

Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Ny.Y Dengan Fokus Tindakan Pukul Bantal Untuk Mengontrol Emosi Di RSJD Dr. RM Soedjarwadi Klaten

Ananda Irsyam Ramadhan Sakti¹, Sudiarto², Wiwik Priyatin³

^{1,2,3} Program Studi Diploma III Keperawatan, Politeknik Yakpermas Banyumas, Banyumas, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Januari 15, 2026
 Revised Januari 20, 2026
 Accepted Januari 23, 2026

Kata Kunci:

Asuhan Keperawatan,
 Risiko Perilaku Kekerasan,
 Pukul Bantal

Keywords:

*Nursing Care,
 Risk of Violent Behavior,
 Hit the Pillow*

ABSTRAK

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu repon marah yang diekspresikan dengan cara mengancam, melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Oleh karena itu dibutuhkan tindakan keperawatan untuk mengurangi terjadinya risiko perilaku kekerasan serta dapat mengontrol rasa marah pada pasien, salah satunya adalah dengan menggunakan tindakan pukul bantal. Pukul bantal merupakan penatalaksanaan yang tepat untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan, pasien dapat melakukan tindakan ini untuk menyalurkan energy marah yang sedang dirasakan tanpa merugikan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan fokus pukul bantal untuk mengontrol emosi. Karya tulis ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tanda gejala risiko perilaku kekerasan menurun setelah dilakukan tindakan pukul bantal. Asuhan keperawatan risiko perilaku kekerasan dengan fokus tindakan pukul bantal selama 3 hari dapat membantu mengontrol emosi

ABSTRACT

The risk of violent behavior is one of the angry responses expressed by threatening, injuring oneself, others, and the surrounding environment. Therefore, nursing actions are needed to reduce the risk of violent behavior and be able to control anger in patients, one of which is by using the act of hitting a pillow. Hitting the pillow is the right management to reduce the risk of violent behavior, patients can do this action to channel the angry energy that is being felt without harming themselves, others, or the surrounding environment. This study aims to determine nursing care in patients at risk of violent behavior with a focus on hitting pillows to control emotions. This paper uses a type of descriptive research in the form of a case study. The results showed that the symptomatic signs of the risk of violent behavior decreased after the act of hitting the pillow. Nursing care at risk of violent behavior with a focus on pillow hitting for 3 days can help control emotions

This is an open access article under the [CC BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) license.



Corresponding Author:

Ananda Irsyam Ramadhan Sakti
 Program Studi Diploma III Keperawatan, Politeknik Yakpermas Banyumas,
 Banyumas, Indonesia

1. PENDAHULUAN

Pada saat ini kondisi kehidupan dimasyarakat semakin berkembang begitu pesat dengan ditandainya perkembangan diberbagai bidang dalam segi kehidupan. Keadaan tersebut menimbulkan terjadinya pergeseran sosial budaya, norma, perilaku, serta gaya hidup masyarakat. Perubahan-perubahan yang terjadi mengakibatkan stress pada masyarakat, semakin tinggi beban dapat menyebabkan stress yang tinggi pada seseorang yang tidak mampu mengatasinya dapat mengalami gangguan jiwa salah satunya yaitu skizofrenia [1].

Skizofrenia adalah suatu keadaan gangguan fungsi otak yang disebabkan oleh adanya gangguan dalam proses berfikir, gangguan pada perilaku dan emosi, dimana berbagai pemikiran yang tidak saling berhubungan secara logis dan terdapat adanya persepsi yang keliru. Prevelensi skizofrenia telah meningkat dari 40% dengan jumlah 26 juta jiwa kemudian meningkat menjadi 20%. Ada beberapa ahli yang berpendapat bahwa penderita skizofrenia terutama mengalami gangguan dalam pikiran dan gangguan kesehatan mental [2].

