

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN RISIKO
PERILAKU KEKERASAN AKIBAT SKIZOFRENIA DENGAN
INTERVENSI *RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY*
DI RUANG MERPATI RUMAH SAKIT JIWA
PROVINSI JAWA BARAT**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners
Pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Indri Dwi Septiani, S.Kep

KHGD25081



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2026**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S
DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN AKIBAT
SKIZOFRENIA DENGAN INTERVENSI *RATIONAL
EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY* DI RUANG MERPATI
RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT**

NAMA : INDRI DWI SEPTIANI

NIM : KHGD25081

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners

Pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2026

Menyetujui,

Pembimbing,

Tanti Suryawantie, S. Kep., Ners., M.H.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN

PERBAIKAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S
DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN AKIBAT
SKIZOFRENIA DENGAN INTERVENSI *RATIONAL
EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY* DI RUANG MERPATI
RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT**

NAMA : INDRI DWI SEPTIANI

NIM : KHGD25081

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan
perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, September 2026

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

K. Dewi Budiarti, S. Kp., Ners., M.Kep

Eva Daniati, S. Kep., Ners., M.Pd

**Ketua Program Studi
Profesi Ners**

Mengetahui,

Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S. Kp., Ners., M.Kep

Tanti Suryawantie, S. Kep., Ners., M.H. Kes

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, 27 Juli 2026

Pembuat Pernyataan,

Indri Dwi Septiani, S.Kep

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN AKIBAT SKIZOFRENIA DENGAN INTERVENSI RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY DI RUANG MERPATI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI JAWA BARAT

Indri Dwi Septiani¹

KHGD25081

Program Studi Profesi Ners

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang banyak terjadi di dunia dan memengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang. Berdasarkan data pelaporan gangguan jiwa Provinsi Jawa Barat tahun 2023–2025, diagnosis skizofrenia masih mendominasi dengan jumlah 45.165 kasus. Salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan, yaitu kondisi ketika individu berisiko melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol emosi dan kemarahan. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang dapat diterapkan untuk membantu mengontrol emosi dan menurunkan tanda serta gejala risiko perilaku kekerasan adalah *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT). Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan serta menerapkan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dalam membantu menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi keperawatan. Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) diberikan sebanyak 3 kali pertemuan dengan 5 sesi pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan. Hasil studi kasus menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan. Pasien tampak lebih tenang, mampu mengendalikan emosi, serta mampu mengungkapkan perasaan secara adaptif setelah diberikan intervensi REBT. Dapat disimpulkan bahwa *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dapat digunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan nonfarmakologis dalam membantu menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Kata kunci: *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)*, risiko perilaku kekerasan, skizofrenia.

Referensi: Buku dan artikel.

ABSTRACT

NURSING CARE ANALYSIS OF Mrs. S WITH RISK FOR VIOLENT BEHAVIOR DUE TO SCHIZOPHRENIA USING RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY INTERVENTION IN MERPATI WARD, WEST JAVA PROVINCIAL MENTAL HOSPITAL

Indri Dwi Septiani¹

KHGD25081

Professional Nursing Study Program

Schizophrenia is one of the most prevalent mental disorders worldwide, affecting approximately 24 million people, or 1 in 300 individuals. Based on mental health disorder reporting data from West Java Province in 2023–2025, schizophrenia remained the predominant diagnosis, with a total of 45,165 cases. One of the common nursing problems experienced by patients with schizophrenia is the risk of violent behavior, which refers to a condition in which an individual is at risk of engaging in actions that may harm themselves, others, or the environment due to an inability to control emotions and anger. One non-pharmacological intervention that can be applied to help control emotions and reduce the signs and symptoms of the risk of violent behavior is Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). This case study aimed to provide nursing care and implement Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) to help reduce the signs and symptoms of the risk of violent behavior in patients with schizophrenia. The method used was a descriptive case study with a nursing process approach through anamnesis, observation, physical examination, and nursing documentation. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) was administered in three sessions consisting of five stages to a patient with schizophrenia and a risk of violent behavior. The results showed a reduction in the signs and symptoms of the risk of violent behavior. The patient appeared calmer, was able to control emotions, and was able to express feelings adaptively after receiving REBT intervention. It can be concluded that Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) can be used as a non-pharmacological nursing intervention to help reduce the signs and symptoms of the risk of violent behavior in patients with schizophrenia.

Keywords: *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), risk of violent behavior, schizophrenia.*

References: *Books and journal articles.*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas segala Rahmat dan Karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang berjudul **“Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Dengan Intervensi Rational Emotive Behavior Therapy Di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat”**. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada panutan kita, Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga dan umatnya hingga akhir zaman, Aamiin.

Penulisan karya ilmiah akhir ners ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk meraih gelar Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Namun demikian, penulis telah berusaha sebaik mungkin agar karya ini dapat terselesaikan dengan baik dan layak diterima serta disetujui dalam seminar akhir.

Selama proses penyusunan karya ilmiah ini, penulis banyak menerima bantuan, baik secara moral maupun materiil, serta bimbingan, dorongan, dan motivasi dari berbagai pihak yang sangat berarti untuk kelancaran penulisan. Maka dari itu, dengan penuh rasa hormat, penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Suryadi, SE., M.Si, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Rektor Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

5. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Prodi Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut Garut.
6. Ibu Tanti Suryawantie, S.Kep., Ners., M.H.Kes, selaku Pembimbing yang telah memberikan waktu, bimbingan, arahan, dan motivasi tanpa mengenal lelah kepada penyusun.
7. Ibu K. Dewi Budiarti , S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Penguji 1 saat sidang Karya Ilmiah Akhir Ners. Sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Ilmiah Akhir Ners.
8. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd selaku penguji 2 saat sidang Karya Ilmiah Akhir Ners. Sehingga penulis dapat mengetahui segala kekurangan dari Karya Ilmiah Akhir Ners.
9. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIAN ini.
10. Kepada orang tua penulis (Alm. Bapak H. Iwan Setiawan & Ibu Cucu Susriwati, S.Pd) terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang, do'a dan selalu memberikan motivasi dan dukungan baik moral maupun material. Terimakasih sudah menjadi pengingat dan penguat paling hebat.
11. Kepada saudara-saudara tercinta, penulis mengucapkan terima kasih atas segala doa, dukungan, kasih sayang, perhatian, dan motivasi yang senantiasa diberikan selama proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Terima kasih telah menjadi penyemangat serta memberikan dorongan dan nasihat yang berarti sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah ini.
12. Penulis mengucapkan terima kasih kepada seseorang yang tidak dapat disebutkan namanya, yang telah menjadi sumber semangat, memberikan dukungan, doa, serta motivasi sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

13. Kawan-kawan seperjuangan Ners Angkatan XV yang telah membersamai, membantu, dan selalu mendorong penulis untuk terus berjuang, sampai jumpa di kesuksesan masa depan.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mangharapkan segala masukan baik berupa saran maupun kritik demi perbaikan studi kasus selanjutnya. Akhir kata, penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini dapat berguna dan bermanfaat baik bagi penulis maupun pembaca.

Garut, 27 Juli 2026

Indri Dwi Septiani, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERNYATAAN	i
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4. Manfaat Penulisan	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis	8
1.5. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1. Konsep Dasar Penyakit	10
2.1.1 Konsep Skizofrenia.....	10
2.1.2. Etiologi Skizofrenia	11
2.1.4. Klasifikasi	14
2.2. Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan	19
2.2.1. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan.....	19
2.2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan	20
2.2.3 Proses Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan	21
2.2.4 Tanda dan Gejala Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan	22
2.2.5 Penyebab Risiko Perilaku kekerasan	22

2.2.6 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan	24
2.2.7 Akibat Risiko Perilaku Kekerasan	25
2.2.8 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan.....	26
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan	27
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	27
2.3.2 Pohon Masalah	33
2.3.3 Analisa Data	34
2.3.4 Diagnosa Keperawatan.....	35
2.3.5 Intervensi Keperawatan.....	36
2.3.6 Implementasi Keperawatan.....	42
2.3.7 Evaluasi Risiko Perilaku Kekerasan	43
2.3 Konsep Rational Emotive Behavior Therapy (REBT).....	44
2.3.1 Pengertian Rational Emotive Behavior Therapy (REBT).....	44
2.3.2 Teknik Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)	45
2.3.3 Tujuan Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)	49
2.3.4 SOP Teknik Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)	50
2.4 Evidence Based Practice (EBP)	51
2.4.1 Pengertian Evidence Based Practice (EBP)	51
2.4.2 Tujuan Evidence Based Practice (EBP).....	51
2.4.3 Langkah – Langkah Evidence Based Practice (EBP)	52
2.4.5 Seleksi Data	53
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	57
3.1. Tinjauan Kasus	57
3.1.1. Pengkajian.....	57
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	69
3.1.3 Intervensi Keperawatan.....	70
3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	75
3.1.5 Catatan Perkembangan.....	86
3.2 Pembahasan	89
3.2.1 Pengkajian dan Analisa Data	89
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	90

3.2.3	Perencanaan Keperawatan	92
3.2.4	Implementasi Keperawatan.....	96
3.2.5	Evaluasi Keperawatan	99
3.3	Analisis Pembahasan Evidance Based Practice (EBP)	103
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....		111
4.1	Kesimpulan.....	111
4.2.	Saran	112
4.2.1.	Rumah Sakit.....	112
4.2.2.	Instansi Perguruan Tinggi	113
DAFTAR PUSTAKA		111
LAMPIRAN.....		113

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa data.....	34
Tabel 2. 2 Pertanyaan Terapi REBT	40
Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur (SOP).....	50
Tabel 2. 4 Tabel PICOT	53
Tabel 3. 1 Analisa Data.....	68
Tabel 3. 2 Intervensi Keperawatan.....	70
Tabel 3. 3 Implementasi keperawatan.....	75
Tabel 3. 4 Catatan perkembangan.....	86
Tabel 3. 5 Analisa pembahasan EBP	103

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Marah (Ah.Yusuf, 2020).....	20
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan.....	33

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi ketika individu mampu menyadari kemampuan yang dimiliki, dapat mengatasi berbagai tekanan dalam kehidupan, bekerja secara produktif, serta berkontribusi terhadap lingkungan sekitarnya. Kesehatan jiwa yang baik memungkinkan seseorang untuk berpikir secara rasional, mengendalikan emosi, menjalin hubungan interpersonal yang sehat, serta beradaptasi dengan berbagai perubahan yang terjadi dalam kehidupannya. Sebaliknya, apabila individu mengalami gangguan pada fungsi psikologis, biologis, maupun sosial, maka dapat muncul berbagai masalah kesehatan jiwa yang memengaruhi kualitas hidup individu tersebut (World Health Organization (WHO), 2022).

Gangguan kesehatan jiwa adalah kondisi yang ditandai dengan perubahan pola pikir, emosi, atau perilaku yang menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau kegiatan sehari-hari. Gangguan ini dapat berupa depresi, kecemasan, bipolar, hingga gangguan psikotik seperti skizofrenia. Permasalahan kesehatan jiwa saat ini telah menjadi salah satu isu kesehatan global karena prevalensinya yang terus meningkat serta dampaknya yang luas terhadap individu, keluarga, dan masyarakat (American Psychiatric Association (APA), 2022).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data World Health Organization (WHO) 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. Skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan lebih besar peningkatan resiko bunuh diri. Halusinasi merupakan gangguan mental yang parah mempengaruhi lebih dari 21 juta orang diseluruh dunia. Word Health Organization (WHO) memperkirakan sekitar 450 juta orang didunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, 135 juta orang diantaranya mengalami halusinasi (Ramdani et al., 2023).

Gangguan jiwa dibagi menjadi dua kategori yaitu gangguan jiwa berat dan gangguan jiwa ringan. Salah satu contoh gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan (Rustika, 2020). Tanda gejala skizofrenia dibedakan menjadi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif meliputi halusinasi, waham, perilaku kacau, agitasi, dan perilaku agresif yang dapat berkembang menjadi risiko perilaku kekerasan. Sementara itu, gejala negatif meliputi afek datar, menarik diri dari lingkungan sosial, avolisi, alogia, dan anhedonia (Townsend & Morgan, 2021).

Skizofrenia menduduki peringkat nomor satu di dunia. Menyerang sekitar 24 juta orang di seluruh dunia atau 1 dari 300 orang. Angka tersebut merupakan 1 dari 222 dari orang dewasa penderita skizofrenia (World Health Organization, 2024). Berdasarkan data pelaporan gangguan jiwa di Provinsi Jawa Barat tahun 2023-2025, diagnosis medis gangguan jiwa dengan prevalensi tertinggi didominasi oleh Skizofrenia (F20) sebanyak 45.165 kasus. Diagnosis terbanyak kedua adalah Gangguan Cemas (F40/F41.1) sebanyak 4.407 kasus, diikuti Gangguan Depresi (F32/F33) sebanyak 3.300 kasus, Psikotik Akut (F23) sebanyak 2.663 kasus, dan Campuran Cemas dan Depresi (F41.2) sebanyak 1.188 kasus. Secara keseluruhan, jumlah kasus gangguan jiwa yang tercatat di Provinsi Jawa Barat mencapai 56.723 kasus.

Data kasus gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat menunjukkan bahwa diagnosis skizofrenia masih mendominasi pelayanan kesehatan jiwa. Berdasarkan tren kasus gangguan jiwa tahun 2023–2025, jumlah kunjungan pasien dengan diagnosis Skizofrenia Paranoid (F20.0) sebanyak 1.829 kunjungan pada tahun 2023, meningkat menjadi 1.945 kunjungan pada tahun 2024, kemudian menurun menjadi 1.581 kunjungan pada tahun 2025. Walaupun terjadi penurunan jumlah kunjungan pada tahun 2025, Skizofrenia Paranoid tetap menjadi salah satu diagnosis utama pasien di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat (RSJ Provinsi Jawa Barat, 2025).

