, 2021) tanda dan gejala diagnosa perilaku kekerasan antara lain yaitu muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar atau memukul benda/orang lain

Hal ini sejalan dengan penelitian Hasannah (2019) tanda dan gejala fisik dari risiko perilaku kekerasan dapat berupa mata melotot, tangan menggepal, postur tubuh kaku, katakata kotor, berbicara dengan suara keras dan kasar, dapat mengamuk dan melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Merusak benda atau barang tidak memiliki kemampuan mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasan. Tanda dan gejala diagnosa halusunasi yaitu bicara senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari dari orang lain, perhatian dengan lingkungan kurang, curiga, bermusuhan, sulit berhubungan dengan orang lain. Sedangkan tanda dan gejala diagnosa harga diri rendah yaitu perasaan tidak mampu,

pengurangan diri sendiri/mengejek diri sendiri, mengungkapkan kegagalan, menarik diri dari hubungan sosial.

Menurut SDKI (2018) bahwa seseorang dengan diagnosa perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala seperti mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengepal postur tubuh kaku.

Berdasarkan data yang didapatkan pada kedua pasien sesuai dengan teori tanda dan gejala yang muncul yang dialami oleh pasien dan asumsi peneliti tidak terdapat perbedaan antara teori dan kasus yang ditemukan selama penelitian .

c. Faktor Predisposisi

Peneliti berpendapat faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa (resiko perilaku kekerasan) pada pasien 1 (Tn. M) karena pada saat dilakukan pengkajian dengan keluarga, keluarga mengatakan semenjak istri mengalami keguguran, pasien tanpak murung dan menyendiri, marah tanpa sebab, dan pernah melakukan aniaya fisik, pasien dirawat untuk ketiga kalinya, pasien mengalami putus obat dikarenakan tidak mau meminum obat dan marah saat diberikan obat.

Pada pasien 2 (Tn. A) didapatkan faktor predisposisi pasien pernah melakukan aniaya fisik saat pasien SMP dimana pasien ikut tauran bersama teman-teman lain, dan dirumah apabila ada yang menghalangi menemui perempuan yang disukainya. Pasien juga sempat menggunakan Narkoba jenis sabu yang didapatkan oleh teman terdektnya setelah kejadian tersebut orang tua pasien merehabilitasi

pasien kurang lebih 1 tahun setelah pulang ke rumah emosi pasien tidak stabil karna pasien putus obat lalu orang tua membawa pasien ke RSJ untuk pertama kalinya pasien dirawat selama 3 minggu lalu pulang, pasien juga putus obat dan marah saat diberikan obat.

Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain adalah faktor biologi, psikologi, sosiokultural, dan spiritual, pada saat mengkaji pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pasien pernah melakukan tindak kriminal karena memukul orang lain hanya karena masalah kecil. Koping individu yang tidak efektif dalam menghadapi stress yang muncul dapat menimbulkan perilaku kekerasan. Pasien merasa frustrasi yang dialaminya sehingga stressor yang dialami pasien meningkat dan dapat menyebabkan perilaku kekerasan. (Sari, 2019).

Kesamaan dari faktor predisposisi yang dimiliki oleh pasien 1 dan pasien 2 adalah hambatan dalam mencapai tujuan. Pasien 1 mengatakan frustrasi akibat ketidakberdayaan atas kehilangan calon anak pertamanya dahulu dimana istri pasien mengalami keguguran. Sedangkan pada pasien 2 merasa frustrasi dan stress akibat merasa kegagalan dalam melanjutkan sekolah akibat perilaku pasien sehingga orang tua melarang pasien untuk melanjutkan sekolah, yang menimbulkan penyesalan pada pasien sendiri, serta kemauan pasien pada seorang perempuan yang tidak tercapai.

Sejalan dengan teori Prabowo (2014), mengatakan, kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau sanksi penganiayaan.

Teori Kusumawati (2018) mengatakan faktor psikologis terjadinya perilaku kekerasan yaitu frustrasi, bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan. Sebagian besar pasien perilaku kekerasan mengatakan mereka banyak mempunyai masalah dalam keluarga, sering dihina oleh orang lain dan gagal dalam berumah tangga, tidak terpenuhinya kepuasan, ketidakberdayaan sehingga pasien merasa frustrasi dan stress sehingga lebih memilih melakukan perilaku kekerasan terhadap orang sekitarnya sebagai bentuk mekanisme koping yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang dihadapi.

Seseorang yang mengalami kehilangan, kegagalan dan berduka akan merasakan perasaan yang tidak enak dan tidak nyaman. Perasaan yang berlebihan akan menyebabkan seseorang tertekan dan terganggu kejiwaannya. Perasaan cemas yang berlebihan akan sangat mempengaruhi seseorang mengalami gangguan jiwa dan dapat mengakibatkan terjadinya risiko perilaku kekerasan (Fadli, 2016)

Penelitian oleh (Freud 2019) terdapat hubungan tidak terpenuhinya kepuasan dan keinginan dapat mengakibatkan berkembangnya ego Perilaku agresif tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa tidak terpenuhinya kepuasan dan keinginan pelaku tindak kekerasan. Kegagalan dan tidak terpenuhinya keinginan di masa lalu akan menyebabkan terjadinya gangguan di masa sekarang. ketika seseorang mendapat masalah di masa lalunya dan belum terselesaikan, seringkali hal itu akan menyebabkan distorsi di masa sekarang

Faktor predisposisi yang menjadi pembeda kedua pasien adalah pada pasien 2, gangguan jiwa muncul akibat sempat menggunakan Narkoba jenis sabu yang didapatkan oleh teman terdekatnya setelah kejadian tersebut orang tua klien merehabilitasi klien kurang lebih 1 tahun setelah pulang ke rumah emosi klien tidak stabil.

Faktor predisposisi yang menyebabkan Tn. A mengalami perilaku kekerasan adalah adanya faktor Biologi penggunaan NAPZA diantaranya menghisap ganja riwayat penggunaan zat adiktif merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa pasien saat ini (Sutejo, 2018). Teori ini mengatakan bahwa kelainan struktur otak seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak, ketidak efektifan kerja amigdala hipocampus serta perubahan limbik dapat menyebabkan skizofrenia (Yudhantara, 2018).

Terdapat kesesuaian antara penelitian yang dilakukan oleh Anang Purwanto (2019) di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta mengatakan faktor predisposisi penyebab terjadinya kekambuhan perilaku kekerasan adalah faktor biologi, karena ditemukan riwayat penggunaan Zat adiktif dan stressor yang memicu penggunaan zat adiktif yang menyebabkan terjadinya kondisi perilaku kekerasan.

Gangguan jiwa bisa juga disebabkan oleh narkoba, yang merupakan obat atau zat yang berasal dari tanaman/ bukan tanaman baik yang dapat menyebabkan perubahan kesadaran, menenangkan syaraf, menghilangkan rasa sakit, mengakibatkan rasa kantuk, menurunkan serta menghilangkan rasa nyeri, hingga mampu menimbulkan ketergantungan. Narkoba sendiri disalahgunakan oleh oknum sebagai jalan keluar pintas untuk mendapatkan efek tersebut, yang

pada akhirnya berdampak pada berbagai aspek dalam kehidupan individu tersebut mulai dari aspek kesehatan, sosial, ekonomi, hukum, hingga psikologis. Dari berbagai hal yang dapat diakibatkan oleh penggunaan narkoba, ada satu dampak yang cukup memberikan perubahan besar, yaitu dampak secara psikologis.

Asumsi peneliti adalah tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang peneliti temukan di lapangan. Peneliti menemukan bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan kedua pasien Tn.M dan Tn.A gangguan jiwa adalah faktor psikologis kehilangan dan faktor biologis penggunaan Napza. Dimana Faktor psikologis yang berperan terhadap timbulnya gangguan jiwa antara lain adalah kehilangan, keinginan yang tidak tercapai, interaksi dengan orang lain, intelegensia, konsep diri, keterampilan, kreativitas, dan tingkat perkembangan emosional.

d. Status Mental

Pada status mental terdapat beberapa persamaan dan perbedaan antara Pasien 1 dan Pasien 2 diantaranya penampilan kedua pasien saat diruangan rapi, rambut rapi dan sudah dipotong, berpakaian sudah tepat dan sesuai, tangan bersih, dan kuku pendek. Pembicaraan kedua pasien berbeda dimana pasien 1 Saat di kaji cukup kooperatif, nada berbicara keras, dan pasien mampu memulai percakapan terlebih dahulu namun kontak mata tajam, sedangkan pasien 2 saat dikaji kooperatif, nada bicara keras, pasien tidak mampu memulai percakapan terlebih dahulu lebih banyak diam. Disela sela percakapan pasien sering ngaur.

Alam perasaan pasien 1 perasaannya sedih karna jarang dijenguk keluarga. Sedangkan pasien 2 takut lama keluar dari rumah sakit, interaksi Selama wawancara pasien 1 kooperatif, tidak mudah tersinggung, kontak mata kurang, pasien mampu menjawab semua pertanyaan yang diberikan, sedangkan pasien 2 kooperatif, kontak mata tajam, pasien banyak diam. Persepsi kedua pasien sama-sama melihat suara aneh.

Menurut Direja (2019) tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dilihat dari pengkajian status mental dalam pembicaraan dengan nada keras, kasar, mengancam dan aktivitas motorik tanga mengempal, tegang, muka merah, menyerang orang lain dan melukai diri sendiri dan orang lain. Berdasarkan teori diatas asumsi penulis bahwa pada pengkajian status mental hal utama yang perlu dikaji tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dilihat melalui pembicaraan dengan nada yang tinggi dan keras, menyerang orang lain dan melukai diri sendiri dan orang lain.

Berdasarkan data yang didapatkan pada kedua pasien sesuai dengan penelitian orang lain dan teori yang ada dan asumsi penelilit tidak terdapa perbedaan antara teori dan kasus yang diemukan

e. Diagnosa Keperawatan

Dalam buku SDKI (PPNI, 2018) diagnosa keperawatan merupakan suatu tahap dalam asuhan keperawatan berupa penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap problem kesehatan baik actual maupun potensial. Penilaian tersebut bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu maupun keluarga terhadap keadaan yangberhubung dengan kesehatan.

Saat menegakkan diagnosa keperawatan penulis menjadikan buku SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesi) sebagai referensi. Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan pada pasien dengan wawancara dan observasi didapatkan data subjektif dan data objektif, sehingga dari data tersebut penulis menegakkan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama, Halusinasi sebagai diagnosa keperawatan kedua, dan Harga Diri rendah sebagai diagnosa ketiga.

Data subjektif dan objektif yang sudah didapatkan penulis berupa keluarga pasien mengatakan bahwa jika pasien telat minum obat atau putus obat pasien menjadi suka marah-marah, membanting barang-barang dirumah bahkan melukai keluarga. Pasien mengatakan bahwa pasien tidak bisa mengontrol emosinya dan suka emosi jika ketenangannya diganggu. Data objektif yang didapatkan pasien tampak terkadang menunduk dan terkadang menatap dengan tatapan yang tajam dan penuh curigan, pasien sulit berkonsentrasi dan mudah beralih saat ada orang lewat, pasien tampak tegang dan saat berinteraksi bicara dengan suara keras dan ketus.

Salah satu diagnosa dari gangguan jiwa adalah Resiko Perilaku Kekerasan, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dapat mencederai diri sendiri dan suaru respon dimana kondisi seseorang tersebut dapat melakukan tindakan yang dapat membahayakan yang ditunjukkan dengan perilaku aktual dalam melakukan kekerasan (Yosep, 2016).

Resiko Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan individu melakukan koping terhadap stress, tidak mampu mengidentifikasi stimulus yang dihadapi dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan. Masalah pasien *skizofrenia* dengan resiko perilaku kekerasan jika tidak dilakukan penanganan dengan baik akan membawa dampak buruk misalnya mencederai ataupun bisa menimbulkan kematian (Maula & Aktifah, 2021).

Kebutuhan pada perilaku kekerasan yaitu ancaman stress, cemas yang dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal. Ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan mengungkapkan kata-kata yang dapat dimengerti, sehingga rasa marah tersebut dapat dipahami oleh orang lain.

Prioritas kedua diagnosa keperawatan yang diambil pada Pasien 1 dan Pasien 2 yaitu **Halusinasi**. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa halusinasi yaitu data subjektif seperti pasien mengatakan melihat bayangan-bayangan dan suara-suara aneh yang tidak tahu dari mana asalnya. Halusinasi biasanya muncul pada pasien gangguan jiwa diakibatkan terjadinya perubahan orientasi realita, pasien merasakan stimulasi yang sebetulnya tidak ada. Halusinasi penglihatan dan pendengaran yang merupakan gejala dari *early psychosis*, yang sebagian besar terjadi pada usia remaja akhir atau dewasa awal, bingung peran yang berdampak pada rapuhnya kepribadian sehingga terjadi gangguan konsep diri dan menarik diri dari lingkungan sosial yang lambat laun membuat penderita menjadi asik dengan khayalan dan menyebabkan timbulnya halusinasi (Ervina, 2018).