Kesehatan mental adalah suatu kondisi psikologis dan emosional yang baik, pada setiap individu bisa menggunakan dan mengembangkan kemampuan kognisi dan emosi berfungsi dalam kelompoknya, serta dapat memenuhi keperluan sehari-hari pada setiap individu. Kesehatan mental juga memiliki pengaruh terhadap fisik individu dan juga akan mengganggu produktivitas. Kesehatan mental sangat penting untuk menunjang produktivitas dan kualitas kesehatan fisik. Gangguan mental ataupun kejiwaan dapat dialami oleh siapapun. Menurut Riset Kesehatan Dasar (2018) menunjukkan prevelensi gangguan jiwa emosional yang ditunjukkan dengan gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 6,1 dari jumlah penduduk Indonesia atau setara dengan 11 juta orang [3]

Gangguan jiwa adalah sifat dari individu yang berhubungan dengan suatu indikasi penderitaan (ketergantungan atau impotensi) yang ada dalam satu atau lebih fungsi pokok pada setiap individu, yang meliputi fungsi biologik, perilaku, psikologik, serta gangguan tersebut tidak hanya terdapat pada hubungan antara individu tersebut namun juga di dapat dengan masyarakat antara lain adalah risiko perilaku kekerasan [1].

Seseorang yang mengalami risiko perilaku kekerasan sering memperlihatkan perubahan pada perilaku seperti berbicara kasar, sering marah-marah, pandangan mata tajam, agresif, mondar-mandir, gelisah, suka mengancam, nada bicara tinggi, dan bergembira secara berlebihan. Selain itu kekacauan alam fikir juga dapat terlihat dari isi pembicaraan penderita. Perubahan lainnya yang dialami adalah terdapat penurunan kemampuan memecahkan suatu masalah, orientasi terhadap tempat, orang, waktu, serta gelisah [4].

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang di espresikan dengan cara mengancam, melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar. Pada aspek fisik tekanan darah naik, denyut nadi dan pernafasan meningkat, mudah tersinggung, mengamuk dan mencederai diri sendiri. Perubahan tersebut menyebabkan risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan data tahun 2017 dengan risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang menunjukkan risiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi [5].

Berdasarkan penelitian dengan pendekatan studi kasus yang mengobservasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan seperti melemparkan benda atau memukul orang lain, mengepalkan tangan, merusak barang atau benda, tidak memiliki kemampuan untuk mengendalikan tindakan perilaku kekerasan. Hasil penelitian bahwa tanda-tanda yang muncul pada pasien risiko perilaku kekerasan adalah mengepalkan tangan, bicara nada tinggi, sering marah-marah, sering teriak dan berbicara kasar. Selain itu terdapat beberapa faktor predisposisi pasien risiko perilaku kekerasan yaitu karena dimasa lalunya tidak menyenangkan, salah satunya seperti ketidak-harmonisan didalam keluarga, sering

mengalami kegagalan, kehilangan orang yang dicintai, dan timbulnya ke tidak percaya diri sendiri. Sehingga pasien mengalami cemas, stress, gelisah, ingin mengamuk yang menimbulkan risiko perilaku kekerasan. Oleh karena itu dibutuhkan tindakan keperawatan untuk mengurangi terjadinya risiko perilaku kekerasan serta dapat mengontrol rasa marah pada pasien risiko perilaku kekerasan, salah satunya adalah dengan menggunakan tindakan pukul bantal [6].

Pukul bantal merupakan penatalaksanaan yang tepat untuk mengurangi risiko perilaku kekerasan, pasien dapat melakukan tindakan ini untuk menyalurkan energi marah yang sedang dirasakan tanpa merugikan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar. Karena itu tindakan pukul bantal sangat membantu dalam mengurangi rasa marah serta memberi rasa kenyamanan pada pasien risiko perilaku kekerasan sehingga dapat mengurangi masalah pada kesehatan jiwa [7].

Secara global *World Health Organization* (WHO) mengungkapkan masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi suatu masalah serius. Kemudian berdasarkan data dari WHO tahun 2022 sebanyak 23 juta orang mengalami gangguan kesehatan jiwa, yakni skizofrenia atau psikosis. Tetapi dari jumlah data tersebut hanya 31,3% yang mendapatkan layanan spesialis jiwa [8].

Provinsi Jawa Tengah menduduki urutan ke lima yang mempunyai penderita skizofrenia terbanyak setelah DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, dan Bali. Prevalensi (per mil) dengan gangguan jiwa skizofrenia di Jawa Tengah yaitu 8,7% dari jumlah penduduk melewati angka nasional 37.516 orang.