Salah satu masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan dapat dipengaruhi oleh harga diri rendah kronis yang menyebabkan pasien memiliki

pikiran negatif, merasa tidak berharga, mudah tersinggung, dan kesulitan mengendalikan emosi sehingga meningkatkan risiko terjadinya perilaku kekerasan. Pemberian *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) membantu pasien mengidentifikasi, menantang, dan mengubah keyakinan irasional menjadi keyakinan yang lebih rasional sehingga pasien mampu mengendalikan emosi, mengurangi kemarahan, serta menurunkan risiko perilaku kekerasan. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan antara lain mudah tersinggung, wajah tegang, nada bicara tinggi, pandangan tajam, gelisah, mengepalkan tangan, mengancam secara verbal, hingga melakukan tindakan agresif secara fisik. Apabila tidak ditangani dengan baik, kondisi tersebut dapat mengakibatkan cedera, memperpanjang masa rawat, meningkatkan angka kekambuhan, serta mengganggu keselamatan pasien dan orang di sekitarnya (Keliat et al., 2021).

Intervensi keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan tidak hanya berfokus pada pengendalian perilaku agresif secara fisik, tetapi juga pada perubahan pola pikir yang mendasari respon marah maladaptif. Salah satu terapi nonfarmakologis yang dapat diberikan adalah *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), yaitu terapi kognitif-perilaku yang dikembangkan oleh Albert Ellis untuk membantu individu mengubah keyakinan irasional menjadi lebih rasional sehingga mampu mengembangkan perilaku yang lebih adaptif. Melalui terapi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), pasien belajar mengidentifikasi, menantang, dan mengganti pikiran irasional pemicu kemarahan dengan keyakinan yang lebih realistis

sehingga kecenderungan perilaku agresif dapat menurun (Ellis & Dryden, 2018).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih et al., (2021) menunjukkan bahwa *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) efektif dalam menurunkan perilaku agresif dan meningkatkan kemampuan coping pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Setelah diberikan terapi REBT, pasien menjadi lebih tenang, mampu mengendalikan kemarahan, serta menunjukkan pengelolaan emosi yang lebih baik.

Didukung oleh penelitian Thalib dan Abdullah (2022) yang menyatakan bahwa pemberian *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) efektif meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol emosi dan menurunkan perilaku agresif. Selain itu, terapi ini juga memberikan perubahan positif pada respon kognitif, afektif, sosial, dan fisiologis pasien sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi keperawatan jiwa pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk menganalisa terapi non farmakologis *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) untuk menurunkan perilaku agresif dan meningkatkan coping pada klien dengan resiko perilaku kekerasan yang dialami klien yang disebabkan oleh gangguan emosi dan perilaku dan penulis menarik kesimpulan untuk mengambil judul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive*

Behavior Therapy (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat.”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut ”Bagaimana Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat
2. Mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat

3. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat
5. Mampu melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat
6. Mampu melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Risiko Perilaku Kekerasan akibat Skizofrenia menggunakan intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat.
7. Mampu menganalisis *evidence based practice* terapi non farmakologis *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) pada Ny.S dengan Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Menggunakan Pemberian Intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat.

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penulisan ini diharapkan dapat berkontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa, khususnya dalam asuhan keperawatan untuk pasien dengan skizofrenia. Selain itu, hasil ini diharapkan menjadi referensi penting dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa bagi peserta didik, khususnya Program Studi Profesi Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Temuan ini dapat digunakan sebagai dasar atau data pendukung untuk pengajaran dalam bidang keperawatan jiwa.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil studi kasus ini diharapkan bisa digunakan untuk referensi dalam penyusunan standar asuhan keperawatan pada pasien dengan Skizofrenia yang mengalami resiko perilaku kekerasan dan dapat digunakan sebagai dasar untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien sehingga dapat menjadi peningkatan kualitas perawat pelaksana tentang dokumentasi, dan dapat dimasukkan kedalam SOP manajemen rumah sakit untuk menentukan inovasi penatalaksanaan gangguan emosi dan perilaku.

1.5. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan bertujuan untuk mempermudah pemahaman dan penelaahan penelitian. Dalam laporan studi kasus ini, sistematika penulisan terdiri dari 4 bab, dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. BAB I PENDAHULUAN

Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, dan sistematika penulisan.

2. BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan Pustaka terdiri dari landasan teori yang berisi tentang pembahasan mengenai Skizofrenia, teori mengenai Risiko Perilaku Kekerasan, dan kosep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

3. BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Tinjauan kasus terdiri dari tinjauan kasus berdasarkan format asuhan keperawatan yang digunakan dan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Serta terdapat pembahasan mengenai analisis asuhan keperawatan menggunakan *Evidence Based Practice* (EBP) terapi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT)

4. BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

Penutup berisikan tentang kesimpulan dan saran. Bagian akhir, terdiri dari daftar Pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Konsep Skizofrenia

Skizofrenia didefinisikan sebagai bentuk gangguan jiwa yang memengaruhi cara berpikir, persepsi, emosi, serta interaksi sosial seseorang. Dampak pada aspek sosial menyebabkan penderita cenderung mengisolasi diri dari masyarakat dan aktivitas harian. Individu dengan kondisi ini umumnya memperlihatkan gejala positif (misalnya delusi dan halusinasi) maupun gejala negatif (seperti menarik diri dari lingkungan, bersikap apatis, penurunan motivasi, kebersihan diri yang buruk, dan emosi yang datar) (Suwarni & Rahayu, 2020).

Selain itu, skizofrenia dikategorikan sebagai sekumpulan respons psikotik yang mengganggu fungsi personal, mulai dari komunikasi, pola pikir, hingga manifestasi emosional. Masalah pada fungsi otak ini diidentifikasi melalui adanya kekacauan berpikir, waham, halusinasi, serta kebiasaan yang tidak wajar (Pardede, 2019).

Secara umum, kondisi ini dapat dirangkum sebagai gangguan kejiwaan kronis berskala berat dengan karakteristik spesifik, di mana respons psikotiknya tidak selaras dengan norma sosial serta memicu distorsi pada aspek perilaku, pikiran, dan persepsi penderita.

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

Menurut Larasati (2020), terdapat beberapa faktor memicu timbulnya skizofrenia, antara lain:

1) Jenis Kelamin

Kasus skizofrenia didominasi oleh laki-laki (mencapai 72%) karena perempuan dinilai memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik terhadap tekanan hidup. Dengan demikian, literatur lain menyebut perempuan memiliki kerentanan tersendiri terhadap trauma dan tekanan psikologis.

2) Pekerjaan

Ketiadaan pekerjaan meningkatkan kerentanan terhadap stres yang berkaitan dengan lonjakan hormon katekolamin, sehingga memicu perasaan tidak berdaya. Sebaliknya, individu yang bekerja cenderung memiliki motivasi dan pandangan masa depan yang lebih positif.

3) Usia

Kelompok usia 25–35 tahun memiliki kerentanan 1,8 kali lebih tinggi mengalami skizofrenia daripada kelompok usia 17–24 tahun.

4) Status Pernikahan

Individu yang belum menikah memiliki risiko lebih besar mengalami skizofrenia dibanding yang sudah menikah. Hubungan pernikahan memberikan ruang untuk saling mendukung aspek ego dan menyelaraskan perilaku antarpasangan guna mencapai ketenangan emosional.

5) Kondisi Ekonomi

Tingkat ekonomi yang rendah berdampak signifikan pada kesejahteraan hidup. Sebagian ahli memandang kemiskinan bukan sebagai penyebab langsung, melainkan sebagai faktor penyerta yang memicu penurunan status kesehatan. Masyarakat dengan ekonomi lemah memiliki risiko 6 kali lipat lebih tinggi menderita skizofrenia dibanding kelompok ekonomi atas.

6) Konflik Keluarga

Keberadaan konflik di dalam lingkungan keluarga meningkatkan risiko terjadinya skizofrenia sebesar 1,13 kali lipat dibandingkan dengan kondisi keluarga yang harmonis.

2.1.3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Berdasarkan klasifikasi dari Anna (2019), tanda dan gejala pada pasien skizofrenia terbagi menjadi tiga kategori yaitu :

1) Gejala Positif:

- a. Halusinasi yaitu kesalahan pada persepsi sensori yang muncul tanpa adanya rangsangan nyata dari luar, sehingga pasien seolah-olah merasakan, mendengar, melihat, mencium, atau meraba objek yang sebenarnya tidak ada.
- b. Delusi (Waham) yaitu bentuk keyakinan yang tidak masuk akal atau tidak sesuai realita. Meskipun telah disodorkan bukti-bukti ilmiah yang menyangkalnya, pasien tetap meyakini kebenaran tersebut secara mutlak.

- c. Perilaku Disorganisasi yaitu kondisi ini ditandai dengan aktivitas motorik abnormal yang tidak umum dijumpai pada individu sehat. Manifestasi perilakunya meliputi sikap agresif, kegelisahan, situasi gaduh, ketidakmampuan untuk tenang atau diam, serta perilaku mondar-mandir tanpa tujuan yang jelas.
- d. Disorganisasi Pikiran dan Pembicaraan yaitu terjadinya kegagalan dalam menyusun alur berpikir yang koheren, yang dicirikan oleh pembicaraan yang melompatlompat (tidak runtut) serta pemilihan struktur bahasa yang tidak lazim atau sulit dipahami pada penderita skizofrenia.

2) Gejala Negatif

- a. *Alogia* adalah kondisi terjadinya penurunan kuantitas dan kualitas berbicara akibat keterbatasan ide atau kata-kata, sehingga penderita tampak tidak responsif atau pasif saat diajak berkomunikasi.
- b. *Affective Flattening* (Tumpulnya Respons Emosi) adalah suatu keadaan di mana seseorang menunjukkan respons emosional yang sangat minim terhadap stimulus eksternal. Hal ini terlihat dari ekspresi wajah yang datar, keterbatasan bahasa tubuh, serta kontak mata yang sangat jarang.
- c. *Avolition* (Penurunan Motivasi) adalah hilangnya inisiatif atau dorongan internal dalam diri individu untuk memulai maupun menyelesaikan suatu aktivitas, sehingga mereka tampak seperti kekurangan energi atau tidak bertenaga untuk melakukan apa pun.

3) Gejala Kognitif

Disfungsi kognitif yang dialami oleh penderita skizofrenia berfokus pada gangguan atensi dan sistem memori. Dampak dari penurunan fungsi kognitif ini mengganggu aktivitas sehari-hari, seperti memicu hambatan dalam menyerap atau memahami informasi, kesulitan konsentrasi, serta ketidakmampuan dalam mengambil keputusan atau mengingat suatu hal.

2.1.4. Klasifikasi

Secara klinis, skizofrenia dikelompokkan ke dalam beberapa jenis berikut:

1. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia Paranoid merupakan subtype skizofrenia yang paling sering dijumpai di masyarakat. Jenis ini berpotensi bermanifestasi di kemudian hari dibandingkan dengan varian lainnya. Karakteristik utamanya didominasi oleh kemunculan halusinasi dan/atau delusi (waham), sementara aspek verbal (ucapan) dan stabilitas emosi penderita cenderung tidak mengalami gangguan yang signifikan.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia Hebefrenik dikenal juga sebagai skizofrenia tidak teratur (disorganized), yang umumnya mulai berkembang pada rentang usia remaja menuju dewasa muda (15–25 tahun). Gejalanya ditandai dengan kekacauan pada pola pikir dan perilaku, serta adanya delusi maupun halusinasi yang bersifat sekilas (berlangsung singkat).

Penderita subtype ini sering kali memperlihatkan cara bicara yang tidak terstruktur sehingga sulit dimengerti, emosi yang tidak selaras, ekspresi wajah dan nada suara yang tidak tepat, serta perilaku yang tidak wajar dalam kehidupan sehari-hari.

3. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia Katatonik termasuk dalam kategori yang paling jarang ditemukan. Ciri khas utamanya terletak pada gangguan psikomotorik yang ekstrem, di mana penderita bisa menunjukkan gerakan tubuh yang tidak biasa, keterbatasan mobilitas, hingga kondisi stupor (diam membisu tiba-tiba). Penderita dapat berganti fase secara drastis antara bersikap sangat hiperaktif atau sebaliknya, menjadi sangat pasif, enggan berbicara, dan cenderung meniru gerakan (ekopraksia) atau ucapan orang lain (ekolalia).

4. Skizofrenia Tak Terinci

Kategori ini ditetapkan apabila penderita memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia, namun gejala-gejala klinis yang muncul bersifat campuran dan tidak merujuk secara spesifik pada salah satu subtype (seperti paranoid, hebefrenik, atau katatonik). Kondisi ini ditandai dengan adanya halusinasi, waham, serta manifestasi psikosis aktif lainnya yang tampak menonjol secara bersamaan tanpa ada yang mendominasi.

5. Skizofrenia Pasca-Skizofrenia

Diagnosis ini ditegakkan apabila pasien menunjukkan tanda-tanda sisa skizofrenia yang masih muncul secara berkala, namun tidak lagi mendominasi gambaran klinis utama. Dalam fase ini, gejala depresi biasanya tampak lebih menonjol dan berpotensi mengganggu fungsi psikologis harian pasien.

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia Residual merupakan tahapan kronis dari perjalanan penyakit skizofrenia. Kondisi ini didahului oleh riwayat minimal satu kali episode psikotik yang manifes secara jelas, sebelum akhirnya berkembang ke arah dominasi gejala-gejala negatif yang kronis. Seseorang dikategorikan berada dalam fase residual jika mengalami gejala negatif (seperti melambatnya pergerakan tubuh, penurunan daya ingat, konsentrasi buruk, serta pengabaian terhadap kebersihan diri), tanpa disertai gejala psikotik positif yang menonjol (seperti waham akut, halusinasi intens, atau kekacauan perilaku yang ekstrem).

Meskipun demikian, kriteria diagnostik subtype ini tetap menunjukkan bahwa perilaku pasien tidak memiliki komponen psikotik positif yang dominan dalam hal halusinasi pembicaraan kacau, delusi, atau perilaku katatonik, meskipun terdapat bukti nyata bahwa gangguan kejiwaan tersebut masih berlangsung secara berkelanjutan.