Prioritas ketiga diagnosa keperawatan yang diambil pada Pasien 1 dan Pasien 2 yaitu harga diri rendah. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa harga diri rendah yaitu data subjektif seperti pasien mengatakan semenjak dirinya sakit, pasien merasa tidak berguna karena tidak mampu menjalankan peranya dengan baik dan tidak mampu menafkahi keluarga dan adiknya. Asumsi peneliti adalah tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang peneliti temukan di lapangan. **Harga diri rendah** sebagai penyebab sehingga terjadi halusinasi dan mengakibatkan perilaku kekerasan pada diri pasien yang dapat mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

f. Intervensi Keperawatan

Dalam buku SIKI (PPNI, 2018) intervensi keperawatan merupakan semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan yang mengacu pada pengetahuan dan penilaian klinis. Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan berupa terapi modalitas keperawatan, konseling, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan ADL, kolaborasi terapi somatis dan psikofaraka (Arisandy & Juniarti, 2020). Dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan pada Tn.M dan Tn.A tindakan yang dilakukan adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP).

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah. Perawat membuat rencana keperawatan yang terstandar dengan membuat strategi pelaksanaantindakan keperawatan terhadap pasien.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosa prioritas pertama perilaku kekerasan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu, pada strategi pelaksanaan 1 pasien, perawat membina hubungan saling percaya, mendiskusikan penyebab perilaku kekerasan, mendiskusikan akibat dari perilaku kekerasan dan perawat menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik napas dalam dan memukul bantal, Strategi pelaksanaan 2 pasien, mengevaluasi kemampuan melakukan latihan fisik dan beri pujian, perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara benar minum obat. Strategi pelaksanaan 3 pasien, mengevaluasi kemampuan patuh minum obat dan beri pujian, perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik dan benar. Strategi pelaksanaan 4 pasien, mengevaluasi kemampuan melakukan latihan sosial dan verbal dan beri pujian, perawat melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: Dzikir selama 5 menit secara rutin.

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang berisiko membahayakan diri sendiri ataupun orang lain baik secara fisik, emosional dan/atau seksual serta memiliki riwayat melakukan tindakan kekerasan (Herdman, 2020). Dampak dari perilaku kekerasan yang muncul pada skizofrenia dapat mencederai atau bahkan menimbulkan kematian, sehingga mempengaruhi stigma pada pasien skizofrenia, masyarakat akan berasumsi bahwa penderita skizofrenia identik dengan perilaku kekerasan serta berbahaya (Setiawan, 2016).

Penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi gejala perilaku kekerasan yaitu dengan memberikan tindakan asuhan keperawatan melalui manajemen perilaku kekerasan, yang bertujuan membantu pasien dalam mengontrol rasa marah dan mendorong pasien agar mampu mengungkapkan rasa marah kepada orang lain tanpa menggunakan kekerasan. terapi murottal dapat memberikan pengalihan, ketenangan dan mengurangi ketegangan otot. Terapi dzikir merupakan terapi non- farmakologis yang mampu menurunkan hormon stress kortisol dan menginduksirelaksasi yang ditunjukkan dengan peningkatan gelombang Electro Encephalo Graphy (EEG) (Ramadan, Junuda, Ihsan, Tien & Kusnan, 2020).

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosa prioritas kedua pada pasien 1 dan pasien 2 adalah halusinasi. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien terdiri dari empat, yaitu strategi pelaksanaan pertama perawat membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, strategi pelaksanaan kedua perawat mengevaluasi kemampuan menghardik halusinasi dan beri pujian, perawat melatih pasien minum obat secara teratur, strategi pelaksanaan ketiga perawat mengevaluasi kemampuan patuh minum obat dan beri pujian, perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap- cakap bersama orang lain, strategi pelaksanaan keempat perawat mengevaluasi kemampuan melakukan bercakap- cakap dan beri pujian, perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga pada pasien 1 dan pasien 2 adalah harga diri rendah. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien terdiri dari empat, yaitu pertama perawat membantu pasien memilih beberapa kegiatan yang dapat dilakukannya, pilih salah satu kegiatan yang dapat dilatih saat ini dan beri pujian, kedua yaitu perawat membantu pasien memilih kegiatan kedua dan beri pujian, latih kegiatan kedua, ketiga yaitu perawat membantu pasien memilih kegiatan ketiga, latih kegiatan ketiga dan beri pujian, keempat yaitu perawat membantu pasien memilih kegiatan keempat, latih kegiatan keempat dan beri pujian.

Penyusunan rencana keperawatan pada telah sesuai dengan rencana teoritis yang sudah terstandar menurut Keliat (2019). Namun, tetap disesuaikan kembali dengan kondisi pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Peneliti juga mengikuti langkah-langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari menentukan prioritas masalah sampai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan. Disini peneliti berusaha memprioritaskan masalah sesuai dengan pohon masalah yang telah ada baik itu dari penyebab maupun akibat yang muncul.

g. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Hasil penelitian pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa perilaku kekerasan telah dilaksanakan pada Rabu 17 April 2024 latihan 1 perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal. Pada hari Jum'at, 19 April 2024

dilaksanakan kegiatan latihan 2 perilaku kekerasan yaitu mengajarkan 6 cara benar minum obat. Pada hari Sabtu, 20-22 April 2024 dilaksanakan kegiatan latihan 3 perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara verbal. Dan pada hari Sabtu, 20 April 2024 dilakukan pengulangan kegiatan latihan 2 perilaku kekerasan yaitu mengajarkan 6 cara benar minum obat pada pasien 2. Pada hari 23-24 April 2024 dilaksanakan kegiatan latihan 4 perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual.

Pada Pasien 1 latihan mengontrol marah dengan latihan nafas dalam dan pukul bantal tidak perlu berulang kali di latih karena pasien kooperatif untuk melakukan latihan tersebut satu kali pertemuan dilakukan latihan napas dalam dan pasien sudah mengingat dan paham dengan latihan tersebut. Untuk latihan patuh minum obat pasien sudah paham dalam 1 kali pertemuan, karena pasien tahu apa saja nama obat yang diminum pasien, sedangkan untuk latihan sosial verbal dan spiritual dapat di latih dalam 1 kali pertemuan, dan pasien merasa dengan latihan spiritual mampu cepat meredam marah pasien. Dan dilanjutkan 5 kali pertemuan dengan pemberian terapi dzikir.

Pada pasien 2 latihan mengontrol marah dengan latihan nafas dalam dan pukul bantal dilakukan satu kali pertemuan dan pasien sudah mengingat dan paham dengan latihan tersebut. Untuk latihan patuh minum obat pasien sudah paham dalam 2 kali pertemuan, karena pasien tahu apa saja nama obat yang diminum pasien, sedangkan untuk latihan sosial verbal dan spiritual dapat di latih dalam 1 kali pertemuan pasien sudah paham dengan kegunaan latihan tersebut. Dan dilanjutkan 5 kali pertemuan dengan pemberian terapi dzikir.

Menurut Stuart (2022), perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat ketidakmampuan pasien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya. Menurut Keliat, et. al (2019) respon yang dapat diperlihatkan adalah pasien selalu berpikiran negatif dalam menghadapi stressor, cerewet, suka berdebat atau marah, meremehkan keputusan, mudah tersinggung, merasa tidak berdaya, merasa dendam, ingin memukul, menyalahkan orang lain, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, wajah merah, mata melotot atau pandangan tajam, mengamuk, nada suara keras, kasar, dan bisa menarik diri.

Tindakan perilaku kekerasan jika tidak dilakukan intervensi dampak yang dapat ditimbulkan adalah bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun merusak lingkungan. Untuk merubah perilaku pasien sangat diperlukan pemberi terapi medis dan non medis salah satunya ialah terapi psikospiritual dengan cara ber dzikir.

Gangguan jiwa yang tidak didampingi dengan perilaku spiritual akan memiliki dampak sulit mengontrol emosi. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyu (2022) bahwa ada pengaruh peningkatan dalam kemampuan mengontrol perilaku kekerasan setelah diberikan terapi spiritual dzikir. Apabila terapi spiritual dilakukan secara terus menerus dan jika pasien sering mengikuti jadwal terapi keagamaan maka akan semakin memberikan pengaruh yang kuat untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dan menenangkan hatinya. Dengan demikian pasien pun akan semakin percaya diri dan merasa lebih mendekatkan diri kepada Allah SWT.

Hal ini diperkuat lagi dengan penelitian Sulistyowati dan Prihantini (2020) bahwa penurunan tingkat perilaku kekerasan dapat terjadi dengan berdzikir karena seseorang akan lebih tenang dan rileks serta pusat perhatian pasien akan lebih terfokus pada hal baik yang dapat mengabaikan hal buruk.

Menurut Mardiaty, Elita dan Sabrian (2018) mengingat Allah akan membuat tubuh rileks dengan cara mengaktifkan kerja sistem saraf parasimpatik dan menekan kerja sistem saraf simpatik. Hal ini akan membuat keseimbangan antara kerja dari kedua sistem saraf otonom tersebut sehingga mempengaruhi kondisi tubuh. Sistem kimia tubuh akan diperbaiki sehingga tekanan darah akan menurun, pernafasan jadi lebih tenang dan teratur, metabolisme menurun, memperlambat denyut jantung, denyut nadi dan mempengaruhi aktivitas otak seperti mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang. Pada diagnosa halusinasi pada pasien 1 dan pasien 2 dilaksanakan pada hari Kamis, 18 April 2024 latihan 1 halusinasi yaitu menghardik halusinasi. Pada hari, Jum'at 19 April 2024 dilaksanakan kegiatan latihan 2 halusinasi yaitu patuh minum obat. Pada hari Sabtu 20 April 2024, dilaksanakan latihan 3 halusinasi yaitu bercakap-cakap. Pada hari Senin, 22 April 2024 dilaksanakan latihan 4 halusinasi yaitu melakukan aktifitas sehari-hari.

Pada Pasien 1 latihan mengontrol halusinasi dengan latihan menghardik tidak perlu berulang kali di latih karena pasien mudah mengingat apa yang diajarkan untuk melakukan latihan tersebut. Latihan dilakukan satu kali pertemuan dan pasien mengatakan sudah paham dengan cara menghardik dan kegunaan latihan tersebut. Untuk latihan patuh minum obat pasien sudah paham dalam 1 kali pertemuan, karena pasien tahu apa saja nama obat yang diminum pasien, sedangkan untuk latihan bercakap-cakap dan aktifitas sehari-

hari pasien mampu di latih dalam sekali pertemuan namun pasien mengatakan malas untuk bercakap-cakap dengan pasien lain dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri.

Pada Pasien 2 latihan mengontrol halusinasi dengan latihan menghardik dilakukan dua kali pertemuan, pasien mengatakan sudah paham dengan latihan tersebut dan terkadang pasien lupa melakukannya namun apabila pasien mengingatnya pasien melakukan latihan tersebut. Untuk latihan patuh minum obat pasien sudah paham dalam 2 kali pertemuan, karena pasien tahu apa saja nama obat yang diminum pasien, sedangkan untuk latihan bercakap-cakap dan aktifitas sehari-hari pasien mampu di latih dalam sekali pertemuan namun pasien mengatakan malas untuk bercakap-cakap dengan pasien lain dan pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari dengan mandiri.

Pada diagnosa harga diri rendah pada pasien 2 dilaksanakan pada Selasa 23 April 2024 latihan 1 harga diri rendah melaksanakan kegiatan pertama. Pada Rabu 24 April 2024 dilaksanakan kegiatan latihan 2 harga diri rendah melaksanakan kegiatan kedua. Pada Kamis 25 April 2024 dilaksanakan latihan 3 harga diri rendah melaksanakan kegiatan ketiga. Pada hari Jum'at 26 April 2024 dilaksanakan latihan 4 harga diri rendah melaksanakan kegiatan keempat.

Pada Pasien 1 dan 2 latihan meningkatkan harga diri rendah dengan latihan kegiatan aktifitas sehari-hari dapat dilakukan dalam sekali pertemuan karena pasien sudah paham dari kegunaan dari latihan tersebut. Dalam pemberian implementasi perawat juga memberikan reinforcement positif kepada pasien. Dengan itu pasien tampak lebih bersemangat dalam melakukan strategi pelaksanaan yang dilakukan.

