

**EFEKTIVITAS TERAPI PSIKORELIGIUS DZIKIR TERHADAP  
PENURUNAN PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA**



**DISUSUN OLEH :  
KELOMPOK RUANG FLAMBOYAN**

1. Alfiah Hoirotun Nisa
2. Anisatul islamiyah
3. Anis sa' idah
4. Ayu nur fadila
5. Bella feby ayu p
6. Chofifah fidiyatul mukaromah
7. Devi eka safitri
8. Dewi afifah
9. Dianti anggraini
10. Efiq elvira rismasita
11. Eka fina herlinda
12. Eva ayu permatasari
13. Fiqriyatil yumniah
14. Gita pragasari
15. Halimatus zariah
16. Imroh atut toibah
17. Inayah fitriah
18. Indri anita
19. Intan septiyorini
20. Ivtitahul hidayati
21. Karina maya ovie a
22. Khairunnisa salsabila thamrin
23. Lailiyatul fajriah
24. Mila mulia riska
25. Milanda putri ningtyas
26. Mitha aggraini
27. Ninda mustikah ratih
28. Nor khofifah indriansyah
29. Nur fakhira salsabila
30. Nuril fitria
31. Nurrohma as' adia
32. Nurul faidah
33. Riska tamara
34. Rofiqoh
35. Rusdania arifah nur h
36. Siti nafiah faiqotul a
37. Sofiatul munawaroh

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS dr.SOEBANDI  
2021/2022**

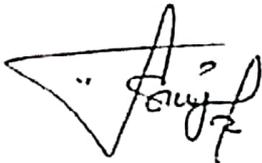
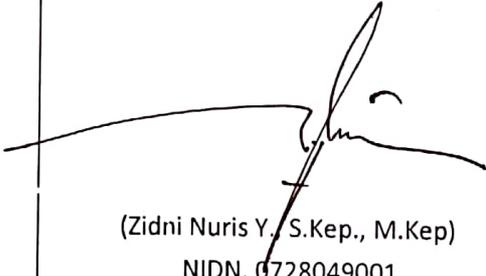
**LEMBAR PENGESAHAN**  
**LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN**

Laporan *Evidence Based Nursing* yang berjudul "Pengaruh Terapi Psikoreligius Dzikir Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan" oleh Mahasiswa Program studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi, TA 2021/2022 telah disahkan pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 21 April 2022

Tempat : RSJ Menur Surabaya

<p>Pembimbing ruangan,</p>  <p>(Lia Chusanti., S.Kep., Ns) NIP. 19790701 200801 2 008</p>	<p>Surabaya, 21 April 2022</p> <p>Pembimbing Akademik,</p>  <p>(Zidni Nuris Y., S.Kep., M.Kep) NIDN. 0728049001</p>
---	--

Kepala Ruang  
Ruang Flamboyan  
Rumah Sakit Jiwa Menur



(Pujiati Sri Asma, S.Kep., Ns)  
NIP. 19690112 199101 2 004

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmatnya sehingga dapat menyelesaikan laporan ini dengan judul “ Pengaruh Terapi Psikoreligius Dzikir Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan” .

Terselesaikannya laporan ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materi, moral, maupun spiritual. Oleh karena itu dalam kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada :

Ibu Pujiati Sri Asma,S.Kep., Ns selaku kepala ruangan Flamboyan

Ibu Lia Chusanti, S.Kep., Ns selaku pembimbing Klinik ruangan Flamboyan

Ibu Zidni Nuris Yuhbaba., S.Kep Ns, M.Kep selaku pembimbing Akademik Universitas dr. Soebandi jember

Ibu perawat di ruang Flamboyan

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan laporan ini masih kurang sempurna. Untuk itu kami mengharapkan saran dan masukan dari berbagai pihak yang bersifat membangun. Semoga laporan ini bermanfaat bagi pengembang pembelajaran untuk ilmu kesehatan khususnya bagi keperawatan jiwa.

Surabaya, 19 April 2022

Penyusun

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	1
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	3
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	3
1.4.2 Manfaat Praktis .....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>4</b>
2.1 Konsep Resiko perilaku Kekerasan .....	4
2.1.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan .....	4
2.1.2 Faktor terjadinya Perilaku Kekerasan .....	4
2.1.3 Rentang Respon .....	6
2.1.4 Tanda dan gejala perilaku Kekerasan.....	7
2.1.5 Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan .....	8
2.2 Konsep Terapi Dzikir .....	12
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b> .....	<b>14</b>
3.1 Konsep Asuhan Keperawatan.....	15
3.1.1 Pengkajian.....	15
3.2 Rencana Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan .....	29
3.3 Analisa dan Hasil .....	41
<b>BAB 4 PEMBAHASAN</b> .....	<b>47</b>
4.1 Tahap Pengkajian.....	47
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	48
4.3 Tahap Perencanaan .....	48
4.4 Tahap Implementasi .....	48
4.5 Tahap Evaluasi.....	51

<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>53</b>
5.1 Kesimpulan.....	53
5.2 Saran.....	53
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>54</b>

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Gangguan jiwa adalah kondisi psikologis individu dimana mengalami penurunan fungsi tubuh, merasa tertekan, tidak nyaman, dan penurunan fungsi peran individu di masyarakat (Stuart, 2016). Gangguan jiwa termasuk ke dalam empat kategori masalah kesehatan utama yang terdiri dari penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa dan kecelakaan. Gangguan jiwa cenderung mengalami peningkatan seiring dengan dinamisnya kehidupan masyarakat, sebagai dampak kemampuan individu beradaptasi pada perubahan sosial yang berubah-ubah. Individu yang mengalami gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan pada bio-psiko-sosial (Madalise, 2015). Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di Negara-negara maju. Kesehatan jiwa individu bisa dilihat melalui beberapa hal, seperti individu berada dalam kondisi fisik, sosial dan mental yang terbebas dari gangguan (penyakit) sehingga memungkinkan individu untuk mampu melakukan hubungan sosial yang memuaskan dan hidup sebagai manusia yang produktif (Utami, 2022).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO, (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang mengalami depresi, 45 juta orang menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Meskipun prevalensi skizofrenia tercatat dalam jumlah yang relative lebih rendah dibandingkan prevalensi jenis gangguan jiwa lainnya berdasarkan National Institute of Mental Health (NIMH), skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri (NIMH, 2019). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2018 menunjukkan bahwa prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia sebanyak 7% per 1000 rumah tangga. Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat selama pandemi covid-19, hingga Juni 2020, ada sebanyak 277 ribu kasus kesehatan jiwa di Indonesia. Jumlah kasus kesehatan jiwa mengalami peningkatan dibandingkan 2019 yang hanya 197 ribu orang. Kenaikan ODGJ berat pada masa pandemi itu juga tercatat di wilayah aglomerasi Surabaya

Raya. Masih mengacu data Profil Kesehatan Jawa Timur, jumlah ODGJ berat di Kota Surabaya pada 2019 tercatat 5.503 orang dan 2020 sebanyak 5.519 orang atau naik 16 orang. Dari jumlah tersebut sebanyak 93,4 persen tertangani atau mendapat pelayanan kesehatan.

Gangguan jiwa menyebabkan penderitanya tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak dapat lagi menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak atau menyakiti dirinya sendiri (Baihaqi, DKK, 2005). Hanya saja gangguan jiwa bersifat lebih kompleks, mulai dengan yang ringan seperti rasa cemas, takut yang tingkat berat berupa sakit jiwa atau kita kenal sebagai gila (Harianto, 2009).

Data gangguan jiwa dunia menyebutkan bahwa pada umumnya gangguan jiwa yang terjadi adalah gangguan kecemasan dan gangguan depresi yang merupakan faktor-faktor terkait dan penyebab dalam menimbulkan banyak masalah kejiwaan seperti resiko perilaku kekerasan, resiko bunuh diri dan halusinasi. Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Dermawan, 2013). Saat ini, prevalensi gangguan jiwa di Jawa Tengah mencapai 3,3% dari seluruh populasi yang ada (Kemenkes, 2019).