2.1.5. Penatalaksanaan Skizofrenia

Pengobatan skizofrenia menurut (Hafifah et al., 2018) yaitu :

1. Antipsikotik

Menurut Osse et al, 2013 dalam jurnal penelitian (Hafifah et al., 2018). Penggunaan antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salah satunya skizofrenia antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

- a. Antipsikotik generasi pertama Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblokir reseptor dopamin D₂. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65 % hingga 80% reseptor D₂ di striatum dan saluran dopamin lain di otak.
- b. Antipsikotik generasi kedua Antipsikotik generasi kedua ini seperti Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Lurasidone dan Klozapin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin, sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Dalam penelitian jurnal ini menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih

aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

b. *Social Skill Training*

Menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan dalam penelitian jurnal bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada penderita skizofrenia.

c. *PANSS*

PANSS digunakan pada pasien rawat inap Skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. *PANSS* terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor *PANSS* pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil.

d. *LAI (Long-Acting Injectable)*

Farmakoterapi baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Dan penelitian dalam jurnal (Hafifah et al., 2018), membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik

(Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone dan Paliperidone Extendedrelease) menjadi Paliperidone 1 kali selama 1 bulan memberikan respon dan tolerabilitas yang baik. LAI menawarkan afek terapeutik panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat, dan jadwal pengobatan.

2.2. Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual dan verbal. Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other directed violence*). Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Maula & Aktifah, 2021).

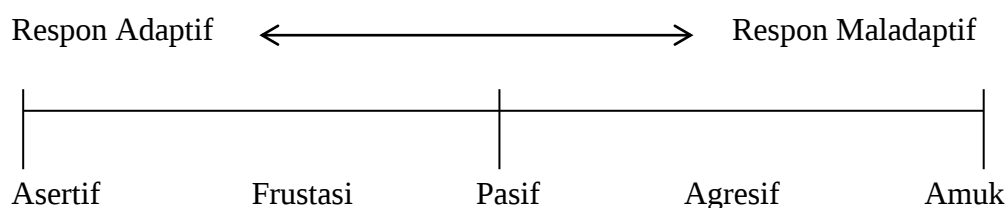
Risiko perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan seorang pasien yang memiliki risiko melakukan tindakan kerugian yang dapat dilakukan pada dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam bentuk kekerasan verbal, fisik, serta paksaan terhadap

diri sendiri lingkungan dan orang lain. Masalah perilaku kekerasan dapat berakibat pada fisik ataupun psikologis (Atmojo et al., 2023).

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

2.2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Rentang Respon marah menurut (Azizah et al., 2020), pada pasien risiko perilaku kekerasan status rentang emosi merupakan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2. 1 Rentang Respon Marah (Ah.Yusuf, 2020)

Keterangan :

1. Respon Adaptif

- a. Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- b. Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat

2. Respon Maladaptif

- a. Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan
- b. Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol
- c. Amuk : Perilaku marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol

2.2.3 Proses Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya risiko perilaku kekerasan diawali dengan adanya stresor yang berasal dari faktor internal maupun eksternal, seperti konflik dengan orang lain, kehilangan, penolakan, atau halusinasi. Stresor tersebut akan menimbulkan respons emosional berupa rasa tidak nyaman, cemas, atau frustrasi. Apabila individu tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang adaptif, maka emosi akan berkembang menjadi kemarahan. Kemarahan yang tidak dapat dikendalikan akan meningkatkan ketegangan fisik dan psikologis sehingga individu mulai menunjukkan perilaku agresif, seperti berbicara dengan nada tinggi, mengancam, memukul, merusak benda, atau menyerang orang lain. Oleh karena itu, diperlukan intervensi

keperawatan yang tepat untuk membantu pasien mengendalikan kemarahan sehingga risiko terjadinya perilaku kekerasan dapat dicegah.

2.2.4 Tanda dan Gejala Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Vahurina & Rahayu, 2021) tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

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

2.2.5 Penyebab Risiko Perilaku kekerasan

Menurut (Jeklin, 2021), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Faktor predisposisi

- a. Psikologis, menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.
- b. Perilaku, mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.
- c. Sosial budaya, dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar. Bioneurologis, beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

2. Faktor presipitasi

- a. Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahiran masal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.

- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.2.6 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Prasty, & Arum (2023). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

- a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif

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

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain

2.2.7 Akibat Risiko Perilaku Kekerasan

Apabila risiko perilaku kekerasan tidak segera ditangani, pasien dapat melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Dampak terhadap diri sendiri dapat berupa cedera akibat tindakan agresif atau kehilangan kontrol terhadap perilaku. Dampak terhadap orang lain dapat berupa ancaman verbal maupun kekerasan fisik yang menyebabkan cedera. Selain itu, pasien juga dapat merusak lingkungan, seperti memukul, melempar, atau menghancurkan benda di sekitarnya. Kondisi tersebut dapat mengganggu proses penyembuhan pasien, menimbulkan rasa tidak aman, serta meningkatkan risiko terjadinya konflik di lingkungan perawatan. Oleh karena itu, diperlukan intervensi

keperawatan yang tepat untuk membantu pasien mengendalikan emosi dan mencegah terjadinya perilaku kekerasan.

2.2.8 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan menurut (Pelaksanaan & Studi, 2020) yaitu :

1. Medis

- a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilaku psikososial
- b. Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri
- c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas
- d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Mengajarkan stimulasi persepsi perilaku kekerasan berdasarkan standar pelaksanaan untuk mengenal penyebab perilaku kekerasan dengan latihan fisik seperti : tarik nafas dalam dan pukul bantal, meminum obat dengan teratur, berbicara dengan baik-baik seperti meminta sesuatu dan mengajarkan spiritual sesuai kepercayaan pasien (Pardede et al., 2020). Tindakan yang dilakukan seperti : psikoterapeutik, lingkungan terapeutik, kegiatan hidup sehari-hari (ADL) dan pendidikan kesehatan.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Winranto, 2021) pengkajian risiko perilaku kekerasan seperti berikut :

1. Identitas

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

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2022).

3. Faktor predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2023).
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternative serta memasung dan bila tidak berhasil baru di bawa kerumah sakit jiwa.
- c. Trauma, biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.

- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

4. Pengkajian fisik

- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
- c. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah).
- d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga apa disaat pengkajian.

b. Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

c. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

1) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peranatau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

2) Ideal diri

Biasanya klien memilki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

6. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti tempat mengadu, berbicara.
- b. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa

- b. Kegiatan ibadah

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

8. Status mental

- a. Penampilan

Biasanya penampilan klien kotor

- b. Pembicaraan

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

- c. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat

d. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Afek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

f. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

g. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

h. Isi pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja

i. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

j. Memori

Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

k. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

1. Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

9. Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya dan merusak alat-alat rumah tangga.

10. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

11. Pengetahuan

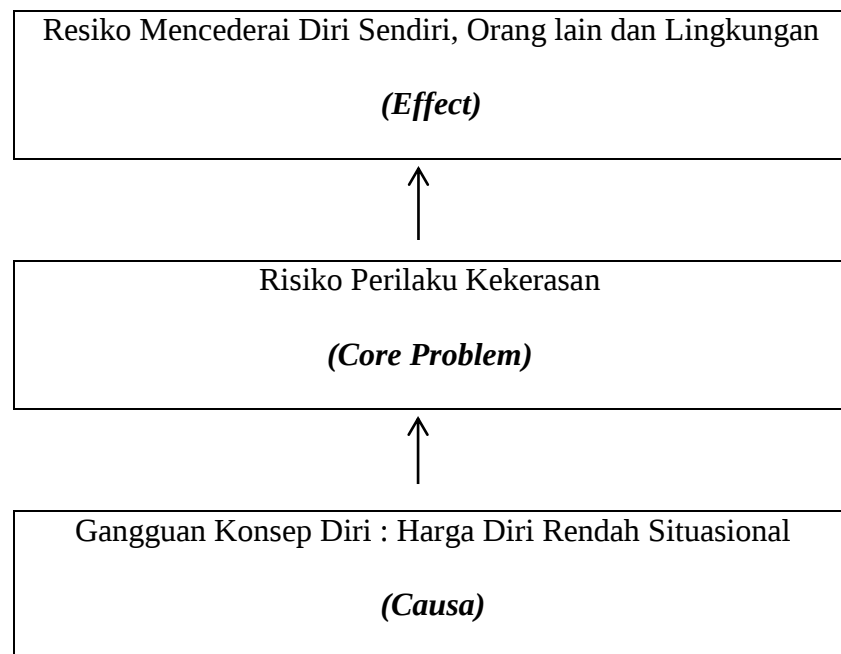
Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dapat ditemukan dengan wawancara melalui pertanyaan sebagai berikut :
(Erita et al., 2019)

1. Coba ceritakan kejadian apa yang menyebabkan anda marah?
2. Coba anda ceritakan apa yang anda rasakan ketika marah?
3. Perasaan apa yang anda rasakan ketika anda marah?
4. Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat anda marah?

5. Apa akibat dan cara marah yang anda lakukan?
6. Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah anda hilang?
7. Menurut anda apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan anda?

2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

Berdasarkan bagan diatas dapat dilihat bahwa diagnosa keperawatan yang akan muncul adalah sebagai berikut :

- a. Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
- c. Koping Individu Tidak Efektif

2.3.3 Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa data

No	Masalah Keperawatan	Data Subjektif	Data Objektif
1.	Masalah utama : Risiko Perilaku Kekerasan	a. Mengatakan mudah marah atau kesal. b. Mengungkapkan keinginan memukul atau melukai orang lain saat emosi. c. Mengatakan tidak mampu mengendalikan amarah. d. Mengungkapkan pernah melakukan tindakan kekerasan sebelumnya. e. Mengatakan tersinggung atau curiga terhadap orang lain.	a. Tatapan tajam atau melotot. b. Wajah tampak tegang atau memerah. c. Nada bicara tinggi, keras, atau membentak. d. Mengepalkan tangan atau rahang mengatup. e. Gelisah, mondar-mandir, atau sulit diam. f. Tampak mengancam, merusak barang, atau berusaha menyerang orang lain.
2.	Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis	a. Mengungkapkan ingin diakui jati dirinya b. Mengungkan tidak ada orang yang peduli c. Mengungkapkan bahwa dirinya tidak berguna. d. Mengungkan tidak mampu memalukan apa-apa e. Menilai negative diri sendiri	a. Merusak diri sendiri maupun orang lain b. Menarik diri dari hubungan sosial c. Tidak mau makan d. Tidur tidak teratur
3.	Masalah keperawatan : Koping individu tidak efektif	a. Mengungkapkan ketidakmampuan dan meminta bantuan orang lain b. Mengungkapkan	a. Ketergantungan dengan orang lain. b. Tampak sedih dan tidak melakukan aktivitas yang

No	Masalah Keperawatan	Data Subjektif	Data Objektif
		perasaan malu dan tidak mampu ketika diajak melakukan sesuatu. c. Mengungkapkan perasaan tidak berdaya dan tidak ingin hidup lagi.	seharusnya bisa dilakukan. c. Wajah tampak murung.

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang dibuat oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan pengalaman mereka dan bagaimana individu, keluarga, dan masyarakat harus merespon masalah kesehatan saat ini atau yang potensial. Diagnosa keperawatan juga melibatkan pemberian intervensi spesifik untuk mempertahankan, mengurangi, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien (Sabrina, 2020).

Menurut (Sutejo, 2019) menegaskan Diagnosa Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan, dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut. Diagnosa ini berdasarkan diagnosa keperawatan yang diperoleh dari pohon masalah adalah sebagai berikut:

1. Risiko Perilaku Kekerasan (diri sendiri, orang lain lingkungan, verbal)
(D.0146)
2. Harga Diri Rendah Kronis (D.0086)

3. Koping Individu Tidak Efektif

2.3.5 Intervensi Keperawatan

a. Intervensi Keperawatan dengan Strategi Pelaksanaan

Menurut Eni et al., (2020) sebelum melakukan tindakan keperawatan lakukan pendekatan masalah dengan membina hubungan saling percaya, dengan cara :

1. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
2. Perkenalkan diri dengan pasien : perkenalkan nama, nama panggilan serta tanyakan nama dan panggilan pasien yang disukai.
3. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
4. Buat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, berapa lama akan dilakukan, dan tempatnya dimana.
5. Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi.
6. Tunjukkan sikap empati terhadap pasien.
7. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan.

1) Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

a. Strategi pelaksanaan pasien

(1) Sp 1

- a. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan.
- b. Latih cara fisik 1 : Tarik napas dalam.
- c. Masukkan dalam jadwal harian pasien.

(2) SP 2

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1).
- b. Latih cara fisik 2 : Pukul kasur/bantal.
- c. Masukkan dalam jadwal harian pasien.

(3) SP 3

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2).
- b. Latih cara sosial/verbal:
 - Menolak dengan baik.
 - Meminta dengan baik.
- c. Mengungkapkan dengan baik.
- d. Latih pasien mengidentifikasi, membantah, dan mengganti pikiran atau keyakinan yang tidak rasional menjadi pikiran yang lebih rasional menggunakan Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) sebagai upaya mengontrol perilaku kekerasan.
- e. Masukkan dalam jadwal harian pasien.

(4) SP 4

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2 & 3).
- b. Latih cara spiritual:
 - Berdoa.
 - Sholat.
- c. Masukkan dalam jadwal harian pasien.

(5) SP 5

- a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3 & 4).

- b. Latih patuh minum obat.
- c. Susun jadwal minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar.
- d. Masukkan dalam jadwal harian pasien.

Berdasarkan teori dan konsep yang dijelaskan tentang *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) maka implementasi untuk klien dengan risiko perilaku kekerasan yang akan dilaksanakan yaitu menggunakan 3 fase yang didalamnya terdiri dari 5 sesi (Darmawan, 2023)

1. Fase 1

- a. Sesi 1: Persiapan Kognitif: Bina hubungan dan harapan-harapan

Tujuan: klien mampu membina hubungan saling percaya dengan terapis

Tindakan:

- 1) Bina hubungan saling percaya.
- 2) Mendiskusikan dan membuat thermometer perasaan.
- 3) Menilai kejadian yang menimbulkan perasaan.