Penulis tidak menemukan kesulitan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap Pasien 2, pasien kooperatif dan mau bekerjasama dengan perawat dalam pelaksanaan tindakan.

h. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon pasien terhadap tindakan yang telah dilaksanakan. Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Pada teori maupun kasus dalam membuat evaluasi disusun berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Dimana pada kasus penulis melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 14 hari. Keempat masalah Pasien 1 dan Pasien 2 dapat teratasi.

Menurut Muhith (2015), evaluasi mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai dan mengobservasi perilaku pasien dengan mengidentifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan pasien, bagaimana keadaan pasien saat marah dan benci pada orang tersebut, sudahkan pasien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain, apakah pasien sudah mampu mengekspresikan yang berbeda, pasien mampu menggunakan aktivitas fisik untuk mengurangi perasaan marah, mampu mentoleransi rasa marahnya, konsep diri pasien sudah meningkat, dankemandirian dalam berfikir dan aktivitas meningkat.

Evaluasi yang penulis lakukan meliputi hubungan saling percaya antara perawat dan pasien tercapai ditandai dengan pasien bersedia duduk berhadapan dengan penulis, pasien bersedia berkenalan dan menjabat tangan penulis, pasien bersedia menyebutkan nama dan nama panggilan yang disukai yaitu Tn. M (Pasien 1) dan Tn. A (Pasien 2), pasien bersedia menceritakan tentang masalah yang

dialaminya, selain itu pasien juga bersedia diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan, pasien juga mampu memperagakan ulang cara yang dilatih dengan benar dan mampu melakukannya secara mandiri.

Berdasarkan hasil penelitian Saswati (2016), sebelum penerapan standar asuhan keperawatan pada pasien *skizofrenia* pasien belum mampu untuk mengontrol perilaku kekerasannya dimana pada pasien *skizofrenia* terjadi gangguan pada system saraf di otak yang mempengaruhi daya pikir pasien. Selain itu juga pasien belum mengerti tentang bagaimana cara mengontrol perilaku kekerasan terhadap pengaruh penerapan standar asuhan keperawatan hal ini dapat dilihat bahwa tingginya persentase pasien yang tidak mampu.. Dengan demikian dapat membuat pasien tetap pada keadaan tenang dan rilek disaat pasien kambuh ulang. Pada kelompok kontrol mengalami sedikit peningkatan setelah mendapatkan terapi obat dari ruangan namun belum optimal dalam mengontrol perilaku kekerasannya.

Pasien 1 mengatakan latihan spriritual dzikir dapat meredam rasa marah pasien. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Dwi dan Prihantini (2019) menunjukkan bahwa Terapi Psikospiritualus berpengaruh terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta, Ada perbedaan penurunan perilaku kekerasan pada respon verbal, respon emosi dan respon fisik pada pasien yang diberi terapi psikospiritual dan yang tidak diberi terapi psikospiritual, Dengan demikian terapi Psikospiritual mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien *Skizofrenia* di Rumah Sakit Jiwa Surakarta.

Sutinah, Safitri dan Saswati (2019) juga menyatakan bahwa terapi psikospiritual merupakan upaya-upaya pencegahan atau penyembuhan pasien dengan memadukan aspek-aspek keagamaan di samping terapi lain yang diyakini sebagai pemberi kekuatan rohani dan sumber coping. Terapi psikospiritual dzikir terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan kognitif pasien skizofrenia yang mempunyai masalah masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan, halusinasi dan isolasi sosial (Munandar, Irawati & Prianto, 2020).

Hasil penelitian lain juga mendukung bahwa ada perbedaan respon perilaku setelah dilakukan intervensi antara kelompok perlakuan dengan kelompok control yang berarti pemberian psikospiritual berpengaruh terhadap penurunan respon perilaku kekerasan (Sasongko & Hidayati, 2020). Hal serupa juga disampaikan dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Herniyanti, Malini dan Netrida (2019), bahwa pengaruh Dzikir bisa membuat perubahan-perubahan arus listrik di otak, perubahan sirkulasi darah, dan perubahan detak jantung sehingga terjadi penurunan ketegangan saraf di otak.

Pada diagnosa keperawatan halusinasi, pasien menunjukkan perbaikan yang cukup signifikan. Pasien jarang mendengarkan suara-suara yang muncul dan pasien menunjukkan kemajuan pasien mengatakan merasa tenang, pasien juga mampu memperagakan ulang cara yang dilatih dengan benar sehingga diharapkan halusinasi tidak terjadi lagi pada kedua pasien dan kedua pasien dapat melakukan kegiatan strategi pelaksanaa secara mandiri tanpa bantuan perawat atau orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian Kamahi, dkk (2015), pengaruh penerapan asuhan keperawatan terhadap sikap dalam mengontrol halusinasi, menjelaskan bahwa pada penerapan asuhan keperawatan yang baik terdapat 13 responden (40,6%) yang memiliki sikap baik dan 7 responden (21,8%) yang memiliki sikap cukup. Pada hasil penelitian dan teori-teori diatas maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan pemberian asuhan keperawatan terhadap sikap dalam mengontrol halusinasi.

Pada diagnosa harga diri rendah yang dialami pasien pasien 2 juga menunjukkan perbaikan yang cukup signifikan. Pasien tidak malas melakukan kegiatan sehari-hari yang bisa ia lakukan. Dan kedua pasien dapat melakukan kegiatan strategi pelaksanaan secara mandiri tanpa bantuan perawat atau orang lain. Berdasarkan hasil penelitian Wahyuni (2016), Setelah penerapan asuhan keperawatan terjadi peningkatan harga diri yang dapat dilihat dari berkurangnya respon maladaptif yang ditampilkan oleh pasien. Kondisi ini dapat dilihat khususnya dari respon psikologis pasien yaitu meningkatnya kemampuan pasien menghargai orang lain dan menunjukkan rasa cinta pada orang lain.

Evaluasi akhir menurut peneliti setelah dilakukan tindakan strategi pelaksanaan pada masing-masing pasien, mereka dapat melakukan tindakan secara mandiri tetapi, didapatkan pasien 2 (Tn. A) lebih lambat dalam menangkap atau merespon tindakan strategi yang telah diajarkan hal ini didukung oleh afek pasien yang tumpul, hal ini sejalan dengan teori Dermawan (2016), mengatakan bahwa afek adalah mengacu kepada ekspresi emosi yang dapat diamati dalam ekspresi wajah, gerakan tangan, tubuh dan nada suara ketika individu menceritakan perasaannya sehingga untuk strategi pelaksanaan perilaku kekerasan pada Tn.A harus di ulang

berkali-kali karena Tn.A mengatakan lupa cara mengontrol marah dengan strategi yang telah diberikan, dan pasien juga mengatakan dari semua strategi pelaksanaan yang diajarkan spiritual (Dzikir) yang bisa meredam rasa marah pasien.

Rencana tindak lanjut pada kedua pasien adalah perawat tetap harus mengevaluasi kegiatan strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan pada kedua pasien dan pada saat pasien pulang peran keluarga juga harus dilibatkan dalam evaluasi kegiatan pasien dan anjurkan memberikan penguatan positif. Hal ini sesuai dengan teori Prabowo (2014), menyatakan pada evaluasi sangat diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan *self-reinforcement*.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil asuhan keperawatan yang sudah dilakukan pada Tn. M dan Tn. A dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Hb Saanin Padang, dapat disimpulkan bahwa :

1. Hasil pengkajian yang didapatkan sesuai dengan pengkajian teoritis yaitu terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan pada Tn. M dan Tn. A disebabkan oleh faktor pengalaman masalah yang tidak menyenangkan dan pada kedua pasien yang memperberat kondisinya dikarenakan putus obat.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan sesuai dengan diagnosa keperawatan teoritis yaitu Risiko Perilaku Kekerasan.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai rumusan intervensi keperawatan teoritis yaitu mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan menerapkan terapi dzikir.
4. Implementasi keperawatan yang diberikan seluruhnya sesuai dengan konsep asuhan keperawatan yang sudah direncanakan dan disusun secara teori, dan tidak ditemukan adanya kendala untuk penerapan implementasi.
5. Evaluasi asuhan keperawatan pada kedua klien Tn. M dan Tn. A menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan telah memberikan dampak positif dalam mengontrol perilaku kekerasan dimana tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan mulai menurun dan emosi pasien stabil.

B. Saran

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai data penunjang untuk penelitian selanjutnya. Selain itu hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu pemicu atau ide lain dalam melaksanakan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan cara mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan gangguan jiwa.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu sumber ilmu yang menambah pengetahuan dan wawasan dalam bidang keperawatan mengenai cara mengontrol risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan gangguan jiwa.

3. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Untuk Rumah Sakit Jiwa sebagai bahan pertimbangan dan masukan bagi tenaga kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada risiko perilaku kekerasan dapat menerapkan terapi Dzikir

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Ghazali, Muhammad (2017). *Fannu Adz-Dzikri Wa Ad-Du'a 'Inda Khatim Al-Anbiya*, Yogyakarta. Pustaka Sahifa.
- Afconneri, Y., Lim, K., & Erwina I. (2020). Faktor-faktor kekambuhan pada klien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Prof Dr. Hb Sa'anin Padang. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 5(2), 321-330. <http://doi.org/10.22216/jen.v5i2.3885>
- Ambarwati, N., & Susilaningsih, I. (2020). Penerapan Teknik Verbal Asertif untuk Menurunkan Kemarahan pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 21-31.
- American Psychiatric Association. (2022). *Schizophrenia*. Diakses dari <https://www.psychiatry.org/>
- Amimi, R., Malfasari, E., Febtrina, R., & Maulinda, D. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65-74.
- Anjarwati, M., & Winahayu, N. E. (2020). *Pengaruh Terapi Psikoreligius: Dzikir terhadap Pengendalian Marah pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta Barat Tahun 2018*. Undergraduate Theses. Universitas Esa Unggul.
- Benson, L. A., Sevier, M., & Christensen, A. (2013). The Impact of Behavioral Couple Therapy on Attachment in Distressed Couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(4), 407-420. <https://doi.org/10.1111/jmft.12020>
- Budi Anna Keliat, P. D. S. H. P. A. . (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Buku Kedokteran. EGC
- Caruso, R., Antenora, F., Riba, M., Belvederi Murri, M., Biancosino, B., Zerbinati, L., & Grassi, L. (2021). Aggressive Behavior and Psychiatric Inpatients: a Narrative Review of the Literature with a Focus on the European Experience. *Current, Psychiatry, Reports*, 23(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01233-z>
- Connors, M. H., & Large, M. M. (2023). Calibrating violence risk assessments for uncertainty. *General Psychiatry*, 36(2), 1–7. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2022-100921>
- Ernawati et al. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. Jember: In Universitas Jember
- Ghofur, Saiful Amin. (2016). *Rahasia Dzikir dan Doa*. UMM Press
- Handayani, L., Febriani., Rahmadanni, A., & Saufi, A. (2015). Faktor Risiko Kejadian Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta

- (DIY). *Journal Psychological Indonesian*, 13(2), 135-148.
- Hanik, N. E., Fitriyasaki, R., & Yusuf, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika. May, 1–18.
- Hariyadi., & Rusdianah, E. (2021). Faktor Keturunan Dengan Kejadian Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 9(3), 685-692.
- Harmianto Krid. (2017). Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Proceedings of the 8th Biennial Conference of the International Academy of Commercial and Consumer Law*, 1(hal140), 43.
<http://www.springer.com/series/15440%0Apapers://ae99785b-2213-416daa7e-3a12880cc9b9/Paper/p18311>
- Hasannah, S. U. (2019). Mental Nursing Care in Patients at Risk of Violence. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Indrianingsih, Fera, Uswatun Hasanah, Indith Tri Utami. (2023). Penerapan terapi spiritual zikir pada pasien resiko perilaku kekerasan di ruang melati Rumah Sakit Jiwa Daerah Lampung, *Jurnal Cendikia Muda Vol. 3 No. 2*. Lampung: Akademi Keperawatan Dharma Wacana Metro
- Irman, V., Alwi, N. P., Patricia, H., & Manaf, N. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Jiwa*. UNP Press.
- Jeklin., A. (2016). *Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan perilaku kekerasan* (pp. 1–23). July.
- Julianto, V., & Subandi. (2015). Membaca Al Fatihah Reflektif Intuitif untuk Menurunkan Depresi dan Meningkatkan Imunitas. *Jurnal Psikologi*, 42(1), 34-46.
- Kandar, & Iswanti, D. I. (2019). Predisposition and Prestipitation Factors of Risk of Violent Behaviour. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149–156. file:///C:/Users/lenovo/Downloads/226-ArticleText-1292-1-10-20191202.pdf
- Keliat, B. A., Pardede, J. A. & Laia, B. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Livana, PH., & Suerni, T. (2019). Faktor Predisposisi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 1(1), 27-38.
- 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>

- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Maramis. (2018). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Munandaret. (2019). Terapi Psikoreligius Dzikir Menggunakan Jari Tangan Kanan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa Di RS Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*. <https://doi.org/https://doi.org/10.33859/dksm.v10i1.451>
- National Institute of Mental Health (2021). Schizophrenia. Diakses dari <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>
- Prabowo, A. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018. In *Laporan Riskesdas Nasional 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Riskesdas Sumatera Barat*. (2019).
- Sasongko, Nur Cahyo, Eni Hidayati. (2020). *Penerapan Terapi Musik, Zikir, dan Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan, Ners Muda Vol 1 No 2, Agustus 2020/ page 93-99*. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang
- Stuart, G. W. (2022). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*, 2nd Indonesia edition. Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Sulistyowati, D. A., & Prihantin, E. (2020). Pengaruh Terapi Psikoreligi terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 4(1), 72-77.
- Sutejo. (2018). *Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Sutinah. (2019). Pengaruh Terapi Psikoreligi terhadap Mekanisme Koping Klien Skizofrenia. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 4(2), 311.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Triyani, F. A., Dwidiyanti, M., & Suerni, T. (2019). Gambaran Terapi Spiritual pada Pasien Skizofrenia: Literature Review. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(1), 24.
- Utami, V. W., Mudrikah, D., & Candra, E. P. (2022). Potensi interaksi obat pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma tahun 2020. *Sasambo Journal of Pharmacy*, 3(1), 36-42. <https://doi.org/10.29303/sjp.v1i2.14>
- Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan

Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.