Terapi psikoreligius Dzikir menurut bahasa berasal dari kata "dzakar" yang berarti ingat. Dzikir juga di artikan "menjaga dalam ingatan". Jika berdzikir kepada Allah artinya menjaga ingatan agar selalu ingat kepada Alla ta'ala. Dzikir menurut syara' adalah ingat kepada Allah dengan etika tertentu yang sudah ditentukan Al-Qur'an dan hadits dengan tujuan mensucikan hati dan mengagungkan Allah. Menurut Ibn Abbas ra. Dzikir adalah konsep, wadah, sarana, agar manusia tetap terbiasa dzikir (ingat) kepada-Nya ketika berada diluar shalat. Tujuan dari dzikir adalah mengagungkan Allah, mensucikan hati dan jiwa, mengagungkan Allah selaku hamba yang bersyukur, dzikir dapat menyehatkan tubuh, dapat mengobati penyakit dengan metode Ruqyah, mencegah manusia dari bahaya nafsu (Fatihuddin, 2010).

Berdasarkan penyebab dan dampak dari gangguan jiwa perilaku kekerasan, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan untuk mengkaji sejauh mana kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan dalam penerapan *Evidence Base Nursing Practice* dengan Terapi psikoreligius Dzikir guna

membantu klien dalam menangani masalah kesehatan jiwa yang dihadapi melalui penerapan asuhan keperawatan.

### **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana pengaruh terapi psikoreligius dzikir pada pasien dengan perilaku kekerasan?

### **1.3 Tujuan**

Melakukan telaah jurnal ilmiah evidence based nursing sebagai terapi pada pasien perilaku kekerasan dengan menggunakan terapi psikoreligius dzikir

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Diharapkan laporan kasus ini dapat sebagai acuan dalam pembuatan asuhan keperawatan jiwa dengan perilaku kekerasan

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

##### **a. Manfaat Bagi Klien**

Klien mendapatkan informasi mengenai perilaku kekerasan serta cara mengontrolnya

##### **b. Manfaat Bagi Lahan Praktek**

Lahan praktek lebih mengenal asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan

##### **c. Manfaat Bagi Profesi Keperawatan**

Sebagai acuan dan gambaran untuk profesi keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan

## **BAB II**

## TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

#### 2.1.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Muhith, 2015). Risiko perilaku kekerasan merupakan hal yang dapat membahayakan secara fisik, emosi dan seksual pada diri sendiri ataupun orang lain (SDKI 2017).

#### 2.1.2 Faktor terjadinya Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan itu dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

##### 1. Faktor Predisposisi

Berbagai pengalaman yang dialami tiap orang merupakan faktor predisposisi, artinya mungkin terjadi atau mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu adalah:

- a. Faktor Biologis Dalam otak sistem limbik berfungsi sebagai regulator atau pengatur perilaku. Adanya lesi pada hipotalamus dan amigdala dapat mengurangi dan meningkatkan perilaku agresif. Perangsangan pada sistem neurofisiologis dapat menimbulkan respon-respon emosional dan ledakan agresif. Penurunan norepinefrin dapat menstimulasi perilaku agresif misalnya pada peningkatan kadar hormon testosteron atau progesteron. Pengaturan perilaku agresif adalah dengan mengatur jumlah metabolisme biogenik amino- norepinefrin (Dalami, dkk, 2014)
- b. Faktor Psikologis Psychoanalytical Theory; Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Freud berpendapat bahwa perilaku

manusia dipengaruhi oleh dua insting. Pertama, insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan kedua, insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas. Frustration aggression theory; teori yang dikembangkan oleh pengikut Freud 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 frustrasi. Jadi hampir semua orang yang 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.

- c. Faktor Sosial Budaya Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Sesuai dengan teori menurut Bandura bahwa agresif tidak berbeda dengan respons-respons yang lain. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat.
2. Faktor Presipitasi Secara umum seseorang akan akan mengeluarkan respon marah apabila dirinya merasa terancam. Ancaman tersebut dapat berupa luka secara psikis. Ancaman dapat berupa internal dan eksternal. Contoh stressor eksternal yaitu serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna, dan adanya kritikan dari orang lain. Sedangkan contoh dari stressor internal yaitu merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang yang dicintai, dan ketakutan terhadap penyakit yang diderita (Muhith, 2015).

Faktor presipitasi dapat bersumber dari pasien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi pasien seperti ini 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 dicintainya atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi yang proaktif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan (Prabowo, 2014).

Menurut Dalami,dkk tahun 2014 stressor presipitasi yang muncul pad pasien perilaku kekerasan yaitu:

- a. Ancaman terhadap fisik : pemukulan, penyakit fisik
- b. Ancaman terhadap konsep diri : frustrasi, harga diri rendah
- c. Ancaman eksternal : serangan fisik, kehilangan orang atau benda berarti
- d. Ancaman internal : Kegagalan,kehilangan perhatian

### **2.1.3 RENTANG RESPON**

Skema 1 : Rentang Respon Marah (Yusuf, 2015).

- a. Respon Adaptif.
  1. Asertif adalah mengemukakan pendapat atau mengekspresikan rasa tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara. Merupakan ungkapan tanpa menyakit orang akan memberi kelegaan pada individu dan tidak akan menimbulkan masalah (Stuart, 2013).
  2. Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan karena tujuan yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan. Suatu proses yang menyebabkan terhambatnya seseorang dalam keinginannya. Individu tersebut tidak dapat menerima atau menunda sementara sambil menunggu kesempatan yang memungkinkan. Selanjutnya individu merasa tidak mampu dalam mengungkapkan perannya dan terlihat pasif (Stuart, 2013)
- b. Respon Transisi

Pasif adalah diam dan merasa tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, suatu perilaku dimana seseorang merasa tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai usaha mempertahankan hak-haknya. Klien

tampak pemalu, pendiam, sulit diajak bicara karena merasa kurang mampu, rendah diri atau kurang menghargai dirinya (Stuart, 2013).

c. Respon Maladaptif

1. Agresif adalah suatu perilaku yang menyertai rasa marah, merupakan dorongan mental untuk bertindak (dapat secara konstruksi/destruksi) dan masih terkontrol. Perilaku agresif dapat dibedakan dalam 2 kelompok, yaitu pasif agresif dan aktif agresif. Pasif agresif adalah perilaku yang tampak dapat berupa pendendam, bermuka asam, keras kepala, suka menghambat dan bermalas-malasan. Aktif agresif adalah sikap menentang, suka membantah, bicara keras, cenderung menuntut secara terus menerus, bertingkah laku kasar disertai kekerasan (Stuart, 2013).
2. Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat dan disertai kehilangan kontrol diri. Individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan (Stuart,2013).

#### **2.1.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan**

Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut (Dermawan & Rusdi, 2013) :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Menggepalkan tangan
5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7. Mengancam secara verbal dan fisik
8. Melempar atau memukul benda atau orang lain
9. Merusak barang atau benda
10. Tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.

Menurut Direja, 2013 tanda gejala pada perilaku kekerasan yaitu :

1. Fisik

Mata melotot, pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

2. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.

3. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif.

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, menyalahkan dan menuntut.

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, dan meremehkan.

6. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat.

7. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.