- b. Sesi 2: Persiapan Kognitif: Memahami perasaan

Tujuan: klien mampu memahami rentang dari perasaan

Tindakan:

- 1) Memahami, mengidentifikasi dan menghubungkan perasaan dengan pikiran.
- 2) Melabel dan mengelompokkan perasaan yang membahayakan dan perasaan yang pernah dialami.
- 3) Mendiskusikan situasi yang dialami dan menyesuaikan dengan

thermometer perasaan sesuai dengan reaksi emosinya.

c. Sesi 3: Persiapan Kognitif: Fakta lawan opini

Tujuan : klien mampu membedakan antara kenyataan dengan opini/persepsi.

Tindakan : Belajar membedakan antara kenyataan dengan opini/persepsi melalui pemberian stimulus berupa kalimat-kalimat pernyataan.

2. Fase 2

Sesi 4 : Belajar Model Kognitif : ACBs

Tujuan: Klien mampu mempelajari komponen dari strategi kognitif dan perilaku

Tindakan:

Mendiskusikan dan mengajarkan individu tentang *Rational Self Analysis* yang terdiri atas:

- 1) A (*Activating Event*) : Mengidentifikasi individu kejadian yang sedang terjadi
- 2) C (*Consequence*) : Bagaimana individu bereaksi terhadap kejadian
- 3) B (*Belief System*) : evaluasi pemikiran terhadap kejadian
- 4) E (*New Effect*) : bagaimana saya seharusnya merasakan dan berperilaku
- 5) D (*Disputing*) : Keyakinan rasional yang baru untuk menolong menghadapi reaksi terhadap peristiwa
- 6) F (*Further Action*) : Apa yang akan dilakukan untuk menghindari

berulangnya pikiran irrasional yang sama

3. Fase 3

Sesi 5: Latihan Model Kognitif ACBs

Tujuan: Klien mampu menerapkan tampilan yang diperoleh

Tindakan:

- 1) Mendemonstrasikan keterampilan yang dilatih dalam mengidentifikasi Kejadian (A), Konsekuensi (C) dan Keyakinan (B).
- 2) Mengaplikasikan kemampuan dan berpartisipasi dalam mengidentifikasi Kejadian (A), Konsekuensi (C) dan Keyakinan (B).

Tabel 2. 2 Pertanyaan Terapi REBT

No	Pertanyaan Terapi REBT
Pertemuan 1	
1.	Kejadian yang dialami.
2.	Perasaan dan perilaku terkait kejadian itu.
3.	Hubungan kejadian yang dialami dengan perasaan pasien
Pertemuan 2	
4.	Keyakinan yang mendasari respon emosi dan perilaku.
5.	Fakta (keyakinan rasional) dari kejadian yang dialami.
6.	Opini (keyakinan irasional) dari kejadian yang dialami.
7.	Membedakan fakta dan opini.
Pertemuan 3	
8.	Mengubah keyakinan pasien dari opini ke fakta.
9.	Mengidentifikasi perasaan dan perilaku dari perubahan keyakinan.
10.	Melatih perilaku baru yang lebih baik.

Sumber (Darmawan, 2023)

2) Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah : Kronis

a. Strategi Pelaksanaan Pasien

(1) SP 1

- a. Identifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki klien dan latihan kemampuan positif yang sudah dipilih klien.
- b. Mengidentifikasi potensi positif yang dimiliki klien misalnya kemampuan yang dilakukan saat di rumah, di rumah sakit, dalam keluarga dan lingkungan sekitar klien
- c. Bantu klien dalam menilai kemampuan positif yang dapat dilakukan
- d. Bantu klien untuk menetapkan kemampuan positif yang akan dilatih
- e. Latih klien melakukan kemampuan positif yang telah dipilih klien dengan baik dan benar
- f. Berikan pujian secara nyata terhadap setiap potensi yang mampu dilakukan klien
- g. Anjurkan klien untuk mendokumentasikan atau menuliskan kegiatan yang telah dilakukan pada jadwal kegiatan harian klien

(2) SP 2

- a. Mengevaluasi jadwal harian klien
- b. Melatih kemampuan kedua klien dengan baik dan benar
- c. Menganjurkan klien untuk mendokumentasikan atau mencatat

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini et al., 2020)

Implementasi keperawatan jiwa pada risiko perilaku kekerasan ada 5 SP menurut (Kusumawaty, 2019 dalam Martini et al., 2020), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan.

2.3.7 Evaluasi Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2020) dalam Bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Adapun Evaluasi pada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan pada pasien dan keluarga yaitu :

1. Pada Pasien

- a. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan, serta akibat dari risiko perilaku kekerasan yang dilakukan.
- b. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
 - 1) Secara fisik
 - 2) Secara sosial/ verbal
 - 3) Secara spiritual
 - 4) Terapi psikofarmaka

2. Pada Keluarga

- a. Keluarga mampu mencegah terjadinya risiko perilaku kekerasan
- b. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
- c. Keluarga mampu memotivasi pasien dengan melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan
- d. Keluarga mampu mengidentifikasi risiko perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat.

2.3 Konsep *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT)

2.3.1 Pengertian *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT)

Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) dikembangkan oleh psikolog klinis dan psikoanalisis Dr. Albert Ellis. Awalnya dikenal sebagai terapi rasional, kemudian berganti nama menjadi terapi rasional dan emosional (TRE), lalu menjadi terapi rasional dan perilaku pada awal tahun 1990-an. Salah satu terapi perilaku dan kognitif adalah; meskipun diciptakan secara independen, terapi ini memiliki banyak kesamaan dengan terapi kognitif. Dalam lima puluh tahun terakhir, REBT telah berkembang pesat dan masih terus berubah (Marlina, 2021).

Menurut temuan teori *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), penyebab utama depresi dan sejumlah masalah lain dalam diri seseorang adalah perkembangan nilai dan sistem kepercayaan yang salah dan tidak rasional dalam diri individu. Untuk mencapai nilai-nilai yang dapat diterima dan masuk akal, gaya berpikir yang tidak logis ini perlu disesuaikan. Dari sudut pandang *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), individu memiliki kapasitas untuk berkembang dan maju (Paturrochmah, 2020).

Konsep kunci teori Ellis adalah ABC model yaitu Activating event (A), Belief (B), dan emotional Consequence (C) (Marlina, 2021), dengan penjelasan sebagai berikut:

a. *Activating event* (A)

Seluruh peristiwa atau kejadian yang aktual yang dialami oleh individu yang berpotensi menjadi pemicu yang memunculkan belief (B).

b. *Belief (B)*

Keyakinan, pandangan, nilai atau verbalisasi diri individu terhadap suatu peristiwa A). Keyakinan seseorang ada dua macam yaitu keyakinan rasional (rational belief atau B) dan keyakinan irasional (irasional belief atau B).

c. *Consequence of belief (C)*

Konsekuensi sebagai akibat atau reaksi individu dalam hubungannya dengan belief dan activating event (A). Consequence (C) adalah reaksi emosional individu baik berupa senang atau hambatan emosional yang dialami individu, sebagai akibat dari reaksi Activating Event (A).

d. *Disputing irrational belief (D)*

Melakukan tindakan terapi untuk menjadikan pikiran irasional klien menjadi rasional.

e. *Effective (E)* hasil dari ABCD

Adalah = Effect (E) dari emotif, behavior, dan kognitif. Jika ABCD dalam prosesnya berpikir rasional dan logis maka hasilnya akan positif begitupun juga sebaliknya.

2.3.2 Teknik *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)*

Ada tiga pendekatan yang aktual dalam terapi untuk menolong klien dalam mengidentifikasi, mengklarifikasi dan memeriksa kembali dengan teliti pikiran irasional klien serta mengganti pola pikir yang irasional tersebut menjadi pikiran yang rasional (Marlina, 2021). Tiga pendekatan tersebut yaitu:

1. Teknik Kognitif (*Cognitive Technique*)

Teknik kognitif adalah teknik yang digunakan untuk mengubah cara berpikir klien. Ada dua hal penting yang harus dilakukan, yaitu (1) pertama menjelaskan kepada klien bagaimana teori dan praktek dari model ABC sehingga klien merasa nyaman dan paham dengan terapi yang akan diberikan; (2) klien mempunyai keragu-raguan atas terapi sehingga akan mempengaruhi respon klien terutama berhubungan dengan kehidupannya yang berubah-ubah. Teknik kognitif dilakukan dengan beberapa cara, antara lain:

a. *Disputing*

Disputing adalah cara aktif untuk menolong klien mengevaluasi manfaat dan kemanjuran dari sistem belief. Terapis menggunakan *disputing* untuk mengidentifikasi, memperdebatkan dan mengganti belief yang kaku, tidak fleksibel yang memberikan masalah atau gangguan dalam kehidupan klien.

b. *Functional Disputing*

Functional Disputing adalah teknik yang dilakukan dengan mempertanyakan belief klien yang melibatkan emosi dan perilaku. Tujuan dari *Functional Disputing* adalah untuk membuat klien memahami bahwa keyakinan adalah sarana untuk mencapai tujuan.

c. *Empirical dispute*

Disputing empiris dimaksudkan untuk membantu klien menyadari bahwa keyakinan mereka tidak mendukung. Hal ini sangat penting

dalam proses terapi karena membantu klien untuk tetap fokus dan termotivasi sambil membedakan antara kekhawatiran dan ide-ide yang tidak rasional.

d. Logical dispute

Logical disputing berfokus pada tantangan terhadap lompatan-lompatan klien yang tidak dapat dibenarkan dari ide atau keinginan yang ditimbulkan oleh pikiran-pikiran yang tidak masuk akal.

2. Teknik Emotif (*Emotive Technique*)

Teknik emotif digunakan untuk melengkapi dan memperkuat intervensi kognitif yang digunakan dalam REBT. Teknik emotif mengubah fokus perhatian dari mengidentifikasi keyakinan irasional (IBs) mengarah pada memfasilitasi lebih lanjut dan perubahan positif dalam berpikir yang telah diperoleh melalui teknik kognitif. Ada beberapa cara yang dilakukan di dalam teknik emotif yaitu:

a. *Rational Emotive Imagery*

Rational emotive imagery (REI) adalah salah satu dari teknik emotif dalam pendekatan REBT. Tujuan dari REI adalah: (1) untuk menolong klien mengidentifikasi emosi yang layak dan rasional yang dirasakan dalam situasi yang bermasalah, (2) mengeksplorasi self-statement dan mekanisme koping yang dialami klien. Kemudian mempraktekkannya dengan REI sampai mereka menjadi lebih mudah dan siap dalam situasi yang menekan.

b. *Forceful coping statements*

Klien mempraktekkan pernyataan tidak sehat dan irasional dan secara kuat menghentikan sementara. Hal ini juga dilakukan dengan pernyataan yang sehat dan rasional.

c. *Forceful taped disputing*

Merekam disputing secara kuat yang dikombinasikan dengan efek dari suatu rasional.

d. *Role playing*

Role-playing adalah klien memerankan dirinya sendiri dan terapis berperan memotret yang sedang digambarkan oleh klien. Dalam terapis ini menanyakan klien bagaimana ia memikirkan hal tersebut, apa yang adipikirkan selama *role playing* dan apa yang ia rasakan.

e. *Reverse role playing*

Menyediakan role playing berbeda dengan role playing dalam beberapa cara: (1) terapis dapat mengambil peran sebagai klien; (2) klien dapat berperan sebagai terapis atau orang lain yang ia sukai untuk berkomunikasi lebih efektif; (3) role playing sering digunakan untuk klien secara spesifik mempertentangkan keyakinan irasionalnya meskipun latihan digunakan model peran klien dalam skenario identifikasi.

3. Teknik Perilaku (*Behavior Technique*)

Intervensi perilaku yang digunakan untuk mendukung pencapaian kognitif yang dibuat melalui pertentangan (*disputing*) dan pergantian

keyakinan irasional klien mengenai kehidupannya di dunia. Banyak teknik perilaku yang menangani latihan dan reality testing yang dibutuhkan untuk memperkuat dan membuktikan insight klien dalam pola pikiran.

a. *Reinforcements*

Reinforcement atau penguatan diberikan jika klien mengerjakan tugas setiap sesi. Reinforcement membantu menurunkan pikiran negatif klien. Pemberian reinforcement sebaiknya berbeda setiap sesi dan sesuai dengan kemampuan klien.

b. *Penalties*

Penalti biasanya diidentifikasi sebagai hal yang tidak menyenangkan. Sebagai contohnya adalah membersihkan kamar mandi.

c. *Shame Attacking Exercises*

Intervensi ini merupakan trademark lain dari REBT dan yang paling baik digambarkan oleh AE menjadi lebih baik, lebih dalam dan lebih ulet membuktikan terapi.

2.3.3 Tujuan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT)

Terapi *Rational Emotive Behavior* (REBT) bertujuan untuk membantu mereka mengubah keyakinan irasional mereka menjadi keyakinan yang masuk akal. Ellis berpendapat bahwa semua orang adalah rasional. Konsep yang tidak rasional dan masuk akal bisa ada pada manusia. Seseorang mungkin cenderung memiliki pandangan yang tidak rasional dan lebih terkendali daripada mereka yang memiliki keyakinan irasional yang lebih

lemah jika keyakinan irasionalnya lebih sering dan lebih kuat daripada keyakinan masuk akal.

Orang-orang dapat membantu diri mereka sendiri dan secara signifikan mengurangi gangguan mereka ketika mereka mampu mengubah pandangan mereka yang tidak logis menjadi rasional melalui pengobatan. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa mereka yang berperilaku terampil, ceria, dan efektif. Pikiran yang tidak rasional mengarah pada pemikiran yang tidak produktif (Marlina, 2021).