Kasus pada gangguan jiwa di Kabupaten Klaten berdasarkan hasil dari Riset Kesehatan Dasar Riskesdas tahun 2018 yaitu 939 orang. Dalam peningkatan kasus ini dapat terlihat dari naiknya prevalensi rumah tangga yang mempunyai ODGJ di Indonesia. Gangguan jiwa berat termasuk skizofrenia yang berkarakteristik kronis yang ditandai dengan gangguan realitas (halusinasi atau waham), gangguan fungsi kognitif, gangguan komunikasi, afek tidak wajar atau tumpul serta mengalami kesusahan untuk melakukan kegiatan aktivitas sehari-hari seperti orang pada umumnya [9].

Berdasarkan hasil data dari RSJD Soedjarwadi Klaten di dapatkan jumlah pasien rawat inap dengan risiko perilaku kekerasan dengan jumlah 336 orang pada bulan Januari 2020 – April 2020 [10].

2. METODE

2.1 Rancangan Studi Kasus

Metode penelitian ini yaitu deskriptif dalam bentuk studi kasus, merupakan penelitian yang meliputi pengkajian bertujuan untuk memberikan gambaran dengan cara mendetail mengenai latar belakang, karakter maupun sifat yang terdapat pada suatu kasus [11]

2.2 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus penelitian merupakan subjek yang dituju oleh peneliti yang menjadi pusat perhatian atau menjadi sasaran peneliti tentang pasien pada gangguan jiwa dengan Resiko Perilaku Kekerasan (RPK). Subjek kasus ini adalah salah satu pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan Resiko Perilaku Kekerasan. Studi kasus ini dilakukan di RSJD Klaten. Subjek penelitian ini digunakan dengan memberi asuhan keperawatan kepada pasien risiko perilaku kekerasan dengan fokus tindakan pukul bantal untuk mengontrol emosi [12].

2.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus merupakan kajian utama pada elemen maupun aspek dari sebuah situasi atau kondisi yang terpilih untuk dilakukan analisis secara spesifik pada suatu studi kasus [13].

Studi kasus ini berfokus pada asuhan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan fokus tindakan pukul bantal untuk mengontrol emosi.

2.4 Instrumen Studi Kasus

Instrumen studi kasus merupakan alat bantu atau fasilitas yang digunakan penulis dalam upaya untuk mengumpulkan data agar memudahkan tugas dan menghasilkan hasil yang lebih baik, lebih cermat, lengkap, dan sistematis, sehingga lebih mudah untuk diolah dan ditarik kesimpulannya [14].

2.5 Metode Pengumpulan Data

Metode penumpulan data adalah langkah yang digunakan untuk mendapatkan data penelitian secara komprehensif, dalam kegiatan ini cara mendapatkan data umumnya menggunakan observasi, wawancara, studi dokumentasi atau gabungan dari ketiganya.

2.6 Etika Studi Kasus

Etika penelitian adalah kode etik yang berlaku untuk segala jenis penelitian yang melibatkan peneliti, orang-orang yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat umum yang hidupnya terpengaruh oleh temuan tersebut.

1. *Informed consent* (Lembar persetujuan menjadi partisipan)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

2. *Anonimity* (Tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, penulis tidak mencantumkan nama subyek pada lembar asuhan keperawatan, lembar tersebut hanya memakai inisial nama.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan padahasil penelitian [15].

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian

a) Identitas pasien

Nama : Ny. Y

Umur : 26 Tahun

Agama : Islam

Pendidikan : Mahasiswa

Pekerjaan : Pelajar

Status : Belum Menikah

Alasan Masuk : Pasien dibawa ke IGD RSJD DR.RM Soedjarwadi Klaten oleh ayah dan ibunya, dan dari data rekam medis didapatkan hasil bahwa pasien datang dengan keluhan 4 hari suka marah-marah disertai dengan membanting barang-barang, kemudian 1 hari bisa ganti baju sampai 5 kali pada saat masih dirumah.

Faktor Presipitasi : Pasien mengatakan suka kambuh pada saat mengingat kejadian yang tidak menyenangkan yang dialaminya dan ketika tidak dijenguk kedua orang tuanya.