### **2.1.5 Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan**

Penatalaksanaan pada pasien perilaku kekerasan bukan hanya meliputi pengobatan dengan farmakoterapi, tetapi juga pemberian psikoterapi, serta terapi modalitas yang sesuai dengan gejala pada perilaku kekerasan. Pada terapi ini juga perlu dukungan keluarga dan sosial akan memberikan peningkatan kesembuhan klien. Penatalaksanaan pada pasien perilaku kekerasan terbagi dua yaitu :

1. Penatalaksanaan medik

a. Farmakoterapi

Salah satu farmakoterapi yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya diberikan antipsikotik. Obat antipsikotik pertama yaitu klorpromazin, diperkenalkan tahun 1951 sebagai pramedikasi anestesi. Kemudian setelah itu, obat itu diuji coba sebagai obat skizofrenia dan terbukti dapat mengurangi skizofrenia. Antipsikotik terbagi atas dua yaitu antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal dengan perbedaan pada efek sampingnya. Antipsikotik tipikal terdiri dari (butirofenon, Haloperidol/haldol, Fenotiazine, Chlorpromazine, perphenazine (Trilafon), trifluoperazin (stelazine), sedangkan untuk antipsikotik atipikal terdiri dari (clozapine (clozaril), risperidone (Risperidal). Efek samping yang ditimbulkan berupa rigiditas otot kaku, lidah kaku atau tebal disertai kesulitan menelan. Biasanya sering digunakan klien untuk mengatasi gejala-gejala psikotik (Perilaku kekerasan, Halusinasi, Waham), Skizofrenia, psikosis organik, psikotik akut dan memblokir dopamine pada pascasinaptik neuron di otak (Katona, dkk, 2012)

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Strategi pelaksanaan pasien perilaku kekerasan Strategi pelaksanaan dapat dilakukan berupa komunikasi terapeutik kepada pasien perilaku kekerasan maupun pada keluarga. Tindakan keperawatan terhadap pasien dapat dilakukan minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga dapat mengontrol dan mengendalikan perilaku kekerasan. Pada masing- masing pertemuan dilakukan tindakan keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) sebagai berikut (Pusdiklatnakes, 2012)

<b>RISIKO PERILAKU KEKERASAN</b>	
1. Standart Luaran	Pasien
	1. Pasien dapat

<b>RISIKO PERILAKU KEKERASAN</b>	
	<p>mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan</p> <p>2. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya</p> <p>4. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> <p>5. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya</p> <p>6. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.</p> <p><b>Keluarga</b></p> <p>1. Keluarga dapat merawat pasien di rumah</p>
2. Intervensi Keperawatan	<p><b>Pasien</b></p> <p><b>SP Ip</b></p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab PK</p> <p>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</p> <p>3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan</p>

## **RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

4. Mengidentifikasi akibat PK
5. Mengajarkan cara mengontrol PK
6. Melatih pasien cara kontrol PK fisik I (nafas dalam).
7. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

### **SP IIp**

1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
2. Melatih pasien cara kontrol PK fisik II (memukul bantal / kasur / konversi energi).
3. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

### **SP IIIp**

1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
2. Melatih pasien cara kontrol PK secara verbal (meminta, menolak dan mengungkapkan marah secara baik).
3. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

### **SP IVp**

1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
2. Melatih pasien cara kontrol PK secara spiritual (berdoa, berwudhu, sholat).
3. Membimbing pasien memasukkan dalam

## RISIKO PERILAKU KEKERASAN

jadwal kegiatan harian.

### **SP Vp**

1. Memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya.
2. Menjelaskan cara kontrol PK dengan minum obat (prinsip 5 benar minum obat).
3. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

### **Keluarga**

#### **SP I k**

1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
2. Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK.
3. Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK.

#### **SP II k**

1. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK.
2. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK.

#### **SP III k**

1. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*).

<b>RISIKO PERILAKU KEKERASAN</b>	
	2. Menjelaskan <i>follow up</i> pasien setelah pulang.

## 2.2 Konsep Terapi Dzikir

Terapi spiritual atau terapi religius yang antara lain zikir, apabila dilafalkan secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi zikir juga dapat diterapkan pada pasien perilaku kekerasan, karena ketika pasien melakukan terapi zikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusus) dapat memberikan dampak saat perilaku kekerasannya muncul pasien bisa dapat menyibukkan diri dengan melakukan terapi zikir.

Terapi religius tidak diarahkan untuk mengubah agama pasiennya tetapi menggali sumber kopingnya (Yosep, 2009). Terapi Zikir adalah ucapan yang selalu mengingatkan kita kepada Allah (Hawari, 2009). Dengan berzikir, hati seseorang akan terasa tenang. Terdapat 3 sesi yang menjadikan pasien perilaku kekerasan mampu melafalkan bacaan zikirnya, mampu lebih nyaman untuk berzikir saat perilaku kekerasannya muncul, mampu menyampaikan perasaannya setelah berzikir.

Kegiatan terapi religius zikir, dapat menurunkan gejala psikiatrik. Riset yang lain menyebutkan bahwa menurunnya kunjungan ke tempat ibadah, meningkatkan jumlah bunuh diri di USA. Kesimpulan dari berbagai riset bahwa religius mampu mencegah dan melindungi dari penyakit kejiwaan, mengurangi penderitaan, meningkatkan proses adaptasi mengontrol perasaan marah yang dialami (Mahoney et.all, 1985 dalam Yosep, 2007).

Begitu pula yang diungkapkan oleh Keliat (2005, hlm. 3), jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang jumlah anggotanya berkisar 5-12 orang. Lama sesi untuk terapi religius zikir pada saat penelitian adalah 10 menit, sehingga waktu yang diperlukan untuk satu kali terapi religius zikir adalah 30 menit. Waktu yang optimal untuk satu sesi adalah 20-40 menit bagi fungsi kelompok yang rendah, dan 60-120 menit bagi

fungsi kelompok yang tinggi (Stuart & Laraia, dalam Keliat, 2005). Pada masing-masing kelompok diberikan 3 sesi terapi religius zikir, setelah dilakukan terapi religius zikir dan diobservasi kembali didapatkan hasil peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan yang dialami pasien.

Terdapat 3 sesi yang menjadikan pasien halusinasi :

1. Mampu melafalkan bacaan zikirnya
2. Mampu lebih nyaman untuk berzikir saat perilaku kekerasannya muncul.
3. Mampu menyampaikan perasaanya setelah berzikir.

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Konsep Asuhan Keperawatan**

**3.3.1 Pengkajian**

Tanggal Mrs : 14- 04 -2022  
Tanggal Dirawat di Ruangan : 14 -04- 2022  
Tanggal Pengkajian : 15- 04- 2022  
Ruang Rawat : Flamboyan Rsj Menur Surabaya

**I. IDENTITAS KLIEN**

<b>PASIEN 1</b>	<b>PASIEN 2</b>
Nama : Nn. I	Nama : Nn. S
Umur : 19 Tahun	Umur : 23 Tahun
Alamat : Surabaya	Alamat : Surabaya
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Agama : Islam	Agama : Islam
Status : Belum menikah	Status : Belum menikah
Pekerjaan : Tidak bekerja	Pekerjaan : Tidak bekerja
Jenis kelamin : Perempuan	Jenis kelamin : Perempuan
No CM : 0332xx	

	No CM : 0332xx
--	----------------

## II. ALASAN MASUK

PASIEN 1	PASIEN 2
Pasien mengatakan masuk RSJ diantar oleh kakaknya dikarenakan sering marah-marah, suka melempar barang. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan pernah dianiaya oleh kakanya.	Pasien dibawa oleh keluarganya karena mau lompat ke sumur dan hasil pengkajian pasien teriak-teriak mengatakan dianiaya oleh keluarganya. Tampak adanya memar-memar dikakinya dan luka sayat di tangannya

## III. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (FAKTOR PREDISPOSISI)

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Pasien 1 : Pernah

Pasien 2 : Pernah

2. Pengobatan sebelumnya

Pasien 1 : kurang berhasil

Pasien 2 : kurang berhasil

3. Pengalaman

No	Riwayat Trauma	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1.	Aniaya fisik		Px 1 : 19 tahun Px 2 : 23 tahun	Px 1 : 19 tahun Px 2 : 23 tahun	
2.	Aniaya seksual				