Wardiyah, Aryanti, Teguh Pribadi, and Clara Santa Maria Yanti Tumanggor. (2022). Terapi Relaksasi Napas dalam pada Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rs Jiwa Bandar Lampung. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)* 5.10: 3611-3626.

WHO (2022). *International Classification of Disorders*. Diakses dari <http://id.who.int/icd/entity/625636921disorders>.

Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., Keperawatan, J., Kemenkes Kendari, P., & Mandala Waluya, Stik. (2020). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gang-guan Jiwa*. <https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/HIJP>

Yosep, Iyus, Titin Sutini. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama

Yusuf, A.H &, R. & N. (2015). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*.

LAMPIRAN

Lampiran 1

**GANCART KARYA TULIS AKHIR PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
TAHUN 2024**

No	Kegiatan	Pra Magang		Magang (15 April – Mei 2024)			6 – 11 Mei 2024	Ujian KTA Mei 2024		27 Mei – 01 Jun 2024
		Sept - Des 2023	Jan – Apr 2024	Minggu 1	Minggu 2	Minggu 3				
1	Pembahasan revisi Panduan KTA 2024									
2	Penentuan kuota kasus dan pembimbing KTA									
3	Konsultasi jurnal/artikel EBN									
4	Konsultasi dan penyusunan BAB I, II, III									
5	Pelaksanaan/Penerapan EBN pada kasus									
6	Penyusunan BAB IV (gambaran kasus dan pembahasan)									
7	Penyusunan BAB V									
8	Pendaftaran sidang KTA									
9	Sidang KTA									
10	Revisi laporan sidang KTA									
11	Pembuatan/Konsultasi manuskrip hasil KTA									
12	Pengumpulan laporan KTA ke prodi									

DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENULIS

Foto



IDENTITAS

Nama : Wahyu Rahimi Zarti
Tempat/Tanggal Lahir : Tandikek/ 06 Juli 2001
Alamat : Jorong Tandikek, Nagari Sitalang, Kecamatan Ampek Nagari, Kabupaten Agam, Kota Padang
Status Keluarga : Belum Menikah
No. Telp/Hp : 0823-1959-1671
Email : wahyurahimizt@gmail.com

NAMA ORANG TUA

Ayah : Zarman
Ibu : Titi Marni

RIWAYAT PENDIDIKAN

NO	Pendidikan	Tahun Lulus	Tempat
1.	SDN 10 Tandikek	2013	Padang
2.	SMPN 1 Ampek Nagari	2016	Padang
3.	SMAN 2 Lubuk Basung	2019	Padang
4.	Poltekkes Kemenkes Padang	2023	Padang

LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN KARYA TULIS AKHIR
 PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
 KEMENKES POLTEKKES PADANG

Nama Mahasiswa : WATYU RAHMATI ZAFI
 SIM : 233910081
 Pembimbing : L. Sidiqulrahman, S.Kp, M.Kep, Sp.PN
 Judul KTA : Perencanaan Program Keperawatan Di RUMAH SAKIT PUSKESMAS
 Kelurahan KALAU, Kecamatan KALAU, Kota Padang, Sumatera Barat

Bimbingan ke	Hari/Tanggal	Uraian Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	Pada / 3 April 2023	Bimbingan judul KTA dan BAB 1	
II	Kamis / 4 April 2023	Bimbingan ke-2 judul KTA dan bab 1	
III	Pada / 17 April 2023	Bimbingan jurnal EBN mengenai Jangka waktu pada pasien stroke setelah liberation	
IV	Jumat / 19 April 2023	Bimbingan ke-4 bab 1 dan ke-5 jurnal EBN mengenai Jangka waktu pada pasien stroke setelah liberation	
V	Senin / 24 April 2023	Bimbingan bab 2 dan bab 3 mengenai Jangka waktu setelah stroke pada pasien stroke setelah liberation	
VI	Senin / 6 April 2023	Cek UPT TUGAS TITIK revisi UPT dan KTI	

VII	Latih / 09 April 2024	Bimbingan pada kelas dan keterampilan keterampilan yang dapat demonstrasi penguasaan siswa	
VIII	Latih / 12 April 2024	Bimbingan siswa kelas dan 5 jika kemampuan dan keterampilan siswa	
IX	Latih / 16 April 2024	Bimbingan siswa kelas dengan dasar jika kemampuan - terampil penguasaan	
X	Latih / 20 April 2024	ACC Ujian KTI	

Catatan:

Bimbingan dengan pembimbing minimal 8 kali

Mengetahui,
Ketua Prodi Pendidikan Profesi-Ners



Ne. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIP. 198004232002122001



Dzikir berasal dari kata dzakar yang artinya mengingat. Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaudkan agar selalu ingat kepada Allah dengan ritual tertentu yang sudah dibenarkan Al-Quran dan Hadis dengan tujuan memantapkan hati dan mempersembahkan Allah SWT (Karadz and Agriantoro, 2001).

(Hidayat, 2013)
Maulana Rizki, p. 111

1. Memantapkan hati dan iman.
2. Mengingat Allah (mengingat Allah).
3. Mengingat diri sendiri.
4. Mengingat orang lain.
5. Mengingat alam semesta.
6. Mengingat Allah SWT.
7. Mengingat alam semesta.



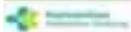
Prosedur Terapi Dzikir

Mengucapkan salam, kontrol waktu, jelaskan prosedur, tujuan tindakan. Pasien dituntun untuk ber-wudhu setelah dzikir.

- Peringatan Eshtereqon (Pesan dzikir dengan ajakan, terima, dan khusuf)
- Berpakaian bersih dan rapi
- Posisi duduk munafidap kiflat
- Dajarkan terapan psikoreligi: dzikir dengan Membaca tathbir (Astaghfirullah) 33 kali
- Terapan ini dilakukan selama 2 hari dengan durasi waktu 10-20 menit.
- Setelah selesai dzikir, pasien jangan ber-doa agar diberikan kesehatan, kesehatan kepada Allah SWT
- Terapan pada bagaimana perasaan setelah dilakukan dzikir
- Kontrol waktu dan mengakhiri salam



Perjanjian spiritual yang positif akan dapat pengaruhi terapi psikoreligi dengan doa dan dzikir ini berperan sebagai dalam tubuh dan pikiran oleh karena itu, setelah dilakukan dengan berbagai cara, kemudian diharapkan bisa salah satu bagian otak besar yaitu thalamus. Kemudian Thalamus memantapkan tubuh tidak gampang (tidak memori yang tidak berubah mengkonfirmasi gejala hal yang memang tidak) untuk memantapkan (GADIA, (Diana Anisa Daira, Aidi) yang berperan sebagai pengontrol respon emosi dan mengontrol aktivitasnya, serta akan neurotransmiter yang lain yang memproduksi sekresi kortisol. Sehingga akan terjadi proses homeostatis (keseimbangan).



Terapi Psikospiritual Dzikir Dalam Asuhan keperawatan Jiwa Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Wahyu Rahmi Zanti
2023-2024



Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang mengancam keselamatan atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual, atau verbal.



Strategi Intervensi Mengurangi Risiko Perilaku Kekerasan, yaitu:

1. Melakukan tindakan untuk melindungi dan melindungi semua orang.
2. Mengembangkan alat (1) terapan
3. Lakukan wawancara awal untuk mengidentifikasi
4. Lakukan tindakan



Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

- Muka merah dan berangam
- Pergerakan tubuh
- Mengucapkan ancaman-ancaman
- Mengucapkan ancaman
- Jari menunjuk-nunukan
- Gerakan kasar
- Suara terdengar kasar dan keras
- Mengucapkan ancaman verbal atau fisik
- Mengucapkan ancaman verbal
- Memandang dengan mata berkeringat
- Tidak bisa mengontrol diri sendiri



Surat Permohonan Kepada Responden

Kepada,
Yth. Bapak/Ibu
Di tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang Program Studi Ners yang bermaksud akan mengadakan penelitian :

Nama : Wahyu Rahimi Zarti

NIM : 233410031

Akan mengadakan penelitian dengan judul "Penerapan Terapi Psikospiritual Dzikir dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Nuri RS Jiwa Prof HB Saanin Padang". Untuk itu saya meminta kesediaan bapak/ibu menjadi responden dalam penelitian ini.

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan tidak akan menimbulkan kerugian bapak/ibu. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kebutuhan penelitian. Apabila bapak/ibu menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk menandatangani lembar persetujuan. Atas kesediaan bapak/ibu menjadi responden, saya ucapkan terima kasih.

Padang, 11 April 2024



Peneliti

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : T. M

Umur :

Alamat:

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes RI Padang yang berjudul tentang " Penerapan Terapi Psikospiritual Dzikir dalam Asuhan Keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Nuri RS Jiwa Prof HB Saanin Padang" . Tanda tangan menunjukkan bahwa saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Padang, 16 April 2024

my

Responden

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : T. A.

Umur :

Alamat:

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes RI Padang yang berjudul tentang " Penerapan Terapi Psikospiritual Dakir dalam Asuhan Keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Nuri RS Jiwa Prof HB Saanin Padang". Tanda tangan menunjukkan bahwa saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Padang, 16 April2024



Responden

PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Asuhan Keperawatan Kasus 1

Ruang Rawat : Ruang Nuri

Tanggal dirawat : 8 April 2024

A. Identitas

Inisial : Tn. M
Jenis kelamin : Laki- laki
Umur : 39 Tahun
Alamat lengkap : Tanjung alam, Kec. Sumpur Kudus
Kab.Sijunjung
pengkajian : 16 April 2024
No. Rekam Medik : 17-92-2
Informan : Pasien, Rekam Medik, dan Tenaga
kesehatan

B. Alasan Masuk

Tn.M masuk Rumah sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang pada tanggal 8 April 2024 melalui IGD. Pasien diantar keluarga untuk yang ketiga kalinya, Tn.M dirawat dengan gejala gelisah, mengamuk, marah-marah, merusak alat rumah tangga, apabila cemburu pada istrinya jika berbicara dengan orang lain, memukul keluarga. Tn. M juga berbicara dan terawa sendiri dan tidur malam kurang, serta kebersihan diri diarahkan

C. Keluhan Saat Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 April 2024 pasien Tn.M mengatakan masih merasa masih emosi apabila diruangan pasien lain mengganggu, pandang mata tajam, kedua tangan menggepal. Pasien mengatakan senang sendirian. Pasien mengatakan jika sendiri terkadang suka mendengar suara aneh

1. Gangguan Jiwa Dimasa Lalu

Tn.M pada saat dilakukan pengkajian dengan keluarga, keluarga mengatakan Pertama kali mengalami sakit sejak tahun 2016, dirawat untuk ketiga kalinya, sebelumnya sudah pernah dirawat terakhir tahun 2023 selama 3 minggu pasien pulang dengan tenang dan dijemput keluarga.