Faktor Predisposisi :Pasien mempunyai riwayat gangguan jiwa pada saat duduk dikelas 4 SD

b) Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik

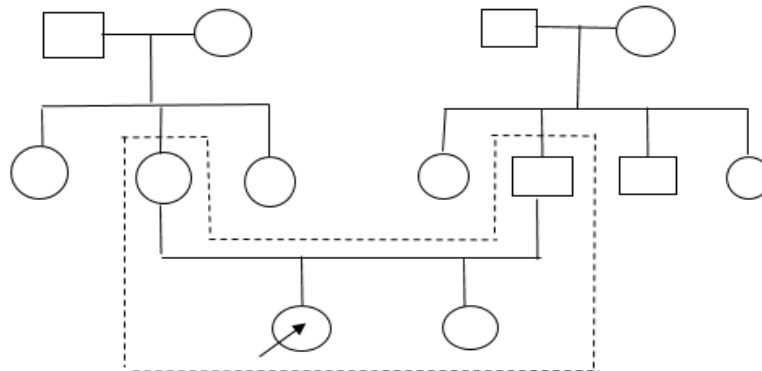
Suhu : 36,1 °C

Nadi : 89 x/menit

Tekanan Darah : 110/98 mmHg
Tingkat Kesadaran : Compos Mentis

c) Psikososial

1) Genogram :



Gambar 1. Genogram

Keterangan:



2) Konsep Diri :

- Citra Diri : Pasien mengatakan tidak menyukai postur tubuh dan kurang percaya diri dengan rambut yang dimilikinya
- Identitas Diri : Pasien dengan jenis kelamin perempuan berusia 26 tahun anak pertama dari dua bersaudara, pasien mengetahui namanya.
- Peran Diri : Pasien mengatakan pernah menjadi seorang mahasiswa.
- Ideal Diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh supaya bisa keluar dan ingin melanjutkan kuliah
- Harga Diri : Pasien mengatakan suka terdiam melamun dan kurang percaya diri

3) Hubungan Sosial

Orang Tedekat : Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah ibunya

Peran serta dalam berhubungan kelompok/masyarakat : Pasien mengatakan sebelum sakit pasien jarang mengikuti kegiatan kemasyarakatan, setelah sakit pasien jarang berinteraksi dan berkomunikasi dengan teman sebangsal.

Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Pasien mengatakan sebelum sakit hubungan pasien dengan tetangga cukup baik, setelah sakit pasien lebih memilih menyendiri.

- Spiritual : Pasien mengatakan meyakini agama Islam, sebelum sakit pasien dalam melaksanakan ibadah sholat jarang dan setelah sakit masih jarang sholat.

d) Status Sosial

- Penampilan : Pasien menggunakan pakaian yang rapi dengan rambut terikat dan mempunyai kulit putih
- Pembicaraan : Pasien kooperatif diajak bicara namun tampak berbicara dengan lambat dan kurang jelas
- Aktivitas Motorik : Pasien tampak lesu
- Interaksi selama wawancara : Pasien tampak seperti curiga pada saat dilakukan pengkajian

- 5) Presepsi Sensori : Pasien mengatakan suka mendengar suara-suara seperti nyanyian yang tidak jelas
- 6) Proses Pikir : Pada saat menjelaskan pasien tampak bingung dan terus mengulangi pembicaraan.
- e) Mekanisme Koping : Pasien mengatakan rutin mengikuti senam dipagi hari bersama teman-teman satu bangsa.
- f) Pengkajian Pengetahuan : Pasien mengatakan paham tentang penyakit jiwa yang diderita sekaligus sudah sedikit mengerti cara mengendalikan emosi.
- g) Aspek Medik

Tabel 1. Aspek Medik

Nama Obat	Indikasi	Efek Samping
Aripiprazole 1x250 mg	Digunakan untuk meredakan gejala gangguan mental berat	Meningkatnya nafsu makan, penambah berat badan, sakit kepala, gelisah, ngantuk, insomnia, hidung tersumbat
Lorazepam 1x10 mg	Digunakan untuk anti agitasi akut, antiansietas, anti kejang	Meningkatkan risiko masalah pernapasan, sedasi
Trihexyphenidyl 1x2 mg	Digunakan untuk penyakit parkinson akibat obat, gejala ekstrapiramidal	Demam tinggi, denyut jantung cepat, berkeringat, pikiran melambat, otot kaku
Clozapine 2x2 mg	Digunakan untuk mengurangi risiko perilaku menyakiti diri sendiri	Kebingungan, demam tinggi, detak jantung tidak teratur
Asamfolat 1x1 2x25 mg	Digunakan untuk membangun sel-sel darah merah yang sehat dan menurunkan kadar homocysteine	Perubahan mood, mual, terjadi pembengkakan (bibir, tenggorokan, mulut, lidah)