3.	Penolakan				
4.	Kekerasan dalam keluarga				
5.	Tindakan criminal				

**Penjelasan poin 1, 2, 3 :**

<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Pasien pernah mengaami gangguan jiwa sebelumnya, karena pasien tidak mau minum obat. Pasien juga pernah memukul kakaknya dan teman dikamarnya	Pasien mengatakan melukai ibunya karena ingin bahagia dan pasien mengatakan sering disiksa oleh ibu kandungnya.
<b>Masalah keperawatan : Perilaku kekerasan</b>	

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

<b>PASIEN 1</b>	<b>PASIEN 2</b>
Tidak ada	Tidak ada
<b>Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b>	

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

<b>PASIEN 1</b>	<b>PASIEN 2</b>
Pasien mengatakan pernah ditinggal oleh pacarnya setelah berhubungan badan	Pasien mengatakan selalu disiksa dan disuruh suruh oleh ibu kandungnya

<b>Masalah keperawatan : Respon pasca trauma</b>	<b>Masalah keperawatan : Risiko penganiayaan diri</b>
--	---

#### IV. FISIK

<b>PASIEN 1</b>	<b>PASIEN 2</b>
<b>Tanda Vital</b> TD : 120/ 75 mmHg N : 90x/ menit S : 36 P : 23x/ menit  <b>Keluhan fisik</b> Tidak ada keluhan fisik	<b>Tanda Vital</b> TD : 112/ 88 mmHg N : 102x/ menit S : 36.7 P : 19x/ menit  <b>Keluhan fisik</b> Tidak ada keluhan fisik
<b>Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan</b>	

#### V. PSIKOSOSIAL

##### 1. Genogram:

<b>PASIEN 1</b>	<b>PASIEN 2</b>
Pasien hanya tinggal dengan kaka dan ibunya	Pasien hanya tinggal dengan ibunya
<b>Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b>	

##### 2. Konsep Diri

<b>PASIEN 1</b>	<b>PASIEN 2</b>
a. Gambaran diri Pasien mengatakan menyukai bagian tubuhnya yaitu wajahnya b. Identitas :	a. Gambaran diri Pasien mengatakan menyukai anggota tubuhnya yaitu rambutnya

<p>Pasien mampu menyebutkan identitas diri</p> <p>c. Peran : Pasien berperan sebagai seorang anak</p> <p>d. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera pulang dan kembali bersekolah kembali</p> <p>e. Harga diri : Pasien tidak malu pada dirinya dan pasien menyadari bahwa dirinya sakit</p>	<p>b. Identitas : Pasien mampu menyebutkan identitas diri</p> <p>c. Peran : Pasien mengatakan ingin menjadi anak yang membagikan orang tuanya</p> <p>d. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin mempunyai took yang besar</p> <p>e. Harga diri : Pasien menyadari dan menerima kondisi saat ini</p>
<p><b>Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	

### 3. Hubungan Sosial

<b>PASIEN 1</b>	<b>PASIEN 2</b>
<p>a. Orang yang berarti/terdekat Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ayahnya</p> <p>b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat dan hubungan sosial Pasien mengatakan pernah mengikuti arisan</p> <p>3.3 Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain Pasien mengatakan sering</p>	<p>a. Orang yang berarti/terdekat Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain</p> <p>b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat dan hubungan sosial Pasien mengatakan pernah mengikuti pengajian</p> <p>c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain Pasien mengatakan tidak ada</p>

mengajak orang lain untuk mengobrol	kesulitan berhubungan dengan orang lain
<b>Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b>	

#### 4. Spiritual

PASIEN 1	PASIEN 2
a. Nilai dan keyakinan Pasien mengatakan beragama islam, percaya dengan tuhan b. Kegiatan ibadah Pasien melaksanakna shalat 5 waktu	a. Nilai dan keyakinan Pasien mengatakan beragama islam b. Kegiatan ibadah Pasien melaksanakna shalat 5 waktu
<b>Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b>	

#### V. STATUS MENTAL

PASIEN 1	PASIEN 2
1. penampilan (Penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan) Jelaskan: pasien tampak berpenampilan rapih dan bersih <b>Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b> 2. embicaraan (Frekuensi, Volume, Jumlah, Karakter) : Jelaskan: pasien selalu	1. penampilan (Penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan) Jelaskan: pasien tampak berpenampilan rapi dan bersih <b>Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b> 2. embicaraan (Frekuensi, Volume, Jumlah, Karakter) : Jelaskan: pasien selalu berbicara dengan suara keras dan cepat <b>Diagnosa Keperawatan: Gangguan komunikasi Verbal</b>

<p>berbicara dengan suara keras dan cepat</p> <p><b>Diagnosa Keperawatan:</b> <b>Gangguan komunikasi Verbal</b></p> <p>3. eaktifitas motorik/Psikomotor Kelambatan : Jelaskan: pasien tampak tenang</p> <p><b>Diagnosa Keperawatan :</b> <b>tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>4. lam perasaan Jelaskan : pasien menanyakan masa depannya apakah bisa lebih baik dan bisa sekolah lagi</p> <p><b>Masalah keperawatan :</b> <b>Ansietas</b></p> <p>5. fek Jelaskan : Pasien memiliki emosi yang labil</p> <p><b>Masalah keperawatan :</b> <b>Gangguan komunikasi verbal</b></p> <p>6. nteraksi Selama Wawancara Jelaskan : Pasien saat di wawancarai tidak</p>	<p>3. eaktifitas motorik/Psikomotor Kelambatan : Jelaskan: pasien tampak tenang</p> <p><b>Diagnosa Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>4. lam perasaan Jelaskan : pasien emosinya berubah-ubah, sedih disebabkan karena kemauannya tidak dituruti</p> <p><b>Masalah keperawatan : gangguan proses pikir</b></p> <p>5. fek Jelaskan : Pasien memiliki emosi yang labil</p> <p><b>Masalah keperawatan : Gangguan komunikasi verbal</b></p> <p>6. nteraksi Selama Wawancara Jelaskan : Pasien saat di wawancarai tidak kooperatif, dan mudah tersinggung</p> <p><b>Masalah Keperawatan : Gangguan interaksi sosial</b></p> <p>7. ersepsi Sensorik a. alusinasi Jelaskan: Pasien mengatakan tidak mendengar dan melihat apapun yang tidak nyata</p> <p><b>Diagnosa Keperawatan : Tidak ada</b></p>
---	---

<p>kooperatif, dan mudah tersinggung</p> <p><b>Masalah Keperawatan : Gangguan interaksi sosial</b></p> <p>7. persepsi Sensorik a. alusinasi Jelaskan: Pasien mengatakan tidak mendengar dan melihat apapun yang tidak nyata</p> <p><b>Diagnosa Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>8. roses Pikir <b>Tanginseal</b> Jelaskan: Pasien selalu berbicara berbelit-belit dan topik tidak sampai tujuan</p> <p><b>Masalah keperawatan : Perubahan proses piker</b></p> <p>9. si pikir Jelaskan : Pasien tidak ada waham</p> <p><b>Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>10. Tingkat kesadaran : Jelaskan: Pasien sadar penuh dan orientasi waktu, tempat,</p>	<p><b>masalah keperawatan</b></p> <p>8. roses Pikir <b>Tanginseal</b> Jelaskan: Pasien selalu berbicara berbelit-belit dan topik tidak sampai tujuan</p> <p><b>Masalah keperawatan : Perubahan proses piker</b></p> <p>9. si pikir Jelaskan : Pasien tidak ada waham</p> <p><b>Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>10. Tingkat kesadaran : Jelaskan: Pasien sadar penuh dan orientasi waktu, tempat, orang sangat baik</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>11. Memori Jelaskan: Pasien tidak megalami gangguan daya ingat jangka pendek, jangka menengah, jangka panjang.</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung Jelaskan:</p>
--	--