2.3.4 SOP Teknik *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT)

Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur (SOP)

Tahapan	Tindakan
Pra Interaksi	a. Menyiapkan lingkungan yang tenang dan nyaman. b. Mengidentifikasi kondisi dan kesiapan pasien untuk mengikuti terapi.
Orientasi	a. Mengucapkan salam dan membina hubungan saling percaya. b. Memvalidasi kondisi dan perasaan pasien. c. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur pelaksanaan REBT. d. Menyepakati waktu pelaksanaan terapi dengan pasien.
Kerja	a. Mengidentifikasi kejadian yang memicu emosi atau perilaku kekerasan. b. Mengidentifikasi perasaan, perilaku, dan keyakinan pasien terhadap kejadian tersebut. c. Membantu pasien membedakan keyakinan yang rasional (fakta) dan irasional (opini). d. Membantu pasien menantang dan mengubah keyakinan irasional menjadi keyakinan yang lebih rasional. e. Melatih pasien menerapkan pola pikir dan perilaku baru yang lebih adaptif dalam menghadapi situasi pemicu. f. Memberikan penguatan (reinforcement) atas keberhasilan pasien.

Terminasi	a. Mengevaluasi pemahaman dan kemampuan pasien setelah terapi. b. Menganjurkan pasien mempraktikkan cara berpikir rasional dalam kehidupan sehari-hari. c. Menyepakati waktu pertemuan berikutnya. d. Mengakhiri pertemuan dengan salam.
-----------	---

Sumber (Firman,2023)

2.4 Evidence Based Practice (EBP)

2.4.1 Pengertian Evidence Based Practice (EBP)

Evidence Based Practice (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga kesehatan agar mampu *up to date* atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang dapat menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Pentingnya *evidence based practice* dalam kurikulum undergraduate juga dijelaskan didalam Sin & Bleques, (2019) menyatakan bahwa pembelajaran *evidence based practice* pada *undergraduate student* merupakan tahap awal dalam menyiapkan peran mereka sebagai *registered nurses* (RN).

2.4.2 Tujuan Evidence Based Practice (EBP)

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* didalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien lebih cepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian et al., 2019).

2.4.3 Langkah – Langkah *Evidence Based Practice* (EBP)

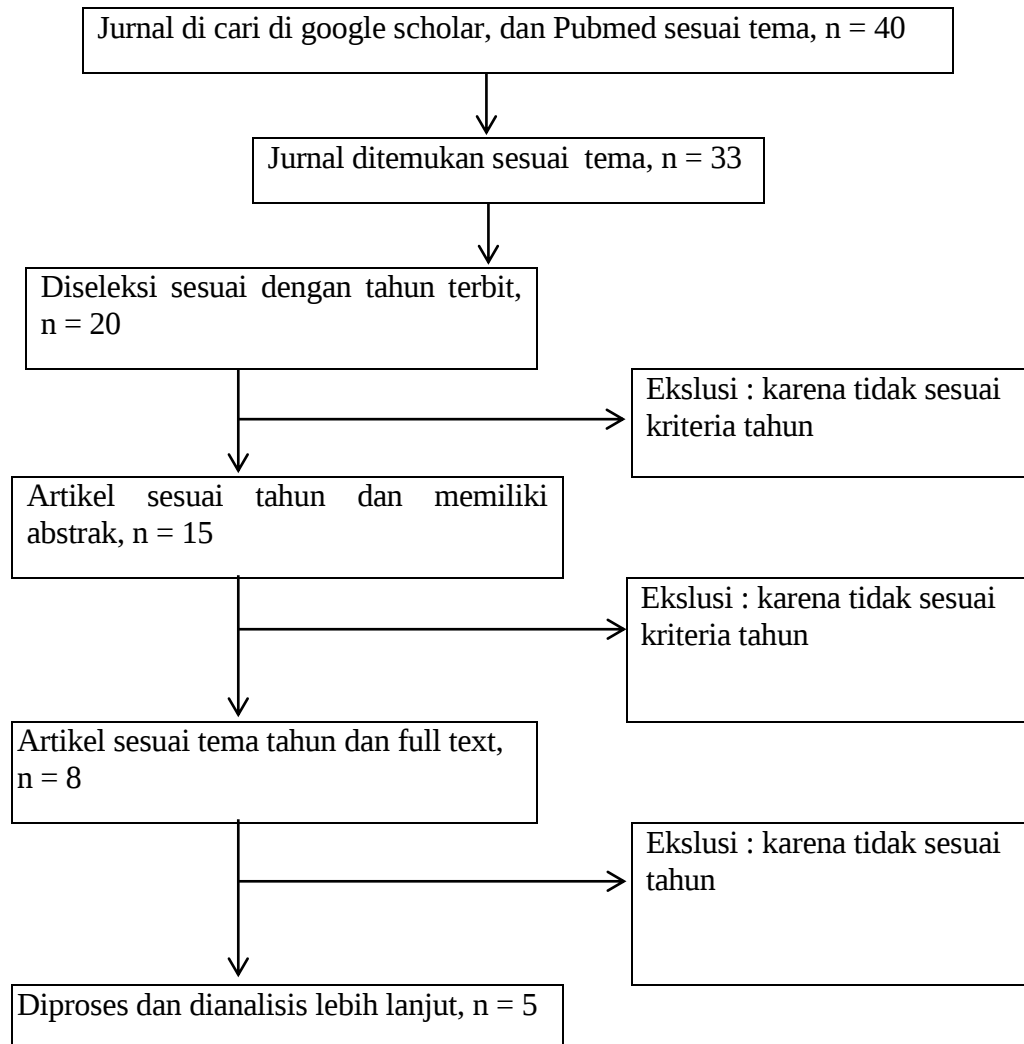
- a. Menumbuhkan semangat menyelidiki
- b. Menanyakan pertanyaan klinis dan format PICOT pertanyaan klinis dalam format PICOT untuk menghasilkan evidence yang lebih baik dan relevan
 - 1) Populasi pasien (P)
 - 2) Intervensi (I)
 - 3) Perbandingan intervensi dan kelompok (C)
 - 4) Hasil/outcome (O), dan
 - 5) Waktu Time (T)
- c. Mencari dan mengumpulkan bukti-bukti artikel penelitian yang paling relevan dengan PICO/PICOT
- d. Melakukan penilaian kritis terhadap bukti-bukti (artikel penelitian) yang paling relevan dengan PICO/PICOT
- e. Mengintegrasikan bukti-bukti (artikel penelitian) terbaik dengan keahlian klinis dan preferensi pasien dan nilai-nilai agar pasien dalam membuat keputusan dan perubahan. Satu ahli di klinik serta memperhatikan keinginan dan manfaatnya
- f. Mengevaluasi outcome dari perubahan yang telah diputuskan berdasarkan bukti-bukti
- g. Menyebarkan hasil EBP

Tabel 2. 4 Tabel PICOT

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
Populasi	Pasien Gangguan Jiwa dengan Resiko Perilaku Kekerasan	Pasien Gangguan Jiwa
Intervensi	Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)	Selain Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)
Comparation/ Pembanding	Tidak ada	Tidak ada
Outcome	Penurunan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan	Penurunan masalah keperawatan yang lain
Publication Year	≥2020	<2020
Language	Indonesia, Inggris	Selain bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris

2.4.5 Seleksi Data

Seleksi data adalah memilih artikel yang akan ditelaah. Pencarian artikel menggunakan *keyword* atau kata kunci untuk memperluas dan menspesifikan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan jurnal yang akan digunakan



BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Tinjauan Kasus

3.1.1. Pengkajian

A. Identitas Pasien

1. Nama : Ny. S
2. Umur : 26 Tahun
3. Tanggal Pengkajian : 18 Februari 2026
4. No. Rekam Medis : 110xxx
5. Alamat : Jl. Banjaran, Kp. Papak Gede,
RT/RW 08/10, Kel. Andir, Kec. Baleendah, Kab. Bandung
6. Tanggal Masuk : 11 Februari 2026

B. Alasan Masuk

Berdasarkan hasil pengkajian, Klien dibawa oleh keluarganya ke IGD Rumah Sakit Jiwa karena sering mengamuk sejak ± 1 minggu terakhir, berteriak, melempar barang-barang di rumah, membanting pintu, serta pernah memukul anggota keluarganya ketika keinginannya tidak dituruti. Keluarga mengatakan klien mudah tersinggung, marah tanpa sebab yang jelas, dan sulit dikendalikan.

C. Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ☒ ya ☐ tidak
2. Pengobatan sebelumnya ☐ berhasil ☐ belum berhasil ☒ tidak berhasil
3. Trauma

	Pelaku	Usia	Korban	Usia	Sanksi
Usia	x	X	X	X	x x
Aniaya Fisik	x	X	X	X	x x
Aniaya Seksual	x	X	X	X	x x
Penolakan	x	X	✓	22	x x
Kekerasan dalam Keluarga	x	X	✓	25	x x
Tindakan Kriminal	x	X	X	X	x x

Jelaskan No 1,2,3 : Klien memiliki riwayat gangguan jiwa sejak 1

tahun yang lalu dan pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Setelah kondisi membaik, klien putus obat sehingga mengalami kekambuhan. Keluarga mengatakan klien pernah menjadi korban KDRT oleh suaminya yang kemudian meninggalkannya. Sejak saat itu, klien menjadi mudah tersinggung, sering marah, mengamuk, melempar barang, dan pernah memukul orang lain.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ☐ ya ☒ tidak

Hubungan keluarga: -

Riwayat Pengobatan : -

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien memiliki riwayat pengalaman yang tidak menyenangkan berupa ditinggalkan oleh suaminya. Setelah berpisah, suaminya menikah/menjalinkan hubungan dengan perempuan lain..

D. Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital : TD: 116/90 mmHg, HR: 100 x/mnt, S: 36,2 °C, RR: 20x/mnt
2. Ukur : TB: 155 cm, BB 58 kg, ☒ naik ☐ turun
3. Keluhan Fisik : ☐ ya ☒ tidak

Bentuknya: Tidak ada keluhan fisik

a. Sistem Pernafasan

Pasien tidak ada sesak, tidak ada batuk, bentuk dada simetris, frekuensi 20x/menit, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat pasien mengucapkan tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi, batas paru hepar normal.

b. Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada nyeri dada, CRT <2 detik, ujung jari tidak tabuh. Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikularis kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS III sternalis kanan dan ICS III sternalis kiri, suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sternalis kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikularis kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.

c. Sistem Persyarafan

12 syaraf kranial berfungsi dengan baik, tidak ada masalah yang

terjadi dengan fungsi persyarafan. Namun, respon klien lambat dalam memori dan berhitung.

d. Sistem Muskuloskeletal

Tidak ada permasalahan dibuktikan dengan fungsi muskuloskeletal baik dan tidak ada keluhan ataupun kondisi yang abnormal.

e. Sistem Integumen

Kulit nampak kotor namun tidak ada permasalahan yang terjadi dengan kondisi kulit klien.

f. Sistem Perkemihan

Berfungsi dengan baik tidak ada keluhan berkemih

g. Sistem Gastrointestinal

Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, peristaltic usus 12x/menit terdengar lambat, palpasi abdomen teraba lembek, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites.

h. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.

i. Sistem Reproduksi

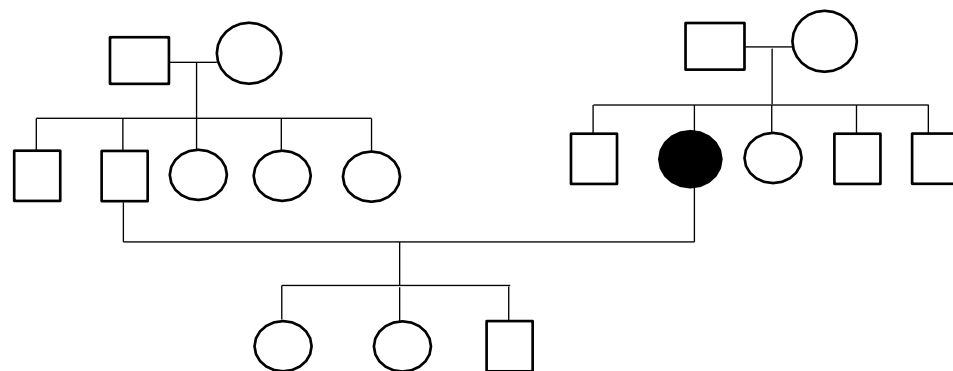
Genitalia tampak bersih, klien mengatakan menstruasi teratur setiap

bulan, lama menstruasi $\pm 5-7$ hari, jumlah darah menstruasi dalam batas normal, dan tidak terdapat keluhan nyeri haid maupun perdarahan abnormal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

E. Psikososial

1. Genogram



Keterangan :



Keterangan:

Pola asuh klien tidak terkaji, komunikasi dengan keluarga baik, pengambil keputusan di keluarga adalah kakak pertama.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep Diri

a. Citra Tubuh :

Klien mengatakan merasa dirinya tidak cantik dibandingkan perempuan lain dan merasa kurang percaya diri dengan penampilannya.

b. Identitas :

Klien mengatakan "Saya wanita, namun saya merasa gagal menjadi wanita".

c. Peran :

Klien mengatakan berperan sebagai anak, ibu dan istri. Namun tidak mampu menjalankan perannya dengan baik.

d. Ideal Diri :

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan tidak meminum banyak obat-obatan lagi.

e. Harga Diri :

Klien merasa minder, malu, dan tidak cantik. Klien mengatakan, "Mungkin karena saya tidak cantik, suami saya meninggalkan saya." Klien juga mengatakan sering dihina dan dijauhi oleh tetangganya karena mengalami gangguan jiwa sehingga merasa dirinya tidak berguna.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah : Kronis

3. Hubungan Sosial

a. Orang Terdekat :

Klien mengatakan orang yang paling dekat adalah ibunya

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok :

Klien lebih banyak diam kurang antusias dan tidak berpartisipasi aktif selama di ruangan klien lebih banyak menyendiri, tampak pasif, dan jarang berinteraksi dengan pasien lain.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah : Kronis

4. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan :

Klien mengatakan beragama islam

b. Kegiatan Ibadah :

Klien mengatakan jarang melakukan ibadah karena tidak ada fasilitas yang memadai. Namun, di rumah klien beribadah dibantu ibunya

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

F. Status Mental

1. Penampilan :

Klien terlihat rambutnya bersih, giginya bersih, tubuhnya bersih, tidak berbau dan cara berpakaian sudah tepat dan sesuai

2. Pembicaraan :

Klien dapat merespon sesuai pertanyaan yang ditanyakan, namun ketika membahas penyebab kemarahannya nada bicara meningkat,

berbicara cepat, dan volume suara menjadi lebih keras.