3.2 Analisa Data

Table 2. Analisa Data

Tanggal	Data Fokus	Diagnosa	Paraf
21 November 2023	DS : - Pasien mengatakan kurang percaya diri - Pasien mengatakan suka menyendiri DO : - Pasien tampak canggung dan kurang percaya diri - Pasien tampak menyendiri	Isolasi Sosial	Irsyam
21 November 2023	DS: - Pasien mengatakan masih suka marah-marah - Merasa ingin membanting barang - Merasa ingin melukai diri sendiri DO: - Pasien tampak murung dengan tatapan mata tajam - Pasien tampak gelisah	Risiko perilaku kekerasan	Irsyam
21 November 2023	DS: DO: - Pasien tampak ngamuk - Pasien tampak melempar barang	Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan	Irsyam

1. Daftar Masalah
 - a. Risiko mencederai diri sendiri
 - b. Risiko perilaku kekerasan
 - c. Isolasi Sosial

2. Diagnosa Keperawatan

Dalam penelitian ini peneliti hanya fokus pada satu diagnosa yaitu risiko perilaku kekerasan.

Tabel 3. Diagnosa Keperawatan

Data Fokus	Diagnosa
DS : - Pasien mengatakan masih suka marah-marrah - Merasa ingin membanting barang - Merasa ingin melukai diri sendiri DO : - Pasien tampak dengan ekspresi murung dengan tatapan mata tajam - Pasien tampak gelisah	Risiko Perilaku Kekerasan

3. Intervensi

Table 4. Intervensi Keperawatan

Tanggal	Dx.	Tujuan dan Kriteria Hasil	intervensi
21/11/2023	Risiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah risiko perilaku kekerasan dapat teratasi dengan kriteria hasil : pasien tidak melakukan tindakan kekerasan baik kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.	SP 1 Risiko Perilaku kekerasan : 1. Identifikasi penyebab, tanda dan, gejala, PK yang dilakukan, akibat PK 2. Jelaskan cara mengontrol PK :fisik, obat, verbal, spiritual 3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik : Tarik nafas dalam dan pukul bantal 4. Bimbing pasien untuk memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik SP 2 : 1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian

4. Implementasi

Table 5. Implementasi Keperawatan

Tanggal	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi
21/11/2023	Risiko Perilaku Kekerasan SP 1	1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat pk	S : Pasien mengatakan masih suka marah-marrah, Merasa ingin membanting barang,

Tanggal	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi
		3. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual 4. Latihan cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal 5. Bimbing pasien untuk memasukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik	Merasa ingin melukai diri sendiri O : - Pasien tampak murung dengan tatapan mata tajam, Pasien tampak gelisah - Pasien tampak mengikuti latihan pukul bantal A : PK belum dapat terpahami oleh pasien P : Ulangi SP 1
23/11/2023	Risiko Perilaku Kekerasan SP 1	1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukukan, akibat PK 2. Jelaskan cara mengontrol PK: fisik, obat, verbal, spiritual 3. Latihan cara mengontrol PK secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal 4. Bimbing pasien untuk memasukan jadwal kegiatan untuk latihan fisik	S : - Pasien mengatakan masih suka marah-marrah, Merasa ingin membanting barang, Merasa ingin melukai diri sendiri - Pasien mengatakan bersedia mengikuti latihan pukul bantal O : - Pasien tampak melakukan teknik pukul bantal yang diajarkan - Pasien tampak kooperatif - Kontak mata pasien sudah dapat terarah A : PK sudah dapat dipahami oleh pasien P: Lanjutkan intervensi (SP 2: Patuh minum obat)
24/11/2023	Risiko Perilaku Kekerasan SP 2	1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. Beri pujian 2. Melatih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benr: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara kontinuits minum obat) 3. Bimbing pasien untuk masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat	S : -Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol emosi dan sudah mencoba cara mengontrol emosi yang sudah diajarkan (pukul bantal) -Pasien mengatakan bersedia mengikuti latihan cara mengontrol PK dengan obat