2. Pengobatan sebelumnya

Tn.M mengatakan bahwa pada bulan Juni tahun 2023 sudah melakukan pengobatan di RSJ HB Saanin Padang, dan sudah kontrol ulang, dan dilanjutkan pengobatan di puskesmas, 1 bulan sebelum MRS Tn. M putus oba dan marah apabila disuruh meminum obat

3. Riwayat Pasca Trauma

a. Aniaya Fisik

Tn.M mengatakan pernah melakukan aniaya fisik dimana pasien memukul orang dijalan karna salah paham.

b. Aniaya Seksual

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan maupun menjadi korban dalam penganiayaan seksual serta pasien tidak pernah melihat terkaitdengan penganiayaan fisik.

c. Penolakan

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku penolakan dari anggota keluarga ataupun lingkungan sekitar. Pasien mengatakan

tidak pernah menjadi korban penolakan dari anggota keluarga ataupun lingkungan sekitar.

d. Kekerasan Dalam Keluarga

Tn.M mengatakan pernah menjadi pelaku kekerasan dalam keluarga sebelumnya

e. Tindakan Kriminal

Pasien mengatakan pernah menjadi pelaku, korban atau saksi tindakan kriminal sebelumnya

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan

f. Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Pasien mengatakan tidak memiliki keluarga dengan riwayat gangguan jiwa.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

g. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Tn.M mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan adalah Tn.M pernah memukul Istri diakibatkan cemburuan yang berlebihan, Tn.M menyesal telah melakukannya

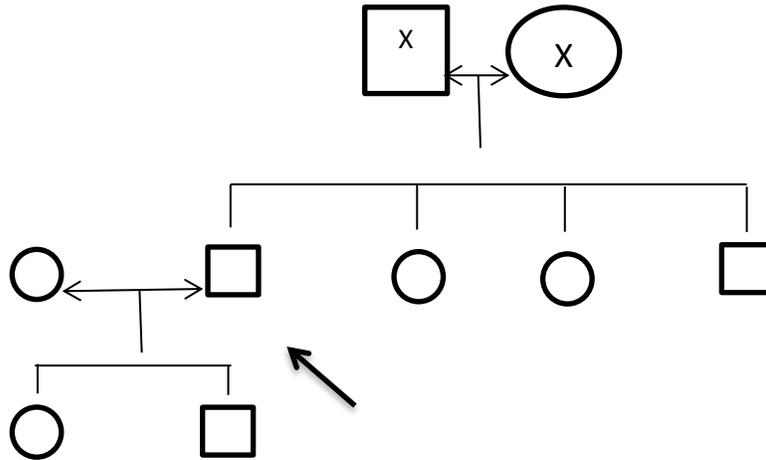
D. Fisik.

Dari hasil pemeriksaan fisik pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan dan saat pengkajian tampak pasien beraktivitas seperti biasa. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn. M didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/98 mmHg, Nadi 89 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,8°C. Hasil pengukuran tinggi badan Tn. M didapatkan 163 cm, berat badan 56 Kg.

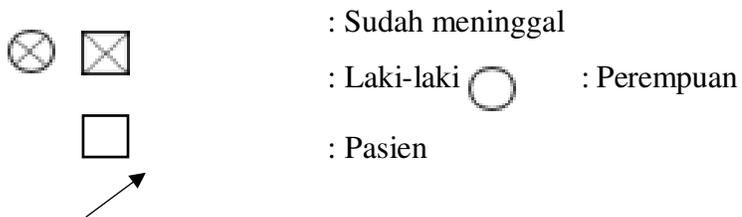
Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

E. Psikososial

1. Genogram



Keterangan :



Tn.M terdiri dari 4 orang bersaudara. Pasien merupakan anak pertama. Pasien sudah menikah dan tinggal bersama istri dan 2 orang anak. Dalam pengambilan keputusan adalah kepala keluarga yaitu pasien dan dibantu oleh istri. Pola asuh pasien bersifat demokratis di mana keputusan diambil secara Bersama-sama. Sejak kecil umur 9 tahun pasien di asuh oleh nenek pasien karna orang tua pasien sudah meninggal. Dalam komunikasi keluarga pasien lebih dekat dengan adik laki-laki dan istri .

2. Konsep diri

- a. Citra Tubuh :Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya dan pasien sangat berterimakasih kepada Allah SWT telah memberikan kelengkapan anggota tubuh.
- b. Identitas: Tn.M menjadi seorang suami. Pasien mengatakan sangat sayang dengan istri dan anaknya
- c. Ideal diri: Tn.M mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya agar bisa melakukan kegiatan seperti biasa. Pasien mengatakan ingin cepat pulang
- d. Harga diri: Pasien mengatakan ingin sembuh dan ingin bekerja, dan menjadi kepala keluarga yang baik. Mengatakan dirinya tidak berguna dan sering merasa sedih dengan apa yang dirasakannya.

3. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti
Tn.M mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya Istrinya
- b. Peran serta dalam kelompok
Tn.M mengatakan jarang atau tidak pernah berinteraksi atau ikut dalam kegiatan kelompok/ masyarakat disekitar rumahnya.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
Tn.M mengatakan lebih suka menyendiri atau sendirian, dan tidak dapat mengontrol emosi sehingga orang sekitar takut berinteraksi dengan pasien.

4. Spritual.

- a. Nilai dan keyakinan
Tn.M mengatakan beragama islam dan percaya dengan Tuhan dan penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Tuhan.
- b. Kegiatan Ibadah
Tn.M mengatakan rajin shalat 5 waktu meminta petunjuk kepada Allah. Pasien juga melaksanakan ibadah lainya seperti mengaji

5. Status Mental.

a. Penampilan.

Tn.M Selama dirumah sakit penampilan pasien rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian seperti biasa rambut pasien sudah panjang, tangan bersih dan kuku pendek.

b. Pembicaraan

Tn.M Saat di kaji cukup kooperatif, nada berbicara keras, dan pasien mampu memulai percakapan terlebih dahulu namun kontak mata ajam

c. Aktivitas Motorik

Tn.M tampak tegang dan banyak diam, pasien lebih banyak mngasingkan diri

d. Alam perasaan

Tn .M mengatakan perasaannya sedih karna jarang dijenguk keluarga. Masalah keperawatan: Ansietas

e. Afek

Afek pasien tumpul. Pasien hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat. Minsalnya pasien akan marah jika dimarahi dan di ganggu oleh pasien lainnya. Masalah keperawatan: Resiko Prilaku Kekerasan

f. Interaksi selama wawancara

Selama berinteraksi Tn.M kooperatif, tidak mudah tersinggung, kontak mata tajam, pasien mampu menjawab semua pertanyaan yang diberikan.

g. Persepsi

Saat masuk RS Jiwa Prof.HB Saanin Padang pasien mengatakan mendengarkan suara suara yang menyuruhnya melakukan hal-hal tindakan kriminal. Pasien mengatakan mendengarkan itu ketika malam hari saat ingin tidur. Frekuensinya selama 2 x

Masalah keperawatan: Perubahan sensori presepsi : Halusinasi

h. Proses Pikir

Proses pikir Pasien mampu menjawab walaupun tidak semua pertanyaan dijawab dan dijawab dengan cepat, juga tidak mengalami flight of ideas maupun perseverasi

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

i. Isi Pikir

Saat pengkajian tidak memiliki rasa curiga.

j. Tingkat Kesadaran

Menyadari dirinya saat ini di RSJ karena berobat penyakitnya yang dapat dikontrol dengan minum obat, pasien dapat menyebutkan waktu seperti jam 10.00 WIB, tempat, dan nama orang yang dikenalnya . Masalah keperawatan: tidak ada masalah

k. Memori

Jangka panjang : Pasien dapat menyebutkan nama-nama guru disekolahnya Jangka pendek : Pasien dapat mengingat kejadian 1 minggu yang yaitu adik pasien yang datang mengunjungi pasien.

Saat ini : pasien dapat mengingat menu makan pagi tadi

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

l. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien tampak berkonsentrasi saat pengkajian dan mampu berhitung saat diminta menghitung namun sulit menyebutkan nama teman sekamar, kemudian pasien membahas hal lain. Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

m. Kemampuan Penilaian

pasien mampu menilai sesuatu, pasien mampu menyebutkan hal yang baik dan buruk untuk dilakukan, pasien dapat menilai untuk harus mandi dulu kemudian baru makan.

n. Daya Tilik Diri

Pasien mampumengenali penyakitnya dan tidak mengingkari terhadap penyakitnya karna pasien mampu menjelaskan mengapa pasien bisa seperti ini dan mengapa pasien bisa sakit jiwa seperti ini.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

F. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Pasien makan 3x sehari dan pasien mampu makan dengan mandiri tanpa bantuan, pasien makan secara teratur dan menghabiskan makan satu porsi dengan konsistensi nasi biasa, lauk, sayur yang disediakan oleh rumah sakit, pasien mampu merapikan alat makan secara baik dan mandiri.

2. BAB atau BAK

Pasien mengatakan BAB dan BAK di kamar mandi, pasien mengatakan bahwa pasien mampu membersihkan BAB/BAK sendiri.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

3. Mandi

Pasien mengatakan mandi 2x sehari, pasien mengerti cara mandi dan berdandan. Pasien juga mengatakan mencuci rambut di sore hari.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

4. Berpakaian

Pasien bisa mengganti pakaian sendiri, dan merapikan baju yang digunakan sendiri

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

5. Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan saat tidur malam pasien merasa nyenyak dan pasien rutin tidur siang setiap hari, pasien juga menyikat gigi sebelum tidur

6. Pemeliharaan Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan pasien tidak mampu menjaga kesehatan seperti minum obat secara teratur di rumah. Namun di rumah sakit makan dan minum obat pasien teratur

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

7. Kegiatan di Dalam Rumah

Pasien mengatakan aktivitas di dalam rumah seperti membersihkan tempat tidur. Jika pasien di rumah sakit pasien membersihkan tempat tidur.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

8. Kegiatan / Aktivitas di Luar Rumah

Pasien mengatakan saat pulang kerumah nanti akan langsung bekerja.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

G. Mekanisme Koping

1. Koping Adaptif

Tn.M mengikuti kegiatan di dalam ruang nuri yaitu olahraga

2. Koping Maladaptif

Tn. K jarang berbicara dengan orang lain didalam ruangan, Pasien lebih sering mencoba menghindari petugas

Masalah keperawatan: ketidak efektifan koping individual

H. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok

Pasien mengatakan pasien tidak ada masalah terkait dukungan kelompok. Keluarga mengatakan pasien sangat sulit berinteraksi. Pasien memiliki beberapa teman.

2. Masalah dengan lingkungan

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam lingkungan, pasien juga mengatakan jarang mengikuti kegiatan di dekat rumahnya. Masalah dengan pendidikan.

3. Masalah dengan pekerjaan

Untuk saat ini pasien tidak dapat berkerja sehingga pasien cemas akan kondisi anak dan istri dirumah

4. Masalah dengan perumahan

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan karena pasien merasa nyaman tinggal di rumah hanya terkadang ada sedikit cekcok dengan istri

5. Masalah dengan ekonomi

pasien mengatakan ada sesekali masalah ekonomi apabila pekerjaan tidak ada

6. Masalah dengan pelayanan kesehatan

pasien mengatakan bahwa pasien dan keluarga tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan. Pasien menggunakan BPJS

I. Pengetahuan

Pasien mengatakan memahami tentang masalah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Pasien juga kurang memahami faktor penyebab gangguan jiwa. Pasien mengatakan sistem pendukungnya ketika sakit yaitu keluarga yang mendukung pengobatan dan perawatan pasien.

J. Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia Paranoid

Terapi Medik : Risperidone 2x2 mg, Lorazepam 1x1 mg

K. Analisis Data

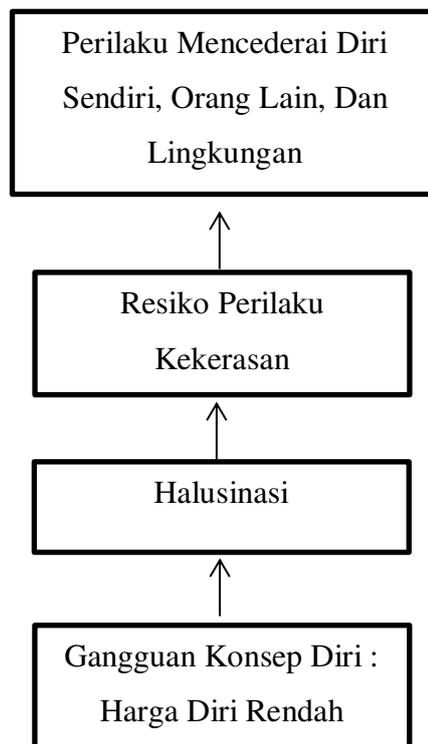
No	Data	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan marah-marahan pada orang lain apabila dekat dengan istrinya Tn. M mengatakan belum bisa mengontrol emosinya b. Tn. M mengatakan tiba-tiba saja merusak alat rumah tangga c. Tn. M mengatakan tiba-tiba berkelahi dengan orang yang menegurnya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M tampak kesal dan marah b. Tn. M tampak Gelisah c. Tn. M tampak banyak diam d. Tn. M tampak tatapan mata tajam e. Tn. m terlihat berkata kasar 	<p>Resiko Prilaku</p> <p>Kekerasan</p>
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan Tindakan kriminal. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M suka marah-marahan tanpa sebab b. Tn. M suka melamun c. Tn. M bicara atau tertawa sendiri 	<p>Perubahan persepsi sensorial : Halusinasi Pendengaran</p>

	<p>3. DS:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien Pasien mengatakan dirinya tidak berguna dan sering merasa sedih dengan apa yang dirasakannya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kontak mata kurangb. Tn. M banyak diam	<p>Harga Diri Rendah</p>
--	--	---------------------------------

L. Daftar masalah

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran
3. Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

M. Pohon masalah



N. Daftar Prioritas

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Halusinasi
3. Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

O. Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.00146) Gejala & Tanda Mayor : Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tn M mengatakan marah-marrah pada orang lain apabila dekat dengan istrinya b. Tn.M mengatakan belum bisa mengontrol emosinya <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif <p>Gejala dan tanda Minor : Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata melotot atau pandangan tajam 2. Tangan mengepal 3. Rahang mengatup 	<p>Kontrol Diri Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Verbalisasi ancaman kepada oranglain skor 5 menurun b. Verbalisasi umpatan skor 5 menurun c. Perilaku menyerang skor 5 menurun d. Perilaku melukai diri sendiri / orang lain skor 5 menurun e. Perilaku agresif skor 5 menurun f. Suara Kerasskor 5 menurun g. Bicara Ketus skor 5 menurun 	<p>Risiko Perilaku Kekerasan(D.00146) Gejala & Tanda Mayor :Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tn M mengatakan marah-marrah pada orang lain apabila dekat dengan istrinya b. Tn.M mengatakan belum bisa mengontrol emosinya <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyerang orang lain b. Melukai diri sendiri/orang lain c. Merusak lingkungan d. Perilaku agresif / amuk <p>Gejala dan tanda Minor :Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mata melotot atau pandangan tajam b. Tangan mengepal c. Rahang mengatup d. Wajah memerah e. Postur tubuh kaku

	<p>4. Wajah memerah 5. Postur tubuh kaku</p>		
2.	<p>Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran (D.0085) Gejala & Tanda Mayor : Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn. M mengatakan mendengar suara bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan Tindakan kriminal <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar mengecap merah atau mencium sesuatu 4. tertawa sendiri dan berbicara sendiri <p>Gejala dan tanda Minor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan kesal <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melamun 2. Bicara Sendiri 	<p>Persepsi sensori membaik (L.09083) Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Verbalisasi mendengar bisikan dengan skor 5 menurun b. Distorsi sensori dengan skor 5 menurun c. Perilaku Halusinasi seperti menarik diri, melamun, curiga dan mondar- mandir dengan skor 5 menurun d. Respon suatu stimulus konsentrasi dan orientasi dapat membaik dengan skor 5 	<p>Manajemen Halusinasi(L.09288) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor perilaku yang mengindikasi halusinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas daristimulus lingkungan c. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan ataumembahayakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan lingkungan yang aman b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku c. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi d. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi b. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi c. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik dan melakukan aktivitas

3.	<p>Harga diri rendah situasional (D.0087)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor : Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Pasien mengatakan dirinya tidak berguna dan sering merasa sedih dengan apa yang dirasakannya <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berbicara pelan dan lirih 2. Menolak berinteraksi dengan orang lain 3. Berjalan menunduk 4. Postur tubuh menunduk <p>Gejala dan tanda Minor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sulit berkonsentrasi <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontak mata kurang 2. Lesu dan tidak bergairah 3. Pasif 4. Tidak mampu membuat keputusan 	<p>Harga diri (L.09069) Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penilaian diri positif skor 5 meningkat b. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri skor 5 meningkat c. Perasaan malu skor menurun d. Perasaan bersalah skor 5 menurun 	<p>Dukungan penampilan peran</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan b. Identifikasi peran yang ada dalam keluarga c. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan b. Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku c. Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir d. Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua e. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran b. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan c. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran
----	---	---	--

P. Implementasi dan Evaluasi

No	Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu,17 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Mendiskusikan dan mengidentifikasi penyebab rasa marah yang menyebabkan perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta cara yang dilakukan untuk mengontrol marah dan akibat dari cara yang dilakukan tersebut c. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik, minum obat teratur, cara verbal dan spiritual d. Dilanjutkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien e. Kontrak untuk pertemuan berikutnya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M setuju untuk dikelola perawat selama 3 minggu kedepan b. Tn.M mengerti tujuan pertemuan dan meyetujui kontrak waktu dan tempat c. Tn.M akan minum obat dengan teratur d. Tn. M mengatakan susah untuk mengontrol rasa marah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M tampak mudah tersinggung jika ditanya tentang masalahnya b. Mata melotot dan suara tinggi c. Tn. M cukup kurang kooperatif <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.K menyetujui kontrak pertemuan b. Tn.M kurang kooperatif <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan menjelaskan kembali tentang latihan relaksasi napas dalam dan pukul bantal</p>	

2.	Rabu, 17 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan dan mengidentifikasi penyebab rasa marah yang menyebabkan perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta cara yang dilakukan untuk mengontrol marah dan akibat dari cara yang dilakukan tersebut e. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. f. Dilanjutkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien g. Kontrak untuk pertemuan berikutnya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan Mengenal perawat b. Tn. M memahami apa yang dijelaskan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M belum bisa mengulang lkembali teknik tarik napas dalam dan pukul bantal b. Tn. M kurang kooperatif dan tidak serius mengikuti arahan perawat <p>A :</p> <p>Tn. M memahami cara latihan relaksasi fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan SP berikutnya mengontrol perilaku kekerasan dengan cara berbicara baik- baik</p>	
----	------------------------	---	--	--

3.	Jumat, 19 april 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada e. pertemuan sebelumnya f. Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara mimum obat 6 benar g. Mengevaluasi materi yang telah diberikan h. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. M mengatakan kurang memahami apa yang dijelaskan oleh perawat cara mimum obat 6 benar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M tampak tidak mampu mengulang materi yang dijelaskan b. Tn. M tampak kooperatif <p>A:</p> <p>Tn. M kurang memahami cara mengontrol emosi dengan mimum obat 6 benar</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan mengulang kembali teknik mengontrol marah dengan cara mimum obat 6 benar</p>	
----	----------------------	---	---	--

4.	Jumat, 19 april 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada e. pertemuan sebelumnya f. Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara mimum obat 6 benar g. Mengevaluasi materi yang telah diberikan h. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. M mengatakan kurang memahami apa yang dijelaskan oleh perawat cara mimum obat 6 benar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M tampak tidak mampu mengulang materi yang dijelaskan b. Tn. M tampak kooperatif <p>A:</p> <p>Tn. M kurang memahami cara mengontrol emosi dengan mimum obat 6 benar</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan mengulang kembali teknik mengontrol marah dengan cara mimum obat 6 benar</p>	
----	----------------------	---	---	--

5.	Selasa, 23 april 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasiterapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan mendengarkan mengucapkan istigfar f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. M dapat mengulangi cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara mengucapkan istigfar c. Tn. M mengatakan memahami apa yang dijelaskan oleh perawat d. Tn. M merasa marahnya sudah berkurang e. Tn. M mengatakan sudah mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan istigfar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.M tampak nyaman dengan perawat b. Tn. M mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya c. Tn. M tampak memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan istigfar <p>A:</p> <p>Tn. M memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan istigfar</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara mengucapkan istigfar dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
----	-----------------------	---	---	--

6.	Rabu, 24 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berdzikir f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. M dapat mengulangi cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir c. Tn. M mengatakan memahami apa yang dijelaskan oleh perawat d. Tn. M merasa marahnya masih kurang terkontrol e. Tn. M mengatakan tenang dan nyaman setelah melakukan terapi dzikir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.M tampak nyaman dengan perawat b. Tn. M mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya c. Tn. M tampak kurang lancar mengucapkan dzikir <p>A:</p> <p>Tn. M kurang memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan dzikir</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
----	-------------------	--	---	--

7.	Kamis, 25 april 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berdzikir f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. M kurang bisa mengulangi kembali cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir c. Tn. M merasa marahnya masih kurang terkontrol d. Tn. M mengatakan tenang dan nyaman setelah melakukan terapi dzikir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. M mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya b. Tn. M tampak kurang lancar mengucapkan dzikir <p>A:</p> <p>Tn. M kurang memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan dzikir</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
----	----------------------	--	--	--

PENGAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Asuhan keperawatan kasus 2

Ruang Rawat : Ruang Nuri

Tanggal dirawat : 13 April 2024

A. Identitas

Inisial : Tn. A
Jenis kelamin : Laki- laki
Umur : 30 Tahun
Alamat lengkap : Jorong Panji Alao, Padang Laweh, Sungai Pua Agam
Tanggal pengkajian : 16 April 2024
No. Rekam Medik : 04-56-19
Informan : Pasien, Rekam Medik, dan Tenaga kesehatan

B. Alasan Masuk

Tn.A masuk Rumah sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang pada 13 April 2024 melalui IGD pasien di antar keluarga untuk ke- dua kalinya. Tn.A masuk ke RSJ dengan gejala emosi labil anpa sebab, merusak alat rumah tangga, memukul tetangga, berbicara kasar, Tn.A sering mengganggu gadis didesa sehingga ditegur oleh keluarga perempuan ang menimbulkan Tn.A berantam dengan kuarga perempuan, pandangan tajam, sering mondar-mandir dirumah, dan kemauan harus dituruti.

C. Keluhan Saat Ini

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 April 2024 pasien Tn.A mengatakan pasien mengeluh bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan, merasa kesal apabila ada keributan selama diruang, merasa kesal bila diganggu oleh pasien lain, pasien juga mengatakan susah berinteraksi dengan teman- teman di ruangan, Pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri

1. Gangguan Jiwa Dimasa Lalu

Tn.A pada saat dilakukan pengkajian dengan keluarga, keluarga mengatakan Pertama kali mengalami sakit sejak tahun 2023 dikarenakan pemakai NAPZA, dirawat untuk kedua kalinya, sebelumnya sudah pernah dirawat terakhir bulan April tahun 2023 pulang dengan tenang dan dijemput keluarga.

2. Pengobatan sebelumnya

Pasien di rawat di RSJ pada tanggal 17 April 2023 selama 3 minggu, saat di rumah pasien tidak mau minum obat pasien membuang obat yang di berikan dari RSJ.

a. Aniaya Fisik

Tn.A mengatakan pernah melakukan aniaya fisik saat pasien SMP dimana pasien ikut tauran bersama teman-teman lain, dan dirumah apabila ada yang menghalangi menemui perempuan yang disukainya

b. Aniaya Seksual

Pasien mengatakan tidak pernah melakukan maupun menjadi korban dalam penganiayaan seksual serta pasien tidak pernah melihat terkait dengan penganiayaan fisik.

c. Penolakan

Tn.A mengatakan pernah menjadi korban penolakan akibat ingin melanjutkan sekolah tetapi dilarang keluarga karena takut lebih terjerumus Napza, dan menerima penolakan oleh perempuan yang disukainya

d. Kekerasan Dalam Keluarga

Tn.A mengatakan tidak pernah menjadi pelaku atau korban kekerasan dalam keluarga Sebelumnya

e. Tindakan Kriminal

Tn.A mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban atau saksi

tindakan kriminal

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan

f. Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Pasien mengatakan tidak memiliki keluarga dengan riwayat gangguan jiwa.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

g. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Tn. A mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan adalah kegagalan tidak melanjutkan sekolah SMA karna pengaruh lingkungan sekolah didekat rumah ang sering menggunakan Napza

Masalah keperawatan: Resiko Prilaku Kekerasan

D. Fisik.

Dari hasil pemeriksaan fisik pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik yang dirasakan dan saat pengkajian tampak pasien beraktivitas seperti biasa.