<p>orang sangat baik</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>11. Memori Jelaskan: Pasien tidak mengalami gangguan daya ingat jangka pendek, jangka menengah, jangka panjang.</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung Jelaskan: Pasien dapat berkonsentrasi dan berhitung</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>11. Kemampuan Penilaian Jelaskan : Pasien mampu membuat keputusan</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>12. Daya Tilik Diri Jelaskan: Pasien menyadari bahwa dirinya sakit</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>Pasien dapat berkonsentrasi dan berhitung</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>11. Kemampuan Penilaian Jelaskan : Pasien mampu membuat keputusan</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>12. Daya Tilik Diri Jelaskan: Pasien menyadari bahwa dirinya sakit</p> <p><b>Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan</b></p>
---	---

## VI.KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

PASIEN 1	PASIEN 2
<p>1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan            Jelaskan :            Pasien tidak mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan makanan, pakaian, keamanan, transportasi, tempat tinggal dan uang  <b>Masalah keperawatan : perubahan pemeliharaan kesehatan</b></p> <p>2. Kegiatan Hidup Sehari hari            a. Perawatan diri            Jelaskan : pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri  <b>Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>b. Nutrisi            Jelaskan : nutrisi pasien tercukupi 3x sehari  <b>Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>c. Tidur            Jelaskan : pasien tidak mengalami gangguan pola tidur  <b>Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>3. Kemampuan klien dalam            Jelaskan :            a) pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri            b) tidak mampu</p>	<p>1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan            Jelaskan :            Pasien tidak mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan makanan, pakaian, keamanan, transportasi, tempat tinggal dan uang  <b>Masalah keperawatan : perubahan pemeliharaan kesehatan</b></p> <p>2. Kegiatan Hidup Sehari hari            a. Perawatan diri            Jelaskan : pasien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri  <b>Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>b. Nutrisi            Jelaskan : nutrisi pasien tercukupi 3x sehari  <b>Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>d. Tidur            Jelaskan : pasien tidak mengalami gangguan pola tidur  <b>Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>6. Kemampuan klien dalam            Jelaskan :            e) pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri            f) tidak mampu membuat keputusan berdasarkan keinginannya,            g) Tidak mampu mengatur penggunaan obat            h) Tidak mampu melakukan pemeriksaan kesehatannya</p>

<p>membuat keputusan berdasarkan keinginannya,</p> <p>c) Tidak mampu mengatur penggunaan obat</p> <p>d) Tidak mampu melakukan pemeriksaan kesehatannya sendiri.</p> <p><b>Masalah Keperawatan : konflik pengambilan keputusan</b></p> <p>4. <b>Klien memiliki sistem pendukung</b></p> <p>Jelaskan :</p> <p>Pasien mengatakan memiliki sistem pendukung dari keluarganya</p> <p><b>Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan dan menghasilkan / hobi</p> <p>Jelaskan : pasien mengatakan mempunyai hobi menulis</p> <p>Masalah Keperawatan : <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>	<p>sendiri.</p> <p><b>Masalah Keperawatan : konflik pengambilan keputusan</b></p> <p>7. <b>Klien memiliki sistem pendukung</b></p> <p>Jelaskan :</p> <p>Pasien mengatakan memiliki sistem pendukung dari keluarganya</p> <p><b>Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan</b></p> <p>8. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan dan menghasilkan / hobi</p> <p>Jelaskan : pasien mengatakan mempunyai hobi menulis</p> <p>Masalah Keperawatan : <b>Tidak ada masalah keperawatan</b></p>
---	---

## IX. MEKANISME KOPING

Jelaskan :

Mekanisme koping klien adalah maladaptif, bila klien ada masalah cenderung diam dan marah.

**Diagnosa Keperawatan: Koping individu inefektif**

## X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

PASIEN 1	PASIEN 2
a. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya Jelaskan : Pasien memiliki sistem pendukung dari ayahnya	a. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya Jelaskan : Pasien memiliki sistem pendukung dari alm. ayahnya
b. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya Jelaskan : Pasien dapat beradaptasi dengan baik dilingkungannya	b. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya Jelaskan : Pasien dapat beradaptasi dengan baik dilingkungannya
c. Masalah dengan pendidikan, spesifiknya Jelaskan : Pasien mengatakan lulusan SMA	c. Masalah dengan pendidikan, spesifiknya Jelaskan : Pasien mengatakan lulusan SMA
d. Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya Jelaskan : Pasien mengatakan belum bekerja	d. Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya Jelaskan : Pasien mengatakan belum bekerja
e. Masalah dengan perumahan, spesifiknya Jelaskan : Pasien tinggal bersama kakak dan ibunya	e. Masalah dengan perumahan, spesifiknya Jelaskan : Pasien tinggal bersama ibunya
f. Masalah dengan ekonomi, spesifiknya Jelaskan : pasien mengatakan yang mencari nafkah adalah ibunya	f. Masalah dengan ekonomi, spesifiknya Jelaskan : pasien mengatakan yang mencari nafkah adalah ibunya
g. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya Jelaskan : BPJS Kesehatan	g. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya Jelaskan : BPJS Kesehatan
h. Masalah lainnya, spesifiknya	h. Masalah lainnya, spesifiknya Jelaskan : tidak mempunyai masalah lainnya <b>Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b>

Jelaskan : tidak mempunyai masalah lainnya <b>Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan</b>	
--	--

## XI. ASPEK PENGETAHUAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal ?

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga saat ini tentang penyakit / gangguan jiwa, perawatan dan penatalaksanaanya faktor yang memperberat masalah (presipitasi), obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah tsb

**Penyakit/gangguan jiwa**

**Faktor presipitasi**

**penatalaksanaan**

Jelaskan :

Pasien saat ini menyadari akan penyakit gangguan jiwanya yang sedang di alaminya. Klien mengetahui penggunaan obat yang di konsumsi. Klien berharap bisa cepat sembuh dan pulang kembali kepada keluarganya.

**Diagnosa Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

## XII. ASPEK MEDIS

1. Diagnosis Media :  
F 20.3 skizofrenia undifferentiated
2. Terapi Medis

PASIEN 1	PASIEN 2
a. RISPERIDONE 2mg 1-0-1	a. LORAZEPAM 1Mmg 0-0-1
b. LORAZEPAM 1Mmg 0-0-1	b. Clozapin 0-100 mg
c. Clozapin 0-100 mg	c. RISPERIDONE 2mg 1-0-1

### XIII. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Perilaku Kekerasan

### XIV. ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Pasien 1</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan jika marah akan melempar barang</li><li>- Pasien mengatakan pernah melukai kakaknya</li></ul> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Nada suara tinggi dan keras</li><li>2. Banyak bicara</li></ol> <p>Pasien 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan pernah memukul ibunya karena dia ingin bahagia</li><li>- Pasien mengatakan suka membentak orang lain jika dia tidak suka</li></ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nada suara tinggi dan keras</li><li>- Pandangan tajam</li><li>- Banyak bicara</li></ul>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal.</p> <p>↑</p> <p>Perilaku Kekerasan</p> <p>↑</p> <p>Harga diri rendah kronis</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>

### 3.2 Rencana Asuhan Keperawatan perilaku Kekerasan

Tgl	No.Dx	Dx. Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
		Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 minggu diharapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab,tanda dan gejala,PK yang dilakukan,akibat PK.</li> <li>2. Pasien dapat melakukan cara mengontrol PK : Fisik,obat,verbal,s piritual</li> </ol>	<p>Setelah interaksi, pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ekspresi bersahabat</li> <li>2. Menunjukkan rasa senang</li> <li>3. Ada kontak mata</li> <li>4. Mau berjabat tangan</li> <li>5. Mau menyebutkan nama</li> <li>6. Mau membalas salam</li> <li>7. Mau duduk berdampingan dengan perawat</li> <li>8. Mau mengungkapkan perasaannya</li> </ol>	<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK.</li> <li>2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual.</li> <li>3. Latih cara mengontrol PK fisik 1 (tarik nafas dalam disertai bacaan dzikir) dan 2 (pukul kasur atau bantal) terapi spiritual (Dzikir)</li> <li>4. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik.</li> </ol> <p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2 dan terapi spiritual, Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.</li> </ol> <p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, Spiritual, dan obat. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar).</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik minum obat, dan verbal.</li> </ol>