3. Aktivitas Motorik :

Klien tampak gelisah, sering mondar-mandir, wajah tegang, tatapan mata tajam.

4. Alam Perasaan :

Klien mengatakan sering merasa kesal, mudah tersinggung, dan marah apabila mengingat suaminya yang meninggalkannya atau ketika merasa dihina oleh orang lain.

5. Afek :

Afek labil, mudah berubah dari tenang menjadi marah saat membicarakan pengalaman yang tidak menyenangkan.

6. Interaksi selama wawancara :

Klien kooperatif dalam menjawab pertanyaan dengan sesuai. Posisi berhadapan sesuai dengan jarak yang aman. Tatapan mata klien tajam kearah lawan bicara dan raut wajah tegang. Intonasi suara sedang tetapi jelas.

7. Persepsi :

Klien mengatakan tidak melihat apa-apa, tidak berbicara dengan siapa-siapa dan tidak mendengar apapun

8. Proses Pikir :

Fligt of ideas, bicara lompat-lompat

9. Isi Pikir :

Klien selalu tanggap, waktu diajak bicara tepat sesuai isi yang

dipikirkan

10. Tingkat Kesadaran :

Klien nampak bingung, namun mengetahui nama, tempat tinggal dan keluarganya. Klien juga dapat mengikuti arahan sesuai perintah.

11. Memori :

Klien dapat mengingat memori jangka pendek dan panjang. Klien dapat mengingat kegiatan pagi hari dan mengingat kisah dimasa lalu.

12. Tingkat Konsentrasi Berhitung :

Klien dapat berhitung dengan baik, saat diberi pertanyaan hitung-hitungan klien mampu menjawabnya dengan benar.

13. Kemampuan Penilaian :

Klien mengatakan ketika marah dirinya sulit mengendalikan emosi dan biasanya melampiaskan kemarahannya dengan berteriak, melempar barang, atau memukul orang lain. Klien belum mampu menyelesaikan masalah dengan cara yang adaptif

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

G. Persiapan Pulang

1. Makan : Klien dapat melakukan mandiri namun memerlukan arahan

2. BAB/BAK : Klien dapat melakukan mandiri namun memerlukan arahan

3. Mandi : Klien dapat melakukan mandiri namun memerlukan arahan

4. Berpakaian/ berhias : Klien dapat melakukan mandiri namun memerlukan arahan
5. Istirahat tidur : Klien dapat melakukan mandiri namun memerlukan arahan
6. Penggunaan obat : Memerlukan pengawasan agar konsumsi obat sesuai dosis dan sesuai jadwal
7. Pemeliharaan kesehatan : Lakukan terapi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dirumah dengan kegiatan positif, tidur yang cukup dan minum obat dengan teratur
8. Aktivitas dirumah : Lakukan terapi *Rational Emotive Behavior* (REBT) dirumah dengan kegiatan positif
9. Aktivitas di luar rumah : Aktivitas positif yang dapat dilakukan dan klien bersedia dengan pengawasan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

H. Mekanisme Koping

Adaptif	Maladaptif
☐ Berbicara dengan oral ☐ Mampu menyelesaikan Mslh ☐ Teknik relokasi ☐ Aktifitas konstruktif ☐ Olah raga ☐ Lainnya	☐ Minum alcohol ☐ Reaksi lambat ☐ Bekerja berlebihan ☐ Menghindar ☐ Mencederai diri ☒ Lainnya : Mencederai orang lain

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

I. Masalah Psikososial di Lingkungan :

- a) Masalah dengan dukungan kelompok : Tidak ada masalah dengan

dukungan kelompok

- b) Masalah dengan lingkungan : Klien mengatakan pernah dipukul oleh tetangganya dan dihina oleh anak-anak tetangganya
- c) Masalah dengan pendidikan : Tidak ada masalah ketika sekolah
- d) Masalah dengan pekerjaan : Klien mengatakan pernah dikeluarkan oleh bos nya, karena bos nya iri pada klien
- e) Masalah dengan perumahan : Tidak ada masalah dengan perumahan
- f) Masalah dengan ekonomi : Tidak ada masalah dengan ekonomi
- g) Masalah dengan pelayanan kesehatan : Tidak ada masalah dalam pelayanan kesehatan
- h) Masalah lainnya : Tidak ada

Masalah Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

J. Kurang Pengetahuan Tentang :

- ☐ Penyakit jiwa ☐ Faktor predisposisi
- ☐ Koping ☐ Sistem pendukung
- ☐ Penyakit fisik ☒ Obat-obatan
- ☐ Lainnya : Klien mengatakan belum memahami cara mengontrol marahnya, untuk obat-obatan klien hanya mengetahui warnanya sedangkan nama, dosis, kegunaannya klien tidak mengetahui.

K. Aspek Penunjang

Diagnosa Medis : Skizofrenia

Terapi Medis :

No	Nama dan Sediaan Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
1.	Risperidone	2 mg	P.O	Mengatasi gejala skizofrenia, gangguan bipolar gangguan perilaku.
2.	Lorazepam	1x0,5 mg	P.O	Mengatasi gangguan kecemasan, depresi, insomnia dan epileptikus
3.	Aripiprazole	10 mg	P.O	Mengatasi gejala skizofrenia, gangguan bipolar, dan sebagai terapi tambahan pada depresi

L. Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa Data

Data Maladaptif	Masalah Keperawatan
Data Subjektif (DS) : - Klien mengatakan mudah tersinggung dan marah saat mengingat kejadian yang pernah dialaminya - Klien mengatakan sulit mengendalikan emosi saat marah dan biasanya melampiaskannya dengan berteriak, melempar barang, atau memukul orang lain.	Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)

Data Maladaptif	Masalah Keperawatan
Data Objektif (DO): • Klien tampak gelisah • Klien sering mondar-mandir • Wajah tampak tegang dan tatapan mata tajam	
Data Subjektif (DS): • “ Saya minder, malu, dan tidak cantik” • "Mungkin karena saya tidak cantik, suami saya meninggalkan saya." • Klien mengatakan dirinya tidak berguna dan gagal menjadi wanita. Data Objektif (DO): • Klien lebih banyak menyendiri. • Raut muka tampak sedih • Postur tubuh sesekali menunduk	Harga Diri Rendah : Kronis (D.0087)

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Perilaku Kekerasan

Ds:

- a. Klien mengatakan mudah tersinggung dan marah saat mengingat kejadian yang pernah dialaminya
- b. Klien mengatakan sulit mengendalikan emosi saat marah dan biasanya melampiaskannya dengan teriak, melempar barang atau

memukul orang lain

Do :

- a. Klien tampak gelisah
- b. Klien sering mondar-mandir
- c. Wajah tampak tegang dan tatapan mata tajam

2. Harga Diri Rendah : Kronis

Ds :

- a. “ Saya minder, malu, dan tidak cantik”
- b. “ Mungkin karena saya tidak cantik, suami saya meninggalkan saya”
- c. Klien mengatakan dirinya tidak berguna dan merasa gagal menjadi wanita

Ds :

- a. Klien lebih banyak menyendiri
- b. Raut muka tampak sedih
- c. Postur tubuh sesekali menunduk

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	Klien mampu : a. Mengenali penyebab munculnya kemarahan. b. Mengenali tanda dan gejala saat marah. c. Mengontrol emosi dengan teknik yang diajarkan. d. Melakukan perilaku agresif. e. Tatapan mata lebih tenang. f. Nada bicara lebih lembut. g. Mengungkapkan perasaan secara verbal.	Setelah 3 kali pertemuan klien mampu : a. Mengenali penyebab munculnya kemarahan. b. Mengenali tanda dan gejala saat marah. c. Mengontrol emosi dengan teknik yang diajarkan. d. Melakukan perilaku agresif. e. Tatapan mata lebih tenang. f. Nada bicara lebih lembut.	(1) Sp 1 a. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan. b. Latih cara fisik 1 : Tarik napas dalam. c. Masukkan dalam jadwal harian pasien. (2) SP 2 a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1). b. Latih cara fisik 2 : Pukul kasur/bantal. c. Masukkan dalam jadwal harian pasien. (3) SP 3 a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2). b. Latih cara sosial/verbal: - Menolak dengan baik. - Meminta dengan baik. - Mengungkapkan dengan	a. Membantu pasien mengenali pemicu, tanda, dan dampak perilaku kekerasan sehingga dapat mencegah kekambuhan. b. Membantu menurunkan ketegangan dan mengendalikan emosi saat marah. a. Mengetahui perkembangan kemampuan pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan. b. Menyalurkan kemarahan dengan cara yang aman tanpa melukai diri sendiri maupun orang lain. c. Membantu meningkatkan konsistensi latihan setiap hari.

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	
			g. Mengungkapkan perasaan secara verbal.	baik. c. Latih pasien mengidentifikasi, membantah, dan mengganti pikiran atau keyakinan yang tidak rasional menjadi pikiran yang lebih rasional menggunakan Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) sebagai upaya mengontrol perilaku kekerasan. d. Masukkan dalam jadwal harian pasien. (4) SP 4 a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2 & 3). b. Latih cara spiritual: - Berdoa. - Sholat. c. Masukkan dalam jadwal harian pasien. (5) SP 5 a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, 2, 3 & 4). b. Latih patuh minum obat.	a. Menilai keberhasilan latihan yang telah dilakukan dan menentukan tindak lanjut. b. Meningkatkan kemampuan komunikasi asertif sehingga pasien dapat mengekspresikan perasaan tanpa perilaku agresif. c. Membantu pasien mengubah pola pikir irasional sehingga emosi dan perilaku menjadi lebih adaptif. a. Mengetahui perkembangan kemampuan pasien dalam mengendalikan emosi dan perilaku. b. Meningkatkan ketenangan batin, kontrol diri, dan kemampuan mengelola stres. a. Meningkatkan kepatuhan terapi untuk mengendalikan gejala

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	
				c. Susun jadwal minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar. d. Masukkan dalam jadwal harian pasien.	dan mencegah kekambuhan. b. Membantu pasien menggunakan obat secara aman, tepat, dan teratur.
2.	Harga Diri Rendah : Kronis	Klien mampu : a. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki b. Menilai kemampuan yang dapat digunakan c. Menetapkan/ memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan d. Melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan e. Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya	Setelah 3x pertemuan klien mampu : a. Mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki b. Memiliki kemampuan yang dapat digunakan c. Memilih kegiatan sesuai kemampuan d. Melakukan kegiatan yang sudah dipilih e. Merencanakan kegiatan yang sudah dipilih	Sp 1 a) Mengidentifikasi Kemampuan positif yang dimiliki a. Diskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan pasien di rumah adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien. b. Beri pujian yang realistis dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien	a. Membantu pasien menyadari bahwa dirinya masih memiliki kemampuan dan kelebihan. b. Membantu pasien mengenali sumber kekuatan dan dukungan yang dimiliki. c. Pujian yang realistis meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi pasien. a. Mengetahui kemampuan pasien yang masih dapat dikembangkan. b. Membantu pasien mengenali kemampuan yang masih dimiliki. c. Penguatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	
				penilaian yang negatif. b) Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini a. Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini b. Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri c. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif c) Pilih kemampuan yang akan dilatih a. Diskusikan dengan pasien : beberapa aktivitas yang	meningkatkan keyakinan pasien terhadap kemampuan dirinya. d. Membuat pasien merasa dihargai sehingga lebih terbuka dalam berkomunikasi. a. Membantu pasien menentukan aktivitas yang sesuai dengan kemampuannya. b. Mendorong pasien memilih aktivitas yang realistis dan bermanfaat. c. Meningkatkan kemandirian dan rasa percaya diri pasien. d. Mengetahui kemampuan awal pasien dalam melakukan aktivitas yang dipilih. e. Membantu pasien membiasakan aktivitas secara teratur dan berkelanjutan.

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	
				dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari. b. Bantu pasien menetapkan aktivitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri. d) Nilai kemampuan pertama yang telah dipilih e) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien	

3.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 3 Implementasi keperawatan

Implementasi dan Evaluasi pertemuan ke-1

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	Kamis, 19/02/26	SP 1	S :	Indri
		09.10 WIB	a. Membina hubungan saling percaya (BHSP). R/ Klien bersedia berjabat tangan, memperkenalkan diri dan membuat kontrak waktu.	-“Saya tahu penyebab saya marah.” - “Saya akan mencoba tarik napas kalau mulai marah.”	
		09.15 WIB	b. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan. R/ Klien mengatakan marah apabila merasa dihina dan keinginannya tidak dipenuhi.	O : - Klien kooperatif. - Klien mampu menjelaskan penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan. - Klien mampu memperagakan teknik napas dalam dengan benar.	
		09.17 WIB	c. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. R/ Klien mengatakan tangan mengempal, wajah tegang, suara keras dan ingin memukul.	- Ekspresi wajah lebih rileks. - Klien mampu mengidentifikasi	
		09.20 WIB	d. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. R/ Klien mengatakan pernah	<i>Activating Event (A)</i> yaitu kejadian yang	

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			memukul tembok dan membanting barang.	memicu kemarahan.	
		09.22 WIB	e. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan. R/ Klien mengatakan perilaku tersebut membuat orang lain takut dan menjauh.	- Klien mampu mengidentifikasi <i>Belief (B)</i> atau pikiran yang muncul ketika menghadapi kejadian tersebut. - Klien mampu menghubungkan kejadian dengan perasaan marah yang muncul.	
		09.24 WIB	f. Melatih teknik relaksasi napas dalam. R/ Klien mampu mengikuti latihan sebanyak 5 kali.	A : SP 1 teratasi sebagian	
		09.26 WIB	g. Memasukkan latihan napas dalam ke jadwal kegiatan harian. R/ Klien bersedia melakukannya.	P : Lanjutkan Intervensi SP 2 & REBT	
			REBT tahap 1:		
		09.29 WIB	h. Menjelaskan tujuan REBT dan hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku. R/ Klien memahami bahwa pikiran dapat memengaruhi perasaan marah dan perilaku yang		

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			muncul.		
		09.32 WIB	i. Mengidentifikasi <i>Activating Event (A)</i> atau kejadian yang memicu kemarahan. R/ Klien mengatakan dirinya marah ketika merasa dihina atau diejek.		
		09.35 WIB	j. Mengidentifikasi <i>Belief (B)</i> atau pikiran/keyakinan yang muncul ketika menghadapi kejadian tersebut. R/ Klien mengatakan, “Kalau saya dihina berarti saya tidak dihargai.”		
		09.38WIB	k. Memberikan kesempatan kepada klien untuk menceritakan perasaan yang muncul dari pikiran tersebut. R/ Klien mengatakan merasa tersinggung, marah dan ingin membalas.		