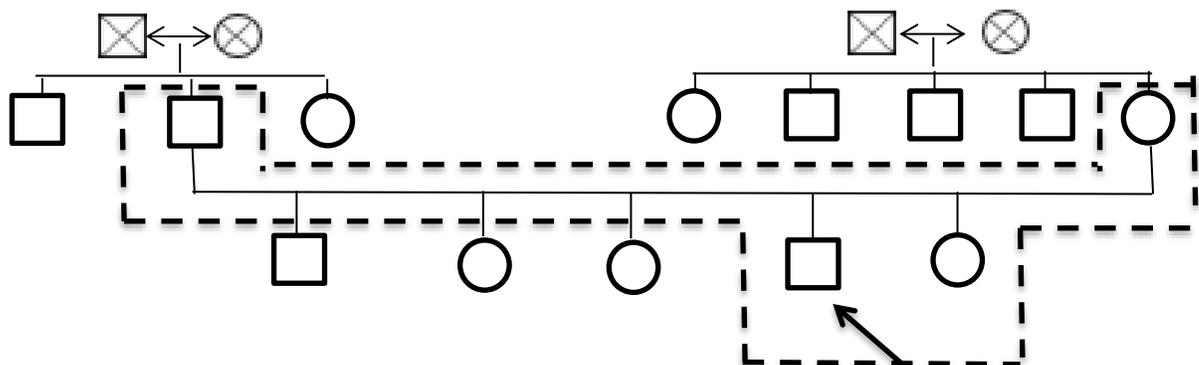
Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn. A didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekana darah 120/85 mmHg, Nadi 93 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C.

Hasil pengukuran tinggi badan Tn. A didapatkan 169 cm, berat badan 53 Kg.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

E. Psikososial

1. Genogram



Keterangan :

-   : Sudah meninggal
-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien

Pasien terdiri dari 5 orang bersaudara. Pasien merupakan anak ke 4. Pasien tinggal serumah bersama ayah, ibu dan saudara perempuan untuk pengambilan keputusan adalah kepala keluarga yaitu ayah pasien. Pola asuh dalam keluarga kurang tidak mandiri. Pasien cukup dimanjakan dari kecil. Pasien sangat dimanjakan orang tua seperti barang-barang yang bisa didapatkan dengan mudah. Komunikasi dalam keluarga pasien cukup baik karena komunikasi 2 arah. Jika ada masalah langsung diselesaikan secara demokratis dan kekeluargaan

Masalah keperawatan: Koping keluarga potensial pertumbuhan

2. Konsep diri

- Gambaran diri: Tn.A mengatakan merasa minder dengan jari kakinya tidak lengkap
- Identitas: pasien mengatakan posisi dirinya sebagai anak ke 4 dari 5 bersaudara. Pendidikan terakhir pasien yaitu SMP.
- Peran diri: Tn.A tidak puas dengan perannya karna tidak bisa mendapatkan pekerjaan yang tetap dengan kondisinya yang seperti ini, dan tidak bisa membantu adik dan orang tuanya
- Ideal diri: Tn.A mengatakan ingin sembuh dan mempunyai pekerjaan
- Harga diri: Tn. A mengatakan ingin pulang cepat dan Mengatakan malu dengan sakit yang dideritanya. Sehingga orang menjaga jarak

Masalah keperawatan: Harga diri rendah

3. Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibunya dan adiknya. Pasien lebih sering bercerita segala sesuatu kepada ibunya.

b) Peran serta dalam kelompok

Tn.A mengatakan jarang berinteraksi atau ikut dalam kegiatan kelompok/ Masyarakat disekitar rumahnya.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tn. A mengatakan tidak dapat mengontrol emosi sehingga orang sekitar takut berinteraksi dengan pasien.

4. Spritual.

a) Nilai dan keyakinan

Tn.A mengatakan beragama islam dan percaya dengan Tuhan dan penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Tuhan

b) Kegiatan Ibadah

Tn.A mengatakan jarang menjalankan ibadah solat 5 waktu selama di rumah dan selama di rumah sakit pasien menjalankan ibadah solat 5 waktu.

5. Status Mental.

a) Penampilan.

Tn.A selama di rumah sakit penampilan tidak rapi, rambut pasien berantakan, tangan bersih dan kuku pendek

b) Pembicaraan

Tn, A saat dikaji tidak kooperatif, nada bicara ketus, pasien tidak mampu memulai percakapan terlebih dahulu lebih banyak diam. Disela sela percakapan pasien sering Ngaur

c) Aktivitas Motorik

Tn. A tampak gelisah, pasien suka mondar mandir di ruangan

d) Alam perasaan

Tn. A mengatakan perasaan takut lama keluar dari rumah sakit

Masalah keperawatan: Ansietas

e) Afek

Tn.A selama berinteraksi afek labil karena pasien suka marah tiba-tiba tanpa penyebab. Masalah keperawatan: resiko perilaku kekerasan

f) Interaksi selama wawancara

Tn. A berinteraksi tidak kooperatif, kontak mata kurang, pasien banyak diam.

g) Persepsi

Tn.A Mengatakan ada mendengar bisikan yang memanggil- mangilnya, dan menyuruhnya marah-marah tanpa sebab. Frekuensi dari bisikan tersebut datang pada saat sendiri 3-4 kali dalam sehari, paling sering datang saat sendiri, lama halusinasinya biasanya 5-10 menit

Masalah keperawatan: Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran

h) Proses Pikir

Mampu menjawab walaupun tidak semua pertanyaan dijawab dan dijawab dengan lambat, juga tidak mengalami flight of ideas maupun perseverasi

i) Isi Pikir

Saat pengkajian tidak memiliki rasa curiga.

j) Tingkat Kesadaran

Tn. A Menyadari dirinya saat ini di RSJ karena berobat penyakitnya yang dapat dikontrol dengan minum obat, pasien dapat menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

k) Memori

Pasien memiliki daya ingat yang bagus. Pasien dapat mengingat kejadian kejadian yang terjadi lebih dari 1 bulan seperti ia sebelum masuk rumah sakit. Selain itu, pasien juga mampu mengingat kemampuan yang terjadi 1 minggu terakhir

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

1) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien tampak berkonsentrasi saat pengkajian dan mampu berhitung saat diminta menghitung

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

2) Kemampuan Penilaian

Tn.A mengalami gangguan ringan dimana dibantu dalam mengambil keputusan

3) Daya Tilik Diri

Pasien mampu mengenali penyakitnya dan tidak mengingkari terhadap penyakitnya dan mengapa pasien bisa sakit jiwa seperti ini.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

6. Kebutuhan Persiapan Pulang

a) Makan

Pasien makan 3x sehari dan pasien mampu makan dengan mandiri tanpa bantuan, pasien makan secara teratur dan menghabiskan makan satu porsi dengan konsistensi nasi biasa, lauk, sayur yang disediakan oleh rumah sakit, pasien mampu merapikan alat makan secara baik dan mandiri.

b) BAB atau BAK

Pasien mengatakan BAB dan BAK di kamar mandi, pasien mengatakan bahwa pasien mampu membersihkan BAB/BAK sendiri.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

c) Mandi

Pasien mengatakan mandi 2x sehari, pasien mengerti cara mandi dan berdandan. Pasien juga mengatakan mencuci rambut di sore hari.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

d) Berpakaian

Pasien bisa mengganti pakaian sendiri, dan merapikan baju yang digunakan sendiri

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

e) Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan saat tidur malam pasien merasa nyaman dan pasien rutin tidursiang setiap hari

a) Pemeliharaan Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan pasien tidak mampu menjaga kesehatan seperti minum obat secara teratur dan makan di rumah tidak teratur. Namun di rumah sakit makan dan minum obat pasien teratur

b) Kegiatan di Dalam Rumah

Pasien mengatakan aktivitas di dalam rumah seperti membersihkan tempat tidur. Jika pasien di rumah sakit pasien membersihkan tempat tidur.

c) Kegiatan / Aktivitas di Luar Rumah

Pasien mengatakan tidak ada aktivitas di luar rumah yang sering dilakukan namun jika di rumah sakit pasien mengobrol dengan pasien lain dan perawat.

7. Mekanisme Koping

a) Koping Adaptif

Tn. A mengikuti kegiatan didalam ruangan seperti olahraga

b) Koping Maladaptif

Tn. A mengatakan ketika ada masalah dengan orang lain, mudah emosi dan tersinggung, jarang bercerita tentang masalah yang dialami dan jika ada masalah lebih suka merokok

Masalah keperawatan: ketidakefektifan koping individu

8. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

a) Masalah dengan dukungan kelompok

Tn.A mengatakan pasien sangat sulit berinteraksi. Karna tetangga takut dengan pasien. pasien tidak bisa mengontrol emosi ketika berbicara dengan orang lain

b) Masalah dengan lingkungan

Pasien mengatakan suka usil di lingkungan

c) Masalah dengan pendidikan

Pasien mengatakan ada masalah di pendidikan karna hanya menyelesaikan sampai SMP. Pasien berencana mengikuti paket C

d) Masalah dengan pekerjaan

Tn.A mengatakan ia tidak bekerja karna tidak memiliki pekerjaan yang tetap.

e) Masalah dengan perumahan

Tn.A mengatakan tidak ada masalah dengan perumahan karena pasien tinggal bersama orang tua dan adeknya

f) Masalah dengan ekonomi

Tn.A mengatakan tidak ada masalah dengan ekonomi, semua kebutuhan Tn.A di penuhi oleh orang tua pasien

g) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Tn.A mengatakan bahwa pasien dan keluarga tidak memiliki masalah dengan pelayanan kesehatan. Pasien menggunakan BPJS

b. Pengetahuan

Tn.A menyadari akan penyakit yang dideritanya, Tn. A kurang mengetahui kegunaan obat yang didapatkannya dan mengetahui nama obat yang dikonsumsinya. Tn. A berharap kesembuhan untuknya

Masalah keperawatan: Kurang Pengetahuan

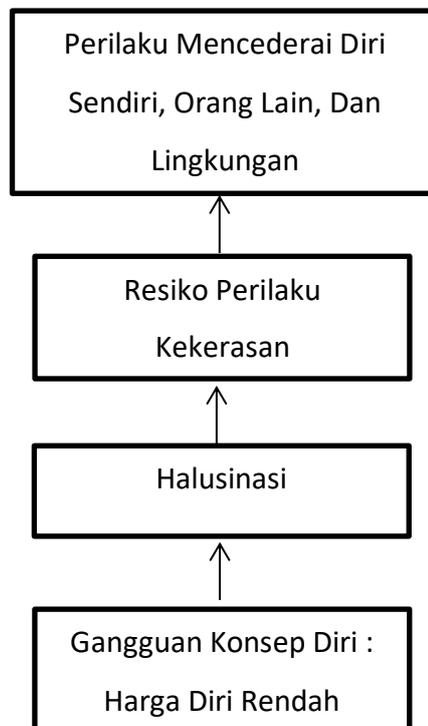
9. Analisis Data

No.	Data	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tn.A mengatakan akan marah ketika keinginan tidak dipenuhi, dan mengancam akan memukul orang tuab. Pasien mengatakan dibawa ke RSJ karena yaitu membanting barang barang dirumah.c. pasien mengatakan sering marah tanpasebab pada tetanggad. Tn.A mengatakan suka mengganggu perempuan ang ada dikampung <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">e. Tn.A tampak mondar-mandir, suara keras, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan,	Resiko Prilaku Kekerasan
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">a. pasien mengatakan mendengar suara-suara memanggil pasien yang tidak tahu darimana asalnyab. Pasien merasa orang lain membicarakannya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">c. Pasien tampak bicara sendiri dan tertawa sendiri	Halusinasi
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien mengatakan tidak dapat kerja yang tetap, sehingga pasien merasa tidak berguna dalam keluargab. Pasien merasa orang di sekitar menjauh darinyac. Pasien merasa minder dengan jari kaki tidak lengkap <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">d. Pasien tampak tidak mau berinteraksi dengan pasien laine. Persepsi pasien merasa tidak berguna dan selalu membuat masalah	Harga Diri Rendah

10. Daftar masalah

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Halusinasi
- c. Konflik peran orang tua
- d. Kurang pengetahuan
- e. Ketidak efektifan coping individual
- f. Ketidakberdayaan

11. Pohon Masalah



12. Diagnosa Prioritas

- a. Resiko Prilaku Kekerasan
- b. Halusinasi
- c. Harga diri rendah

INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Risiko Perilaku Kekerasan(D.00146) Gejala & Tanda Mayor :Subjektif</p> <p>Tn.A mengatakan akan marah ketika keinginan tidak dipenuhi, dan mengancam akan memukul</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif / amuk 	<p>Kontrol Diri Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Verbalisasi ancaman kepada oranglain skor 5 menurun b. Verbalisasi umpatan skor 5 menurun c. Perilaku menyerang skor 5 menurun d. Perilaku melukai diri sendiri / orang lain skor 5 menurun e. Perilaku agresif skor 5 menurun f. Suara Kerasskor 5 menurun h. Bicara Ketus skor 5 menurun 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis. benda tajam, tali) b. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung c. Monitor selama penggunaan barang yang dapatmembahayakan (mis, pisau cukur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin e. Libatkan keluarga dalam perawatanEdukasi f. Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien g. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif h. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dannon verbal (mis, relaksasi, bercerita)