					<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, obat dan verbal. Beri pujian.</li><li>2. Latih cara mengontrol PK secara spiritual (Dzikir).</li><li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</li></ol>
--	--	--	--	--	---

## DOKUMENTASI HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

### Perilaku Kekerasan

#### Pasien 1

Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<p style="text-align: center;"><b>Senin, 11 April 2022</b> <b>10.30 WIB</b></p> <p>Pertemuan 1 SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK.</li><li>2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual.</li><li>3. Latih cara mengontrol PK fisik 1 (tarik nafas dalam disertai bacaan dzikir) dan 2 (pukul kasur atau bantal) spiritual (Dzikir).</li><li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</li></ol>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih marah</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak tegang dan suara keras</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi SP 1</p>
<p style="text-align: center;"><b>Selasa, 12 April 2022</b> <b>13.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 2 SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK.</li><li>2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual.</li><li>3. Latih cara mengontrol PK fisik 1 (tarik nafas dalam) dan 2 (pukul kasur atau bantal).</li><li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</li></ol>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan marah jika teringat kakaknya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien sudah mulai kooperatif</li><li>- Kontak mata kurang</li><li>- Pasien mau berlatih cara mengontrol PK (Dzikir)</li></ul> <p>A :</p> <p>Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi SP 2</p>

<p><b>Rabu, 13 April 2022</b></p> <p><b>08.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 3 SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2 serta spiritual (dzikir). Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah menerapkan cara mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2 serta berdzikir</li> <li>- Pasien mengatakan mau minum obat dengan teratur.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien kooperatif</li> <li>- Pasien mau minum obat</li> <li>- Kontak mata baik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi SP 3</p>
---	---

<p><b>Kamis, 14 April 2022</b></p> <p><b>09.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 4 SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, berdzikir dan obat. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar).</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik minum obat, dan verbal.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2 serta berdzikir</li> <li>- Pasien mengatakan sudah minum obat teratur</li> <li>- Pasien mengatakan mampu mengungkapkan jika dia ingin marah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulang kembali apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</li> <li>- Pasien kooperatif dan mampu menjawab semua pertanyaan dengan baik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi SP 4</p>
--	--

<p><b>Jum' at, 15 April 2022</b></p> <p><b>Pukul 14.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 5 SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, obat dan verbal. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara spiritual (Dzikir).</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2</li> <li>- Pasien mengatakan sudah minum obat teratur</li> <li>- Pasien mengatakan mampu mengungkapkan jika dia ingin marah</li> <li>- Pasien mau berdzikir untuk mengontrol PK</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulang kembali apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</li> <li>- Pasien kooperatif dan mampu menjawab semua pertanyaan dengan baik</li> <li>- Pasien tampak berdzikir</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi SP 4</p>
--	---

<p><b>Sabtu, 16 April 2022</b></p> <p><b>Pukul 14.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 6 SP 4</p> <p>4. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, obat dan verbal. Beri pujian.</p> <p>5. Latih cara mengontrol PK secara spiritual (Dzikir).</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2</li> <li>- Pasien mengatakan sudah minum obat teratur</li> <li>- Pasien mengatakan mampu mengungkapkan jika dia ingin marah</li> <li>- Pasien mau berdzikir untuk mengontrol PK</li> <li>- Pasien mengatakan lebih tenang saat berdzikir</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulang kembali apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</li> <li>- Pasien kooperatif dan mampu menjawab semua pertanyaan dengan baik</li> <li>- Pasien tampak berdzikir</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi no.5</p>
---	--

## Pasien 2

Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<p style="text-align: center;"><b>Senin, 11 April 2022</b> <b>10.30 WIB</b></p> <p>Pertemuan 1 SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK.</li><li>2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual (Dzikir).</li><li>3. Latih cara mengontrol PK fisik 1 (tarik nafas dalam disertai bacaan dzikir) dan 2 (pukul kasur atau bantal).</li><li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</li></ol>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih marah kepada ibunya</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak tegang dan suara keras</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi SP 1</p>
<p style="text-align: center;"><b>Selasa, 12 April 2022</b> <b>13.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 2 SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat PK.</li><li>2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual (Dzikir).</li><li>3. Latih cara mengontrol PK fisik 1 (tarik nafas dalam) dan 2 (pukul kasur atau bantal).</li><li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.</li></ol>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan marah jika teringat ibunya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien sudah mulai kooperatif</li><li>- Kontak mata kurang</li><li>- Pasien mau berlatih cara mengontrol PK dengan berdzikir</li></ul> <p>A :</p> <p>Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi SP 2</p>

<p><b>Rabu, 13 April 2022</b></p> <p><b>08.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 3 SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat).</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah menerapkan cara mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2</li> <li>- Pasien mengatakan mau minum obat dengan teratur.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien kooperatif</li> <li>- Pasien mau minum obat</li> <li>- Kontak mata baik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi SP 3</p>
--	---

<p><b>Kamis, 14 April 2022</b></p> <p><b>09.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 4 SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, dan obat. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar).</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik minum obat, dan verbal.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2</li> <li>- Pasien mengatakan sudah minum obat teratur</li> <li>- Pasien mengatakan mampu mengungkapkan jika dia ingin marah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulang kembali apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</li> <li>- Pasien kooperatif dan mampu menjawab semua pertanyaan dengan baik</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi SP 4</p>
--	--

<p><b>Jum' at, 15 April 2022</b></p> <p><b>Pukul 14.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 5 SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, obat dan verbal. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara spiritual (Dzikir).</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2</li> <li>- Pasien mengatakan sudah minum obat teratur</li> <li>- Pasien mengatakan mampu mengungkapkan jika dia ingin marah</li> <li>- Pasien mau berdzikir untuk mengontrol PK</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulang kembali apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</li> <li>- Pasien kooperatif dan mampu menjawab semua pertanyaan dengan baik</li> <li>- Pasien tampak berdzikir</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi SP 4</p>
--	---

<p><b>Sabtu, 16 April 2022</b></p> <p><b>Pukul 14.00 WIB</b></p> <p>Pertemuan 6 SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik 1 dan 2, obat dan verbal. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara spiritual (Dzikir).</li> <li>3. Masukkan pada jadual kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengontrol PK dengan latihan fisik 1 dan 2</li> <li>- Pasien mengatakan sudah minum obat teratur</li> <li>- Pasien mengatakan mampu mengungkapkan jika dia ingin marah</li> <li>- Pasien mau berdzikir untuk mengontrol PK</li> <li>- Pasien mengatakan lebih tenang saat berdzikir</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulang kembali apa yang sudah dijelaskan oleh perawat</li> <li>- Pasien kooperatif dan mampu menjawab semua pertanyaan dengan baik</li> <li>- Pasien tampak berdzikir</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi no.5</p>
--	--

## ANALISA DAN HASIL

Tabel 3.1 Analisa Artikel Penelitian

No	Peneliti, Tahun Terbit	Judul Artikel	Sumber Artikel (Nama Jurnal, No. Jurnal)	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian (Desain, Sample, Teknik Sampling, Variabel, Instrumen)	Hasil penelitian	Database
1	<b>Peneliti</b> Teguh Pribadi, Djunizar Djamaludin <b>Tahun</b> 2019	Terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung	Holistik Jurnal Kesehatan, Volume 13, No.4, Desember 2019: 373-380	Untuk mengetahui pengaruh terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizopfrenia	<b>Desain Penelitian</b> Quasy experiment <b>Sampel</b> 30 pasien <b>Teknik Sampling</b> Total Sampling <b>Variabel Penelitian</b> Terapi psikoreligi, penurunan perilaku kekerasan <b>Instrument</b> RUFA 2 (11-21)	Didapatkan nilai rata-rata skor perilaku kekerasan Sebelum Terapi psikoreligi adalah 16,87 dengan standar deviasi 1,46, rata-rata Skor perilaku kekerasan sesudah Terapi psikoreligi adalah 13.0 dengan standar deviasi 1,0 didapatkan hasil p value 0,000 yang artinya Ada pengaruh terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizopfrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2019	Portal Garuda
2	<b>Peneliti</b>	The	Internation	untuk	<b>Desain Penelitian</b>	Berdasarkan hasil penelitian	Google scholar