Tanggal	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi
			O : - Pasien tampak kooperatif dari hari-hari seblumnya - Kontak mata pasien terarah - Pasien tampak rileks - Pasien tampak melakukan minum obat A : SP 2 sudah terpenuhi P : Hentikan intervensi

3.3 Pembahasan

Pada studi pustaka ini penulis meneliti tentang asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan yang mencakup pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi. Berdasarkan hasil pengkajian yang telah didapat responden mempunyai masalah Risiko Perilaku Kekerasan. Responden diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari pada tanggal 21, 23, 24 November 2023.

1. Pengkajian

Hasil dari data yang diperoleh penulis pada saat melaksanakan pengkajian ialah pasien menjelaskan bahwasanya pasien bernama Ny.Y berjenis kelamin perempuan berusia 26 tahun dirawat di ruang Dewandaru RSJD Klaten pada tanggal 7 November 2023. Pasien dibawa ke IGD RSJD Dr.RM Soedjarwadi oleh ayah dan ibunya dengan keluhan 4 hari marah-marah disertai membanting barang, kemudian dalam 1 hari pasien ganti baju sampai 5 kali.

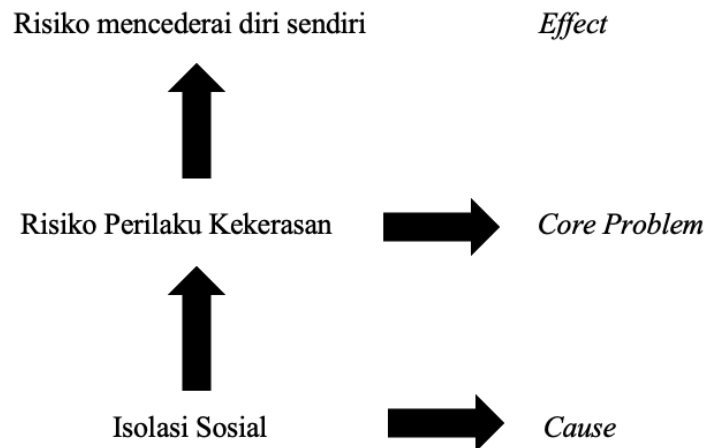
Pada saat dikaji di ruangan, Ny.Y merasa kecewa kepada seseorang dengan tatapan mata kosong, merasa dunia jahat dan tidak adil, merasa ingin membanting barang, merasa ingin melukai diri sendiri, afek datar. Menurut Dhesyana (2023) biasanya pada pasien risiko perilaku kekerasan tanda dan gejala yang muncul seperti: tatapan mata yang tajam, tangan mengempal, dan rasa ingin melukai diri sendiri. Data predisposisi yang didapat yaitu pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa saat duduk dikelas 4 SD. Pengobatan yang dilakukan sebelumnya kurang berhasil.

Menurut Erina (2023) faktor presipitasi yaitu gejala pencetus yang mengakibatkan hal tersebut terjadi. Pasien mengatakan pernah mengalami kekerasan dalam rumah tangga berupa aniaya fisik oleh ayahnya pada saat sekolah menengah pertama. Perasaan marah dengan membanting barang dan berkata kasar juga timbul ketika pasien tidak dijenguk oleh keluarganya.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua setelah pengkajian dengan pasien. Dalam proses penyusunan asuhan keperawatan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien. Pada

Ny. Y ditemukan diagnosa utama yaitu: risiko perilaku kekerasan. Karena sesuai dengan data subjektif: sering merasa ingin marah, serta memiliki pemikiran ingin melukai diri sendiri, sedangkan data objektif: berbicara keras, tatapan mata tajam dan tidak terarah, membanting barang, tampak gelisah.



Gambar 2. Pohon Masalah

Penulis menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) pada saat menegakkan diagnosa pada NY.Y. Diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan diberi kode (D.0132) sesuai buku SDKI yang telah disusun oleh PPNI (2017).