<p>2.</p>	<p>Gangguan persepsi sensorial : Halusinasi Pendengaran (D.0085) Gejala & Tanda</p> <p>Mayor :Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tn. A mengatakan mendengar suara-suara memanggil pasien yang tidak tahu darimana asalnya 2. 3. Tn. A mengatakan lebih suka sendirian, berbicara dan tertawa sendiri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensorial 2. Respon tidak sesuai Bersikap seolah melihat, mendengar mengecap merah atau menciumsesuatu 3. tertawa sendiri 4. berbicara 	<p>Persepsi sensori membaik (L.09083)Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Verbalisasi mendengar bisikan dengan skor 5 menurun b. Distorsi sensorial dengan skor 5menurun c. Perilaku Halusinasi seperti menarikdiri, melamun, curiga dan mondar- mandir dengan skor 5 menurun d. Respon suatu stimulus konsentrasi dan orientasi dapat membaik dengan skor 5 	<p>Manajemen</p> <p>Halusinasi (L.09288)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas daristimulus lingkungan c. Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan lingkungan yang aman b. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku c. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi d. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi b. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi a. Anjurkan melakukan distraksi (mis. Mendengarkan musik dan melakukan aktivitas
-----------	---	--	---

	<p>sendiri Gejala dan tanda Minor :</p> <p>Subjektif :</p> <p>2. Menyatakan kesal</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat orang dan situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir 5. Bicara Sendiri 		
3.	<p>Harga diri rendah situasional(D.0087)</p> <p>Gejala & Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak dapat kerja yang tetap, sehingga pasien 	<p>Harga diri (L.09069) Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penilaian diri positif skor 5 meningkat b. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri skor 5 meningkat c. Perasaan malu skor menurun 	<p>Dukungan penampilan peran</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi berbagai peran dan periode transisi sesuai tingkat perkembangan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi peran yang ada dalam keluarga b. Identifikasi adanya peran yang tidak terpenuhi

<p>marasa tidak berguna dalam keluarga</p> <p>2. Pasien merasa orang di sekitar menjauh darinya</p> <p>3. Pasien merasa minder dengan jari kaki tidak lengkap</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Berbicara pelan dan lirih</p> <p>2. Menolak berinteraksi dengan orang lain</p> <p>Gejala dan tanda Minor</p> <p>: Subjektif :</p> <p>1. Sulit berkonsentrasi</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Kontak mata kurang</p> <p>2. Lesu dan tidak bergairah</p>	<p>d. Perasaan bersalah skor 5 menurun</p>	<p>Terapeutik</p> <p>a. Fasilitasi adaptasi peran keluarga terhadap perubahan peran yang tidak diinginkan</p> <p>b. Fasilitasi bermain peran dalam mengantisipasi reaksi orang lain terhadap perilaku</p> <p>c. Fasilitasi diskusi perubahan peran anak terhadap bayi baru lahir</p> <p>d. Fasilitasi diskusi tentang peran orang tua</p> <p>e. Fasilitasi diskusi harapan dengan keluarga dalam peran timbal balik</p> <p>Edukasi</p> <p>d. Diskusikan perilaku yang dibutuhkan untuk pengembangan peran</p> <p>e. Diskusikan perubahan peran yang diperlukan akibat penyakit atau ketidakmampuan</p> <p>f. Diskusikan strategi positif untuk mengelola perubahan peran</p>
--	--	--

Implementasi dan Evaluasi

No	Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu, 17 April 2023	<p>a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik</p> <p>b. Mendiskusikan dan mengidentifikasi penyebab rasa marah yang menyebabkan perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta cara yang dilakukan untuk mengontrol marah dan akibat dari cara yang dilakukan tersebut</p> <p>c. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik, minum obat teratur, cara verbal dan spiritual</p> <p>d. Dilanjutkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>e. Kontrak untuk pertemuan berikutnya</p>	<p>S :</p> <p>a. Tn. A setuju untuk dikelola perawat selama 3 minggu kedepan</p> <p>b. Tn. A mengerti tujuan pertemuan dan meyetujui kontrak waktu dan tempat</p> <p>c. Tn. A mengatakan susah untuk mengontrol rasa marah</p> <p>O :</p> <p>d. Tn. A Mata melotot dan suara tinggi</p> <p>e. Tn. A cukup kurang kooperatif</p> <p>A :</p> <p>c. Tn.A menyetujui kontrak pertemuan</p> <p>d. Tn.A kurang kooperatif</p> <p>P :</p> <p>e. Intervensi dilanjutkan dengan menjelaskan kembali tentang latihan relaksasi napas dalam dan pukul bantal</p>	

2.	Rabu, 17 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan dan mengidentifikasi penyebab rasa marah yang menyebabkan perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta cara yang dilakukan untuk mengontrol marah dan akibat dari cara yang dilakukan tersebut e. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik tarik napas dalam dan pukul bantal. f. Dilanjutkan masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien g. Kontrak untuk pertemuan berikutnya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan Mengenal perawat b. Tn. A mengatakan bisa mengontrol marah dengan obat c. Tn. A memahami apa yang dijelaskan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Tn. A bisa mengulang kembali teknik tarik napas dalam dan pukul bantal d. Tn. A kooperatif dan serius mengikuti arahan perawat <p>A :</p> <p>Tn. A memahami cara latihan relaksasi fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan SP berikutnya mengontrol perilaku kekerasan dengan cara berbicara baik-baik</p>	
----	---------------------	---	--	--

	<p>Jumat, 19 april 2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara mimum obat 6 benar f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. A mengatakan kurang memahami apa yang dijelaskan oleh perawat cara mimum obat 6 benar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Tn. A tampak tidak mampu mengulang materi yang dijelaskan d. Tn. A tampak kooperatif <p>A:</p> <p>Tn. A kurang memahami cara mengontrol emosi dengan mimum obat 6 benar</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan mengulang kembali teknik mengontrol marah dengan cara mimum obat 6 benar</p>	
--	-----------------------------	---	---	--

	Sabtu, 20 april 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara minum obat 6 benar f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. A mengatakan memahami apa yang dijelaskan oleh perawat cara minum obat 6 benar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Tn. A tampak mampu mengulang materi yang dijelaskan f. Tn. A tampak kooperatif <p>A:</p> <p>Tn. A sudah memahami cara mengontrol emosi dengan minum obat 6 benar</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan teknik mengontrol marah dengan cara berbicara baik-baik</p>	
--	----------------------	---	--	--

	<p>Senin, 22 april 2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara berbicara baik-baik f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. A mengatakan memahami apa yang dijelaskan oleh perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A tampak mampu mengulang materi yang dijelaskan b. Tn. A tampak kooperatif <p>A:</p> <p>Tn. A memahami cara mengontrol cara berbicara baik-baik</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan teknik mengontrol marah dengan cara spiritual</p>	
--	-----------------------------	--	---	--

	<p>Rabu, 24 april 2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasiterapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan mendengarkan mengucapkan istigfar f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. A dapat mengulangi cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara mengucapkan istigfar c. Tn. A mengatakan memahami apa yang dijelaskan oleh perawat d. Tn. A merasa marahnya sudah berkurang e. Tn. A mengatakan sudah mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan istigfar <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.A tampak nyaman dengan perawat b. Tn. A mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya c. Tn. A tampak memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan istigfar <p>A:</p> <p>Tn. A memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan istigfar</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara mengucapkan istigfar dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
--	----------------------------	---	---	--

	<p>Kamis, 25 Mei 2023</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berdzikir f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. A dapat mengulangi cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir c. Tn. A merasa marahnya masih kurang terkontrol apabila ada yang menggangu, dan kehendak tidak dituruti <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.A tampak nyaman dengan perawat b. Tn. A tampak susah membaca dan mengucapkan dzikir dengan benar <p>A:</p> <p>Tn. A kurang memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan dzikir</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
--	---------------------------	--	---	--

	<p>Jumat, 26 april 2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berdzikir f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn.A tidak bisa mengulangi kembali cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir c. Tn. A merasa marahnya masih kurang terkontrol d. Tn. A mengatakan tenang dan nyaman setelah melakukan terapi dzikir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya b. Tn. A tampak kurang lancar mengucapkan dzikir <p>A:</p> <p>Tn. A kurang memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan dzikir</p> <p>P:</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
--	-----------------------------	--	---	--

	Sabtu, 27 April 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berdzikir f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. A dapat mengulangi cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara berdzikir c. Tn. A mengatakan memahami apa yang dijelaskan oleh perawat d. Tn. A merasa marahnya sudah berkurang tapi muncul terkadang tiba-tiba e. Tn. A mengatakan tenang dan nyaman setelah melakukan terapi dzikir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn.A tampak nyaman dengan perawat b. Tn. A mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya c. Tn. A tampak lancar mengucapkan dzikir <p>A:</p> <p>Tn. A kurang memahami cara menngotrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan dzikir</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
--	----------------------	--	---	--

	Minggu, 28 April 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berdzikir f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A mengatakan masih ingat terkait topik sebelumnya b. Tn. A dapat mengulangi cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara berdzikir c. Tn. A merasa marahnya sudah berkurang dan terkontrol d. Tn. A mengatakan tenang dan nyaman setelah melakukan terapi dzikir e. Tn. A mengatakan sering berdzikir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A tampak nyaman dengan perawat b. Tn. A mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya c. Tn. A tampak lancar mengucapkan dzikir d. Tn. A tampak rajin mengulang zikir selama diruangan <p>A:</p> <p>Tn. A memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan dzikir</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
--	-----------------------	--	---	--

	Minggu, 28April 2024	<ul style="list-style-type: none"> a. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan menggunakan komunikasi terapeutik b. Melakukan evaluasi validasi c. Menjelaskan kontrak yang telah disepakati sebelumnya d. Mendiskusikan kembali tentang apa yang telah dibicarakan pada pertemuan sebelumnya e. Mendiskusikan dan melatih pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berdzikir f. Mengevaluasi materi yang telah diberikan g. Memberikan reinforcement positif ketika pasien dapat melakukan apa yang telah diajarkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A dapat mengulang kembali terkait topik sebelumnya SP 1- 4 dan terapi zikir dengan lancar b. Tn. A dapat mengulangi cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara berdzikir c. Tn. A merasa marahnya sudah berkurang dan terkontrol, dan bisa mengontrol sendiri amarah dengan terapi yang telah diberikan d. Tn. A mengatakan tenang dan nyaman setelah melakukan terapi dzikir <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tn. A kurang mampu menjelaskan kembali tentang pertemuan sebelumnya b. Tn. A tampak lancar mengucapkan dzikir dengan benar sesuai urutan <p>A:</p> <p>Tn. A memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan mengucapkan dzikir dan hafal lahfaz dzikir yang diucapkan sebelumnya</p> <p>P :</p> <p>Meminta pasien untuk melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara ber dzikir dan mengajurkan untuk memasukan ke dalam jadwal harian</p>	
--	----------------------	--	---	--

DOKUMENASI



UJI TURNITIN

KTA_WAHYU RAHIMI ZARTI 193310803-1724225099237

ORIGINALITY REPORT

22% SIMILARITY INDEX	17% INTERNET SOURCES	5% PUBLICATIONS	10% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	------------------------------

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan <small>Student Paper</small>	7%
2	digilib.unisayogya.ac.id <small>Internet Source</small>	3%
3	ojs.unud.ac.id <small>Internet Source</small>	2%
4	Sri Ekasaputri, A. Amiyanti. "Efektivitas Terapi Audio Visual (Film Kartun) Terhadap Kecemasan Pada Anak Usia Prasekolah", Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, 2022 <small>Publication</small>	1%
5	pelajarperawat.blogspot.com <small>Internet Source</small>	1%
6	journal-mandiracendikia.com <small>Internet Source</small>	1%
7	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar <small>Student Paper</small>	1%
	repository.unhas.ac.id	

8	<small>Internet Source</small>	1%
9	repositori.uin-alauddin.ac.id <small>Internet Source</small>	1%
10	Submitted to Sriwijaya University <small>Student Paper</small>	1%
11	repo.unand.ac.id <small>Internet Source</small>	1%