---

Trya Ruidahasi, Nashori <b>Tahun</b> 2021	Dara Fuad	Effectiveness of Istighfar Dzikir Therapy in Increasing Domestic Violence Victims' Resilience	al Journal of Islamic Education al Psychology Vol. 2, No. 2, December 2021	mengetahui efektivitas terapi dzikir istighfar pada pasien PK	Quasy experiment <b>Sampel</b> 12 responden <b>Teknik Sampling</b> Purposive sampling <b>Variabel Penelitian</b> Istighfar Dzikir Therapy and Domestic Violence Victims' Resilience <b>Instrument</b> <b>Pengumpulan data</b> CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale)	diatas dapat disimpulkan Hasil penelitian menunjukkan peningkatan skor resiliensi pada kelompok perlakuan, dan kelompok perlakuan memiliki skor resiliensi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol dengan nilai 0.405 (p>0.05).
---	-----------	---	--	---	---	---

---

### 3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

<b>PICOT</b>	<b>Kriteria Inklusi</b>	<b>Kriteria Eksklusi</b>
Population/ problem	Pasien dengan risiko perilaku kekerasan	Selain pasien perilaku kekerasan
Intervention	Ada intervensi	Tidak ada intervensi
Comparation	Ada perbandingan	Tidak ada pebandingan
Outcome	Ada pengaruh terapi dzikir terhadap penurunan perilaku kekerasan	Tidak ada pengaruh
Time	Tahun 2017-2022	Dibawah tahun 2017

## 1. Populasi/population dari jurnal yang digunakan

Pribadi, dkk (2019), populasi penelitian adalah pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa dengan sampel 30 dengan karakteristik usia antara 20-29 tahun (53,2%), pendidikan SMP dan SMA (40%), sebagian responden tidak bekerja (80%), pasien dilakukan dengan screening RUFA (11-12) dan pasien yang beragama Islam. Ruidahasi, dkk (2021), populasi penelitian adalah 12 istri korban KDRT di Yogyakarta. Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah teknik purposive sampling. Menurut Etika dkk. (2016), purposive sampling merupakan teknik penentuan sampel penelitian dengan pertimbangan tertentu agar data yang diperoleh nantinya lebih representatif. Pengambilan sampel secara purposive sampling. Kriteria peserta penelitian ini antara lain: (1) berjenis kelamin perempuan, (2) memiliki nilai resiliensi sedang dan rendah, (3) beragama Islam, (4) pernah menjalani hubungan suami istri dan mengalami kekerasan dalam rumah tangga, (5) memiliki usia 20-50 tahun.

## 2. Intervensi/intervention

Pribadi, dkk (2019), proses penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus – Oktober 2019. Pasien yang akan dijadikan objek penelitian dilakukan skrining RUFA 2 (11-21). Setelah melengkapi data demografi lengkap dan responden sudah sesuai dengan kriteria inklusi. Inform consent untuk ikut penelitian didapatkan dari keluarga pasien, karena pasien gangguan jiwa termasuk golongan lemah atau vulnerable. Setiap pasien diwajibkan melakukan terapi keagamaan seperti dzikir, ibadah sholat, mendengarkan bacaan Al Quran. Ruidahasi, dkk (2021), proses penelitian ini dilakukan selama 2 minggu, data dikumpulkan dengan CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale). Terapi istighfar terdiri dari 12 sesi yang dibagi menjadi tiga pertemuan. Setiap pertemuan memakan waktu sekitar 120 menit, dengan 5-6 jam perawatan. Selanjutnya adalah mempersiapkan kualifikasi Fasilitator dan Co-Fasilitator. Kriteria pemilihan fasilitator antara lain: (1) terapis/psikolog yang memiliki Surat Izin Praktik Psikolog (SIPP), (2) beragama Islam, (3) memiliki pengalaman dalam memberikan terapi dzikir khususnya istighfar,

(4) bersedia menjadi fasilitator. terlibat penuh dalam proses intervensi, (5) memiliki keterampilan interpersonal yang baik selama intervensi.

### 3. Comparasion

#### a. Populasi (population)

Pribadi, dkk (2019), dalam penelitiannya menggunakan populasi sebanyak 30 pasien dengan perilaku kekerasan yang beragama Islam. Ruidahasi, dkk (2021), melakukan penelitian dengan populasi sebanyak 12 pasien.

#### b. Intervensi (intervention)

Pribadi, dkk (2019) melakukan penelitian dengan cara setiap pasien diwajibkan melakukan terapi keagamaan seperti dzikir, ibadah sholat, mendengarkan bacaan Al Quran selama dua bulan tanpa dijelaskan secara rinci pelaksanaan kegiatannya. Ruidahasi, dkk (2021), dengan memberikan terapi spiritual dengan terapi istigfar selama 2 minggu.

#### c. Hasil (outcome)

Penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2019) menunjukkan hasil Ada pengaruh terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2019 dengan hasil  $p=0.000$   $\alpha<0.05$ . Ruidahasi, dkk (2021), menunjukkan hasil Ada efektivitas Terapi Dzikir Istighfar dalam Meningkatkan Ketahanan Korban KDRT dengan hasil  $p=0.029$   $\alpha<0.05$

### 4. Hasil/outcome

Penelitian Pribadi, dkk (2019), mengungkapkan bahwa hasil penelitian menunjukkan rata-rata skor perilaku kekerasan sebelum terapi psikoreligi adalah 16,87 rata-rata skor perilaku kekerasan sesudah terapi psikoreligi adalah 13.0. Ada pengaruh terapi psikoreligi terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung Tahun 2019 ( $p$  value 0,000). Ruidahasi, dkk (2021), mengungkapkan bahwa hasil penelitian menunjukkan Rata-rata skor resiliensi yang diperoleh kelompok perlakuan dan kontrol tidak jauh berbeda

pada saat pre-test ( $\bar{X}_{KE} = 69,00$  dan  $\bar{X}_{KK} = 68,83$ ), dengan standar deviasi kelompok kontrol lebih besar daripada kelompok perlakuan ( $SKK = 15,03$  dan  $SKE = 10,35$ ). Selanjutnya pada post-test, hasil rata-rata skor resiliensi yang diperoleh kedua kelompok menunjukkan perbedaan. Rata-rata skor post test resiliensi pada kelompok perlakuan ( $\bar{X}_{KE} = 83,33$ ) lebih besar dari rata-rata post test pada kelompok kontrol ( $\bar{X}_K = 62,83$ ) dengan standar deviasi lebih besar dari pada kelompok kontrol ( $SKK = 15,58$  dan  $SKE = 4,67$ ). Rata-rata skor kelompok perlakuan ( $\bar{X}_{KE} = 81,50$ ) juga menunjukkan lebih besar dari skor rata-rata kelompok kontrol ( $\bar{X}_{Kk} = 62,17$ ). Ada efektivitas Terapi Dzikir Istighfar dalam Meningkatkan Ketahanan Korban KDRT (*p value* 0,029).

#### 5. Time

Pribadi, dkk (2019), proses penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus – Oktober 2019. Pasien yang akan dijadikan objek penelitian dilakukan skrining RUFA 2 (11-21). Ruidahasi, dkk (2021), proses penelitian ini dilakukan selama 2 minggu data dikumpulkan dengan CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale).