No	Diagnosis Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2.	Harga Diri Rendah : Kronis	Kamis, 19/02/26 09.35 WIB 09.40 WIB 09.45 WIB 09.50 WIB 10.00 WIB	SP 1 a. Membina hubungan saling percaya. R/ Klien kooperatif. b. Mengidentifikasi kemampuan positif klien. R/ Klien mengatakan masih mampu merapikan tempat tidur. c. Mendiskusikan kemampuan yang akan dilatih. R/ Klien memilih merapikan tempat tidur. d. Melatih kemampuan pertama yaitu merapikan tempat tidur. R/ Klien mampu melakukannya. e. Memberikan reinforcement positif. R/ Klien tampak senang. f. Memasukkan kegiatan ke jadwal harian. R/ Klien bersedia melaksanakan.	S : -“Saya ternyata masih mempunyai kemampuan.” - “Saya senang masih bisa melakukan sesuatu.” O : - Klien mampu menyebutkan kemampuan positif. - Klien mampu merapikan tempat tidur. - Kontak mata membaik. A : Sp 1 tercapai P : Lanjutkan Sp 2	

Implementasi dan Evaluasi hari ke-2

No	Diagnosa Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	Jumat, 20/02/26	SP 2 a. Mengevaluasi latihan napas dalam. R/ Klien mengatakan sudah melakukannya saat marah. b. Menjelaskan cara mengontrol marah dengan memukul bantal/kasur. R/ Klien memahami penjelasan. c. Mendemonstrasikan teknik memukul bantal/kasur. R/ Klien memperhatikan demonstrasi. d. Melatih klien memukul bantal/kasur ± 10 kali. R/ Klien mampu melakukan latihan. e. Memberikan reinforcement positif. R/ Klien tampak senang. f. Memasukkan latihan ke jadwal kegiatan. R/ Klien bersedia melakukannya.	S : - “Saya merasa lebih lega.” - “Saya akan menggunakan cara ini kalau marah.” O : -Klien mampu memperagakan teknik dengan benar. - Klien mampu mengidentifikasi <i>Consequence (C)</i> berupa perasaan marah dan keinginan melakukan kekerasan. - Klien mulai mampu melakukan <i>Disputing (D)</i> terhadap pikiran yang tidak rasional. - Klien mampu menemukan alternatif pemikiran yang lebih rasional. - Klien tampak rileks. - Tidak tampak perilaku agresif. A : SP2 tercapai. P : Lanjutkan SP3	Indri

No	Diagnosa Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		08.52 WIB	REBT tahap 2: g. Mengevaluasi kembali <i>Activating Event (A)</i> dan <i>Belief (B)</i> yang telah diidentifikasi pada pertemuan sebelumnya. R/ Klien mampu mengingat kejadian yang membuat marah dan pikiran yang muncul.	(Komunikasi Verbal + REBT)	
		08.54 WIB	h. Mengidentifikasi <i>Consequence (C)</i> atau akibat dari pikiran dan keyakinan tersebut. R/ Klien mengatakan ketika berpikir bahwa dirinya tidak dihargai, ia menjadi semakin marah dan ingin memukul.		
		08.57 WIB	i. Mengidentifikasi hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku. R/ Klien mengatakan pikiran tersebut membuat dirinya		

No	Diagnosa Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		09.00 WIB	semakin marah sehingga muncul keinginan untuk melakukan kekerasan.		
		09.03 WIB	j. Melakukan <i>Disputing (D)</i> awal terhadap pikiran yang tidak rasional dengan memberikan pertanyaan sederhana. R/ Klien mengatakan, “Belum tentu orang yang menghina saya benar-benar tidak menghargai saya.” k. Memberikan reinforcement positif terhadap kemampuan klien dalam menemukan pikiran alternatif. R/ Klien tampak mampu mengikuti proses dan bersedia mencoba berpikir lebih rasional.		

No	Diagnosa Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2.	Harga Diri Rendah : Kronis	Jumat, 20/02/26 09.06 WIB 09.09 WIB 09.12 WIB 09.20 WIB	SP 2 a. Mengevaluasi kemampuan pertama. R/ Klien sudah mampu merapikan tempat tidur. b. Mengidentifikasi kemampuan kedua. R/ Klien memilih menyapu ruangan. c. Melatih kemampuan kedua yaitu menyapu ruangan. R/ Klien mampu melakukannya. d. Memberikan reinforcement positif. R/ Klien tampak senang.	S : - “Saya masih bisa melakukan pekerjaan.” - “Saya jadi lebih percaya diri.” O : - Klien mampu menyapu ruangan secara mandiri. - Kontak mata baik. A : SP2 tercapai. P : Lanjutkan SP3 (REBT).	

Implementasi dan Evaluasi hari ke 3

No	Diagnosa Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	Sabtu, 21/02/26 08.30 WIB 08.35 WIB 08.40 WIB 08.45 WIB	SP 3 a. Mengevaluasi latihan napas dalam dan pukul bantal/kasur. R/ Klien mengatakan sudah melakukan kedua latihan saat mulai marah. b. Melatih komunikasi verbal/asertif. R/ Klien mampu mengungkapkan rasa marah dengan kata-kata yang baik. c. Mengevaluasi kembali <i>Activating Event (A), Belief (B), Consequence (C), Disputing (D)</i> R/ Klien mampu menjelaskan hubungan antara kejadian, pikiran, perasaan dan perilakunya. d. Membentuk <i>Effective New Belief (E)</i> atau keyakinan baru yang lebih rasional. R/ Klien mengatakan, “Saya	S : - “Saya bisa bicara baik-baik.” - “Saya akan berpikir dulu sebelum bertindak.” O : - Klien mampu melakukan komunikasi verbal secara asertif. - Klien mampu mengidentifikasi pikiran irasional. - Klien mampu mengganti pikiran irasional menjadi rasional. - Klien tampak lebih tenang dan tidak menunjukkan perilaku agresif. A : SP3 tercapai, kemampuan mengontrol perilaku kekerasan meningkat. P : Hentikan Intervensi	Indri

No	Diagnosa Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
			dapat mengendalikan kemarahan tanpa menyakiti orang lain.”		
		08.50 WIB	e. Melatih klien menggunakan pikiran rasional ketika menghadapi situasi yang memicu kemarahan. R/ Klien mengatakan akan berpikir terlebih dahulu sebelum bertindak.		
		08.55 WIB	f. Memberikan reinforcement positif. R/ Klien tampak senang dan lebih percaya diri dalam mengendalikan kemarahan.		
		09.00 WIB	g. Memasukkan latihan komunikasi verbal dan REBT ke jadwal kegiatan harian. R/ Klien bersedia melaksanakannya.		

No	Diagnosa Kep	Hari/Tanggal Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2.	Harga Diri Rendah : Kronis	Sabtu, 21/02/26 09.25 WIB 09.30 WIB 09.35 WIB 09.40 WIB	SP 3 a. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) R/ Kemarin klien merapihkan tempat tidur dan menyapu ruangan b. Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan R/ Klien mau berdandan “saya mau berdandan supaya cantik” c. Mengevaluasi Afirmasi Positif R/ Klien mengatakan “saya keren dan cantik” d. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien R/ Klien berdandan secara mandiri	S : - “Saya mulai percaya diri.” - “Saya senang berdandan merasa cantik” O : - Klien mau berdandan secara mandiri - Klien Nampak senang - Klien tampak lebih percaya diri dan aktif berinteraksi. A : SP 3 Teratasi P : Hentikan Intervensi	Indri

3.1.5 Catatan Perkembangan

Tabel 3. 4 Catatan perkembangan

Catatan Perkembangan hari ke-1

No	Waktu dan Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Jumat, 20/02/26 09.00 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	S : - “Saya sering marah kalau merasa dihina atau diejek.” - “Saya mau mencoba latihan napas dalam supaya tidak mudah marah.” O : - Klien kooperatif selama tindakan. - Klien mampu mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan. - Klien mampu memperagakan teknik napas dalam dengan benar. - Klien mampu mengidentifikasi A (kejadian), B (keyakinan), dan C (konsekuensi) dalam REBT dengan bantuan. - Ekspresi wajah tampak lebih rileks setelah latihan. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Melakukan Sp 2 Risiko Perilaku Kekerasan dan REBT tahap 2	Indri

No	Waktu dan Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
2.	Jumat, 20/02/26 09.30 WIB	Harga Diri Rendah : Kronis	S : - “Saya masih bisa merapikan tempat tidur.” - “Saya senang karena masih bisa melakukan sesuatu.” O : - Klien mampu mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki. - Klien mampu merapikan tempat tidur dengan sedikit arahan. - Kontak mata mulai membaik. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Melakukan Sp 2 Harga Diri Rendah : Kronis	

Catatan Perkembangan hari ke-2

No	Waktu dan Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Sabtu, 21/02/26 09.00 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	S : - “Saya sudah mencoba tarik napas saat mulai marah.” - “Setelah memukul bantal saya merasa lebih lega.” - “Belum tentu orang yang menghina saya benar-benar tidak menghargai saya.” - “Saya mau mencoba berpikir lebih rasional.” O : - Klien mampu memperagakan teknik memukul bantal/kasur dengan benar. - Klien mampu mengidentifikasi A, B, dan C dalam REBT. - Klien mampu menemukan pikiran alternatif yang lebih rasional dengan bantuan. - Klien tampak lebih rileks. - Tidak tampak perilaku agresif selama interaksi. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Melakukan Sp 3 Risiko Perilaku Kekerasan dan REBT tahap 3	Indri

2.	Sabtu, 21/02/26 09.30 WIB	Harga Diri Rendah : Kronis	S : - “Saya bisa menyapu ruangan sendiri.” - “Saya merasa lebih percaya diri setelah diberi kesempatan.” O : - Klien mampu melakukan kemampuan positif kedua. - Klien tampak lebih aktif berinteraksi. - Kontak mata baik. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : Melakukan Sp 3 Harga Diri Rendah	Indri
----	----------------------------------	----------------------------	---	-------

Catatan Perkembangan hari ke-3

No	Waktu dan Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Senin, 23/02/26 09.00 WIB	Risiko Perilaku kekerasan	S : - “Sekarang saya bisa mengendalikan marah dengan tarik napas dan memukul bantal.” - “Saya akan berbicara baik-baik kalau sedang marah.” - “Saya sadar tidak semua orang ingin menghina saya.” O : - Klien mampu mengungkapkan perasaan secara verbal dengan cara yang tepat. - Klien mampu mengidentifikasi pikiran irasional dan mengubahnya menjadi	Indri

No	Waktu dan Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
			pikiran yang lebih rasional melalui terapi REBT. - Klien tampak lebih tenang, kooperatif, dan tidak menunjukkan perilaku agresif. A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi	
2.	Senin, 23/02/26 09.30 WIB	Harga Diri Rendah : Kronis	S : - “Saya ternyata masih mempunyai kemampuan.” - “Sekarang saya merasa lebih percaya diri.” - “Saya merasa keren dan cantik” O : - Klien dapat mengulang kegiatan SP 1, SP 2 dan SP 3 - Klien dapat berdandan secara mandiri - Kontak mata klien bagus A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi	Indri

3.2 Pembahasan

Berdasarkan pembahasan ini, penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi diantara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan di Merpati RSJ Provinsi Jawa Barat Cisarua Bandung, serta menyertakan literatur (EBP) untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian dan Analisa Data

Menurut Kemenkes (2017) dalam Fazriyani & Mubin (2021), pengkajian merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah serta kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh klien.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Februari 2026 di Ruang Merpati RSJ Provinsi Jawa Barat pada klien Ny. S yang berusia 26 tahun dengan diagnosis medis Skizofrenia. Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga diperoleh informasi bahwa sebelum masuk rumah sakit klien sering marah-marah, mudah tersinggung, mengamuk, membanting barang, mengancam orang di sekitarnya, dan sulit mengendalikan emosinya. Selain

itu, klien juga sering mengatakan dirinya tidak berguna, merasa malu dengan kondisinya, dan cenderung menarik diri dari lingkungan sekitar.

Hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan bahwa klien tampak mudah tersinggung, berbicara dengan nada suara tinggi ketika membahas hal yang membuatnya marah, kontak mata tajam, wajah tampak tegang. Selain itu, klien tampak kurang percaya diri, kontak mata kurang, postur tubuh menunduk, dan lebih banyak memberikan jawaban singkat saat berkomunikasi.

Hal ini sejalan dengan teori SDKI (2017) yang menyatakan bahwa tanda dan gejala pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan meliputi mudah marah, mudah tersinggung, berbicara dengan nada tinggi, ekspresi wajah tegang, pandangan tajam, tangan mengepal, serta memiliki riwayat perilaku agresif yang berpotensi membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Selain itu, menurut Carpenito, L.J. dalam Ananda (2022), tanda dan gejala pada pasien dengan harga diri rendah meliputi kontak mata kurang, postur tubuh menunduk, merasa tidak berharga, kurang percaya diri, dan menarik diri dari lingkungan. Gejala tersebut muncul akibat penilaian negatif terhadap diri sendiri yang dipengaruhi oleh situasi atau pengalaman yang dialami klien.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis yang mencakup respons klien, keluarga, dan komunitas terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan, baik yang aktual maupun berisiko, sebagai dasar

dalam menentukan intervensi keperawatan (Kurniawati, 2024).