3. Intervensi

Pada tahap ini penulis dapat menentukan intervensi keperawatan atau perencanaan tindakan keperawatan sebagai keputusan diawal agar tujuan yang diinginkan dapat tercapai.

Menurut Siti untuk melakukan intervensi keperawatan menerapkan Strategi Pelaksanaan (SP) pada Ny. Y. Tujuan dari penerapan strategi pelaksanaan pada pasien adalah supaya pasien dapat mengenali perilaku kekerasan, pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan mengikuti pengobatan yang telah diarahkan dengan patuh.

Pada SP 1 bantu menjelaskan kepada pasien mengenai risiko perilaku kekerasan (penyebab, tanda, gejala, dan akibat) agar pasien dapat memahami tentang resiko perilaku kekerasan yang sedang dialami, melatih pasien dalam mengontrol emosi: pukul bantal, menyusun jadwal harian. Sedangkan pada SP 2 mengevaluasi kegiatan latihan mengontrol emosi dengan memberi pujian, membantu pasien minum obat dengan 6 benar: benar jenis obat, guna obat, frekuensi, dosis, cara mengonsumsi obat, kontinuitas, serta membimbing pasien untuk memasukkan jadwal harian

Dengan dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pasien mau mengikuti arahan dengan benar sehingga pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan sampai berhasil dengan kriteria hasil pasien tidak berkata kasar, tidak merasa ingin marah-marah, kontak mata terarah.

4. Implementasi

Implementasi yaitu tindakan nyata yang melibatkan rencana keperawatan yang telah penulis tetapkan sebelumnya. Implementasi adalah suatu metode yang dilakukan penulis dalam membantu pasien menuju status kesehatan yang baik dari masalah status kesehatan yang sedang dialami pasien. Dhesyana (2023) Penulis melaksanakan implementasi pada pasien selama 3 hari. Diawali pada tanggal 21 November 2023, hari kedua pada tanggal 23 November 2023, dan 24 November 2023.

Implementasi hari pertama dengan menerapkan SP 1 pada tanggal 21 November 2023 yakni penulis menjelaskan kepada pasien penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, serta akibat perilaku kekerasan, menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan, memasukkan jadwal harian pasien, kontrak dengan pasien terkait rencana tindak lanjut (tempat dan waktu).

Implementasi hari kedua tanggal 23 November 2023, penulis menggunakan SP 1 yaitu identifikasi penyebab, tanda dan gejala, pk yang dilakukan, akibat pk, jelaskan cara mengontrol pk: fisik, obat, verbal, spiritual, latihan cara mengontrol pk secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal, bimbing pasien untuk memasukkan jadwal kegiatan untuk latihan fisik. Setelah dievaluasi tindakan keperawatan

hari kedua, perilaku kekerasan dapat dipahami pasien dan pasien tampak melakukan latihan pukul bantal.

Implementasi hari ketiga pada tanggal 24 November 2023 penulis menggunakan SP 2 pada pasien evaluasi kegiatan latihan fisik. Memberi pujian, melatih cara mengontrol PK dengan obat (jelaskan 6 benr: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara kontinuits minum obat), bimbing pasien untuk masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat. Dengan hasil pasien sudah dapat mengontrol emosi dengan pukul bantal dan meminum obat dengan benar, penulis memberi pujian kepada pasien. Hentikan SP 2.

5. Evaluasi

Dengan menggunakan SOAP pada bagian evaluasi, maka penulis mampu memantau respon dari pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi pada hari pertama pada Ny. Y mengatakan pernah mengamuk, membanting barang dan masih belum paham tentang perilaku kekerasan. Pada hari kedua pasien bersedia mengikuti latihan pukul bantal untuk mengontrol emosi. Evaluasi hari ketiga pasien mengatakan sudah dapat mengontrol emosi dan pasien sudah mencoba cara mengontrol emosi yang telah penulis ajarkan yaitu pukul bantal.