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawat kepada Ny. I dan Ny. S dengan gangguan perilaku kekerasan di ruang flamboyan, maka penulis akan membahas masalah keperawatan sesuai dengan teoritis asuhan keperawatan. Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Tahap pengkajian**

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

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih nyaman dalam mengungkapkan perasaannya.
- b. Melakukan pengkajian pada pasien dengan wawancara
- c. Melakukan pengkajian dengan cara membaca status dan melihat buku rekam medis pasien

Dalam pengkajian ini, penulis menemukan kesenjangan pada kasus Ny.I dan Ny.S, dimana pada klien Ny.I tampak marah - marah, gelisah, mondar-mandir, tampak tegang, pandangan tajam, nada bicara tinggi dan lain-lain sedangkan pada klien Ny.S tampak berteriak – teriak, terlihat memar dibagian pergelangan tangan dan kaki. Gejala - gejala yang muncul tersebut tidak semua mencakup dengan yang ada di teori klinis dari perilaku kekerasan (Keliat,2015). Akan tetapi terdapat faktor predisposisi maupun

presipitasi yang menyebabkan kekambuhan penyakit yang dialami oleh Ny.I dan Ny.S.

#### **4.2 Diagnosa keperawatan**

Pada Teori (SDKI, 2017), diagnosa keperawatan yang muncul (Aji, 2019) yang yaitu:

1. Perilaku Kekerasan

#### **4.3 Tahap perencanaan**

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

1. Perilaku Kekerasan
  1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.
  2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
  3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
  4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
  5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
  6. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam disertai bacaan zikir dan memukul bantal/kasur.
  7. Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program).
  8. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara social/verbal.
  9. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual:

10. Memasukkan pada jadwal kegiatan harian pasien

#### **4.4 Tahap implementasi**

Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Teknik yang perlu diperhatikan adalah strategi komunikasi, yang harus dilakukan yaitu : bersikap tenang, bicara lambat, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dengan cara yang kongkrit, tunjukkan respek pada klien, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan, jangan buat janji yang tidak dapat perawat sejadi. Lingkungan: menyediakan berbagai aktivitas. Tindakan perilaku: membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima.

Implementasi adalah tahap dimana perawat memulai melakukan tindakan yang sudah di intervensi untuk mengatasi perilaku kekerasan ( Aldam & Wardani, 2019) yaitu:

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.
  - a) Bina hubungan saling percaya : salam terapeutik, empati, sebut nama perawat dan jelaskan tujuan interaksi.
  - b) Panggil klien dengan nama panggilan yang disukai.
  - c) Bicara dengan sikap tenang, rileks dan tidak menantang.
2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
  - a) Beri kesempatan mengungkapkan perasaan.
  - b) Bantu klien mengungkapkan perasaan jengkel / kesal.
  - c) Dengarkan ungkapan rasa marah dan perasaan bermusuhan klien dengan sikap tenang.
3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
  - a) Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat jengkel/kesal.
  - b) Observasi tanda perilaku kekerasan.

- c) Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel / kesal yang dialami klien.
4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
    - a) Anjurkan mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
    - b) Bantu bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
    - c) Tanyakan "apakah dengan cara yang dilakukan masalahnya selesai?"
  5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
    - a) Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan.
    - b) Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang digunakan.
    - c) Tanyakan apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat.
  6. Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan.
    - a) Beri pujian jika mengetahui cara lain yang sehat.
    - b) Diskusikan cara lain yang sehat. Secara fisik : tarik nafas dalam disertai dengan bacaan dzikir dan dengan cara memukul bantal / kasur.
    - c) Secara verbal : katakan bahwa anda sedang marah atau kesal / tersinggung
    - d) Membantu memasukkan kegiatan Sp 1 pada jadwal kegiatan harian pasien
  7. Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program).
    - a) Diskusikan dengan klien tentang obat (nama, dosis, frekuensi, dan efek samping).
    - b) Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (nama klien, obat, dosis, cara dan waktu).
    - c) Anjurkan untuk membicarakan efek samping obat yang dirasakan.
    - d) Membantu memasukkan kegiatan Sp 2 pada jadwal kegiatan harian pasien
  8. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara social/verbal.
    - a) Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.

- b) Membantu memasukkan jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal pada jadwal kegiatan harian pasien.
9. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual:
- a) Dilakukan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan pasien
  - b) Latih mengontrol marah dengan melakukan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan klien.
  - c) Buat jadwal latihan kegiatan ibadah. (Keliat, 2013)

#### **4.5 Tahap evaluasi**

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya. (Keliat, 2011).

Pada tahap tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah : Pasien mempercayai perawat sebagai terapis, Pasien Dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan, Pasien dapat mengendalikan perilaku kekerasan, Latihan mengungkapkan perasaan kepada orang lain (teman), Meminum obat secara teratur (Hafizzudin, 2021). Pada tinjauan kasus evaluasi yang di hasilkan adalah :

1. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
2. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
3. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.
4. Klien mampu mengontrol dan mengidentifikasi perilaku kekerasan,
5. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam disertai bacaan dzikir dan meminum obat secara teratur,
6. Klien mampu melakukan latihan terapi benson dzikir

Dari sudut ilmu kedokteran jiwa atau keperawatan jiwa atau kesehatan jiwa, doa dan dzikir (psikoreligius terapi) merupakan terapi psikiatrik setingkat lebih tinggi dari pada psikoterapi biasa (Ilham, 2008; Ariyan, 2014). Dengan demikian orang yang mengikuti terapi psikoreligi

akan membatasi gerakannya karena dia berfokus pada kegiatannya sehingga dapat mengurangi agresif fisik klien (Videbeck, 2008; Sulistyowati, & Prihantini, 2015). Respon fisik akan mempengaruhi respon emosi. Respon fisik merupakan respon yang mengikuti perubahan kognitif pada klien perilaku kekerasan (Boyd & Nihart, 1998; Sulistyowati, & Prihantini, 2015). Berdasarkan model adaptasi Stuart menjelaskan bahwa penilaian seseorang terhadap stressor memberikan makna dan dampak dari suatu situasi yang menekan dan ditunjukkan dengan respon kognitif, afektif, respon fisik, respon perilaku dan social (Rahayu, 2008).

Pendekatan keagamaan dalam praktek kedokteran dan keperawatan dalam dunia kesehatan, bukan untuk tujuan mengubah keimanan seseorang terhadap agama yang sudah diyakininya, melainkan untuk membangkitkan kekuatan spiritual dalam menghadapi penyakit merupakan terapi psikoreligius (Yosep, 2009). Dengan terapi psikoreligi akan melakukan kontrol terhadap emosi yang mempengaruhi proses fikir serta ketegangan otot (Stuart & Sundeen, 2005; Putri, 2010).

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai secara fisik maupun psikologis yang terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung atau riwayat perilaku kekerasan. Hal ini dialami oleh seseorang yang mengalami gangguan kejiwaan. Untuk itu dalam melakukan asuhan keperawatan hendaknya peneliti mampu melakukan komunikasi terapeutik yang lebih terbuka sehingga dapat terjalin hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Saat terbangun *thrust* yang baik yang dapat digunakan untuk memberikan intervensi dan melaksanakan implementasi pada pasien dengan gangguan jiwa khususnya perilaku kekerasan.

#### **5.2. Saran**

Adapun saran yang dapat penulis berikan yaitu sebagai berikut :

- a. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan perilaku kekerasan, sebagai tenaga kesehatan kita di tuntut untuk tidak mengesampingkan *support system* atau dukungan keluarga sebagai sistem pendukung yang mengerti keadaan dan permasalahan pasien.
- b. Tenaga kesehatan melakukan pendekatan secara bertahap dan terus menerus sehingga terbangun *thrust* yang baik dari pasien kepada tenaga kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Keliat dan akemat, 2011, *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, Jakarta: EGC
- Putri, D. E. (2010). *Pengaruh Rational Emotive Behaviour Therapy Terhadap Perilaku Kekerasan*, Tesis. Jakarta. FIK UI.
- Sulistiyowati, D. A., & Prihantini, E. (2015). *Pengaruh Terapi Psikoreligi Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan, 4(1).
- Yosep, I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung :Refika Aditama.