4. KESIMPULAN

Hasil pengkajian pada Ny.Y terdapat bahwa pasien suka marah-marah, mengamuk, suka membanting barang, suka berbcara keras, dan mudah gelisah. Diagnosa utama pada Ny.Y adalah Risiko Perilaku Kekerasan Intervensi keperawatan yang diberikan untuk Ny.Y yaitu dengan menerapkan SP 1 dan SP 2 guna pasien mampu mengenali perilaku kekeraan serta mampu mengonrtol emosi dengan teknik pukul bantal. Implementasi keperawatan dilakukan pada Ny.Y selama 3 hari dengan teknik pukul bantal didapatkan hasil: hari pertama implentasi yang diberikan menggunakan SP 1, pasien tampak murung, tatapan mata tajam dan belum memahami perilaku kekerasan. Implementasi hari kedua masih melanjutkan SP 1, yaitu dengan melatih teknik pukul bantal, pasien tampak melakukan teknik pukul bantal. Pada implentasi hari ketiga menggunakan SP 2 melatih cara mengontrol pk dengan obat, pasien tampak memahami dan meminum obat. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pada pasien, penulis dapat mengevaluasi pada Ny.Y yaitu pasien mampu melakukan strategi pelaksanaan yang telah diajarkan dengan baik

REFERENSI

- [1] Valen, L. F. V., & Giraldo, D. G. (2019). *Identifikasi Karakteristik Gangguan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Di Lingkungan Pondok Sosial Keputih Surabaya*. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. <https://repository.um-surabaya.ac.id/7900/>
- [2] Viana, A. O., & Gati, N. W. (2023). *Penerapan Terapi Stimulasi Sensori Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia*. 1(4), 163–182. <https://doi.org/10.59680/anestesi.v1i4.534>
- [3] Nurhaeni, A., Marisa, D. E., & Oktiany, T. (2022). *Peningkatan Pengetahuan Tentang Gangguan Kesehatan Mental Pada Remaja*. *JAPRI Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 01(01), 29–34. <https://download.garuda.kemdikbud.go.id>
- [4] Zega, R., Sari, anita veronika, Wulandari, Y., Oktorina, B., Anwairi, U., & gulo, basilius. (2020). *Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Senam Aerobik Low Impact Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan*. 16(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23956527/>
- [5] Sahputra, A. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera*. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1), 1–36. <https://osf.io/j6ewu/download>
- [6] Hasannah, S. U., & Solikhah, M. M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149. <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/41%0A>
- [7] Wijisono, A. R. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di*

- Ruang Srikandi RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Provinsi Jawa Tengah.
<http://repository.unissula.ac.id>
- [8] Afrianti, S., Agusthia, M., & Noer, R. M. (2022). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Kontrol Pasien Gangguan Jiwa di Poliklinik Psikiatri RSUD Kota Tanjungpinang. Deng et Al. BMC Psychiatry, 7(3), 24021–24032. <https://doi.org/10.31004/jptam.v7i3.10422>
- [9] Tumanggor, J. A. (2021). “Perceptual Stimulation Group Activity Therapy on Hallucination Patients at the Pemenang Jiwa Sumatra Foundation.” *Jurnal Keperawatan Jiwa*. <http://ijhsmr.com/index.php/ijhsmr/article/view/6>
- [10] Yuliana, S. P., Soleman, S. R., & Reknoningsih, W. (2023). Penerapan Terapi Murottal Terhadap Perubahan Perilaku Kekerasan Klien Skizofrenia di RSJD Dr . RM . Soedjarwadi Klaten. 2(3), 346–353. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v2i3.1881>
- [11] Permani, N., Apriliani, I., & Dewi, F. K. (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia pada Pasien Gangguan Jiwa. *Journal of Management Nursing*, 2(2), 191–195. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.81>
- [12] Luthfi, M. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan.
- [13] Bintari, C. T. K., Triana, N. Y., & Yudono, D. T. (2021). *Studi Kasus Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah pada Tn. R dengan Diabetes Mellitus di Desa Sokawera Kecamatan Patikraja Kabupaten Banyumas*. Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat, 539–546.
- [14] Hikmawati, F. (2020). *Metodologi penelitian*. Rajawali Press.
- [15] Rochmah, M. (2023). *Studi Kasus Penerapan Personal Hygiene Terhadap Karya Tulis Ilmiah Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan dalam Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan Oleh : Program Studi Diploma III Keperawatan*.