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis pada kasus Ny. S terdapat 2 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Risiko Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah: Kronis. Diagnosa-diagnosa yang diangkat pada kasus tersebut berdasarkan masalah-masalah yang ditemukan pada klien selama proses pengkajian. Maka diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S yaitu sebagai berikut:

a. Risiko Perilaku Kekerasan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 18 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien mudah marah, mudah tersinggung, memiliki riwayat mengamuk, dan merusak barang ketika emosi. Saat dilakukan pengkajian klien tampak berbicara dengan nada tinggi, wajah tegang, kontak mata tajam, tangan sesekali mengepal. Sejalan dengan teori yang terdapat dalam SDKI (2017), risiko perilaku kekerasan adalah berisiko melakukan perilaku yang dapat mencederai diri sendiri, orang lain, dan/atau lingkungan. Manifestasi klinis yang ditemukan pada hasil pengkajian sesuai dengan faktor risiko dan tanda pendukung yang terdapat dalam SDKI sehingga penulis menegakkan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan.

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis adalah Risiko Perilaku Kekerasan yang harus segera ditangani, karena apabila tidak segera diberikan intervensi dapat berkembang menjadi perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Oleh karena

itu, risiko perilaku kekerasan diangkat menjadi diagnosa utama.

b. Harga Diri Rendah : Kronis

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 18 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien mengatakan merasa malu dengan kondisinya, merasa dirinya tidak berguna, kurang percaya diri, kontak mata kurang, postur tubuh menunduk, serta menjawab pertanyaan dengan singkat. Sebagaimana dalam SDKI (2017), harga diri rendah adalah berkembangnya persepsi negatif terhadap nilai diri sebagai respons terhadap situasi saat ini. Manifestasi klinis dari hasil pengkajian sesuai dengan manifestasi klinis yang terdapat dalam SDKI sehingga penulis menegakkan diagnosa yang kedua yaitu Harga Diri Rendah : Kronis.

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI, 2018). Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, dimana tindakan keperawatan dilakukan setelah semua data terkumpul dan prioritas masalah telah ditentukan. Rencana tindakan yang dilakukan adalah:

a. Risiko Perilaku Kekerasan

Berdasarkan diagnosa risiko perilaku kekerasan, maka intervensi ataupun tindakan yang akan dilakukan menggunakan Strategi Pelaksanaan (SP) Risiko Perilaku Kekerasan sebanyak 5 SP.

Strategi Pelaksanaan 1 terdiri dari membantu klien

mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, perilaku, serta akibat dari perilaku kekerasan. Selanjutnya klien diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik pertama yaitu tarik napas dalam. Setelah klien mampu melakukan latihan tersebut, kegiatan dimasukkan ke dalam jadwal aktivitas harian agar dapat dilakukan secara mandiri ketika muncul rasa marah.

Selanjutnya pada Strategi Pelaksanaan 2 dilakukan evaluasi kemampuan yang telah dipelajari pada SP 1, kemudian klien diajarkan latihan fisik kedua yaitu memukul bantal atau kasur sebagai cara menyalurkan kemarahan secara aman. Setelah latihan dilakukan, perawat memberikan penguatan positif dan memasukkan latihan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian klien.

Pada Strategi Pelaksanaan 3, selain melakukan evaluasi terhadap SP 1 dan SP 2, penulis memberikan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT). Terapi ini dilakukan dengan membantu klien mengidentifikasi pikiran yang tidak rasional yang memicu kemarahan, mendiskusikan hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku, kemudian mengganti pikiran yang tidak rasional menjadi pikiran yang lebih rasional sehingga klien mampu mengendalikan emosinya secara adaptif. Setelah itu perawat memberikan penguatan positif agar klien mampu menerapkan cara berpikir rasional ketika menghadapi situasi yang memicu kemarahan.

Pada Strategi Pelaksanaan 4, klien dilatih mengendalikan emosi melalui kegiatan spiritual sesuai dengan keyakinannya. Perawat memotivasi klien untuk melaksanakan ibadah, berdoa, berdzikir, atau kegiatan spiritual lainnya sebagai salah satu cara memperoleh ketenangan, mengurangi ketegangan emosional, serta membantu mengontrol perilaku kekerasan. Selanjutnya, perawat menganjurkan klien agar memasukkan kegiatan spiritual ke dalam jadwal kegiatan harian sehingga dapat dilakukan secara rutin dan mandiri.

Sedangkan pada Strategi Pelaksanaan 5, klien diberikan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan minum obat, meliputi manfaat obat, nama dan dosis obat yang dikonsumsi, waktu pemberian obat, serta akibat yang dapat terjadi apabila tidak patuh terhadap pengobatan. Selanjutnya perawat memotivasi klien untuk minum obat secara teratur sesuai program terapi yang telah ditetapkan serta mengevaluasi seluruh kemampuan yang telah dipelajari pada strategi pelaksanaan sebelumnya agar dapat dipertahankan secara mandiri.

Selain itu, pada diagnosa utama ini dilakukan tindakan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT). Terapi REBT merupakan terapi kognitif-perilaku yang membantu individu mengidentifikasi serta mengubah pikiran irasional menjadi pikiran yang lebih rasional sehingga respons emosi dan perilaku menjadi lebih adaptif. Melalui terapi ini klien diharapkan mampu mengendalikan kemarahan, meningkatkan kemampuan koping, dan mencegah munculnya perilaku kekerasan.

Teknik *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) sebagaimana hasil penelitian Moomina Siauta, Hani Tuasikal, dan Selpina Embai (2020) menunjukkan bahwa penerapan REBT yang dikombinasikan dengan Strategi Pelaksanaan (SP) mampu membantu pasien mengenali penyebab kemarahan, mengubah pola pikir irasional menjadi lebih rasional, serta meningkatkan kemampuan mengontrol perilaku agresif. Setelah intervensi diberikan, pasien menjadi lebih tenang, mampu mengendalikan emosi, dan frekuensi perilaku kekerasan menurun.

Didukung hasil penelitian yang dilakukan oleh Rilarahmawati Thalib dan Rusli Abdullah (2022) yang menunjukkan bahwa seluruh penelitian yang direview melaporkan REBT efektif meningkatkan kemampuan pasien mengontrol perilaku agresif, meningkatkan respons kognitif, afektif, sosial, dan fisiologis, serta menurunkan gejala perilaku kekerasan secara signifikan.

Selain itu, penelitian Ledy Sahertian dan Dwi Indah Iswati (2025) menunjukkan bahwa setelah diberikan REBT selama tiga hari, seluruh responden (100%) mampu mengontrol perilaku agresif. Pasien mampu melakukan teknik pengendalian seperti tarik napas dalam, memukul bantal, minum obat secara teratur, mengikuti kegiatan terjadwal, serta mampu mengikuti seluruh tahapan terapi REBT. Terjadi penurunan risiko perilaku kekerasan dari kategori meningkat menjadi menurun.

b. Harga Diri Rendah : Kronis

Berdasarkan diagnosa harga diri rendah : kronis, maka intervensi

ataupun tindakan yang akan dilakukan menggunakan Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah sebanyak 3 SP.

Strategi Pelaksanaan 1 berisi mengidentifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki klien, mendiskusikan kemampuan yang masih dapat dilakukan, memberikan pujian yang realistis, membantu klien memilih kemampuan yang akan dilatih, kemudian memasukkan kemampuan tersebut ke dalam jadwal kegiatan harian.

Selanjutnya pada Strategi Pelaksanaan 2 dilakukan evaluasi kemampuan yang telah dilatih pada SP 1, kemudian melatih kemampuan positif berikutnya yang masih dimiliki klien, memberikan penguatan positif, serta memasukkan kegiatan tersebut ke dalam jadwal aktivitas harian.

Pada Strategi Pelaksanaan 3 dilakukan evaluasi kemampuan yang telah dilatih pada pertemuan sebelumnya, memilih kemampuan positif berikutnya yang masih dapat dilakukan klien, memberikan penguatan positif, serta memotivasi klien agar mempertahankan kemampuan yang dimiliki sehingga harga diri dan rasa percaya diri klien semakin meningkat.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Pelaksanaan implementasi dilakukan selama 3 hari sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama klien. Implementasi yang dilakukan diantaranya:

a. Risiko Perilaku Kekerasan

Penulis melakukan implementasi 5 strategi pelaksanaan sesuai dengan strategi pelaksanaan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Implementasi dimulai dengan membantu klien mengenali penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari perilaku kekerasan. Selanjutnya klien diajarkan cara mengontrol kemarahan melalui teknik tarik napas dalam dan latihan memukul bantal atau kasur sebagai cara menyalurkan emosi secara aman.

Selain itu, penulis juga memberikan tindakan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) pada Strategi Pelaksanaan 3. Pelaksanaan terapi REBT dilakukan satu kali sehari selama tiga hari dengan waktu pelaksanaan disesuaikan dengan kondisi klien dan kontrak yang telah disepakati. Terapi dilakukan di ruangan yang tenang, nyaman, serta minim distraksi agar klien lebih mudah berkonsentrasi selama proses terapi berlangsung.

Pelaksanaan terapi REBT dilakukan dengan membantu klien mengidentifikasi pikiran yang tidak rasional yang memicu kemarahan, mendiskusikan hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku, kemudian membimbing klien mengganti pikiran tersebut menjadi pikiran yang lebih rasional. Selanjutnya klien diminta mempraktikkan cara berpikir rasional ketika menghadapi situasi yang memicu kemarahan.

Terapi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) terbukti efektif meningkatkan kemampuan klien dalam mengendalikan emosi. Pada

pertemuan pertama, klien masih tampak mudah tersinggung, berbicara dengan nada tinggi ketika membahas penyebab kemarahannya, namun sudah mampu mengikuti latihan tarik napas dalam dan mulai mengenali penyebab kemarahannya. Pada pertemuan kedua, klien mulai mampu mengidentifikasi pikiran yang memicu kemarahan serta mampu mengganti sebagian pikiran negatif menjadi lebih rasional, sehingga ekspresi wajah tampak lebih tenang. Sementara itu, pada pertemuan ketiga, klien mampu menyebutkan kembali cara mengontrol kemarahan melalui tarik napas dalam, memukul bantal, berpikir rasional menggunakan REBT, serta menyatakan akan berusaha mengendalikan emosinya sebelum bereaksi. Terlihat adanya peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol emosi dari pertemuan pertama sampai pertemuan ketiga.

b. Harga Diri Rendah : Kronis

Penulis melakukan implementasi 3 strategi pelaksanaan sesuai dengan strategi pelaksanaan pada pasien dengan harga diri rendah : kronis. Implementasi diawali dengan mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki klien, kemudian membantu klien memilih kemampuan yang masih dapat dilakukan, memberikan pujian yang realistis, serta melatih kemampuan tersebut secara bertahap sesuai kemampuan klien.

Pada setiap pertemuan dilakukan evaluasi terhadap kemampuan yang telah dilatih sebelumnya, kemudian memilih kemampuan positif

berikutnya untuk dikembangkan serta memasukkannya ke dalam jadwal kegiatan harian. Selama pelaksanaan implementasi, klien menunjukkan perkembangan yang cukup baik. Pada pertemuan pertama klien masih tampak kurang percaya diri ketika menyebutkan kemampuan yang dimiliki. Pada pertemuan kedua klien mulai mampu menyebutkan kemampuan positif yang dimiliki dengan bantuan perawat serta tampak lebih antusias saat melakukan latihan. Sedangkan pada pertemuan ketiga, klien mampu menyebutkan kemampuan yang dimiliki secara mandiri, tampak lebih percaya diri, kontak mata lebih baik, serta bersedia mempertahankan kemampuan tersebut dalam kegiatan sehari-hari.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

a. Risiko Perilaku Kekerasan

Evaluasi hari pertama pada tanggal 20 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien mampu mengenali penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialaminya. Selain itu, klien sudah mampu melakukan latihan tarik napas dalam sesuai dengan arahan perawat. Pada pelaksanaan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), klien masih mengalami kesulitan mengidentifikasi pikiran yang memicu kemarahannya, namun bersedia mengikuti seluruh proses terapi. Data subjektif didapatkan klien mengatakan, “Saya mudah tersinggung dan marah saat mengingat kejadian yang pernah dialaminya.” Data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak kooperatif, masih berbicara dengan nada tinggi ketika membahas penyebab kemarahan, kontak mata mulai

membaik, dan mampu mempragakan teknik tarik napas dalam dengan benar.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 21 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien masih mengingat latihan yang telah diberikan pada pertemuan sebelumnya. Klien mampu mempragakan kembali teknik tarik napas dalam dan latihan memukul bantal sebagai cara mengontrol kemarahan. Pada pelaksanaan REBT, klien mulai mampu mengenali pikiran yang memicu kemarahannya dan mulai mengganti pikiran tersebut dengan pikiran yang lebih rasional. Data subjektif didapatkan klien mengatakan, “Belum tentu orang lain sengaja membuat saya marah.” Sementara itu, data objektif yang didapatkan yaitu klien tampak lebih tenang, nada bicara menurun, kontak mata semakin baik, serta mampu mengikuti seluruh tahapan terapi dengan baik.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 22 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien masih mengingat seluruh latihan yang telah diberikan pada pertemuan pertama dan kedua. Klien mampu menyebutkan kembali cara mengontrol kemarahan melalui teknik tarik napas dalam, memukul bantal, berpikir rasional menggunakan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT), serta menyatakan akan meminum obat secara teratur apabila sudah kembali ke rumah. Data subjektif didapatkan klien mengatakan, “Sekarang saya akan berpikir dulu sebelum marah dan mencoba mengendalikan emosi saya.” Data objektif didapatkan klien tampak lebih tenang, kontak mata baik, tidak tampak perilaku agresif

selama proses evaluasi, mampu berinteraksi dengan perawat secara kooperatif, serta mampu menjelaskan kembali cara mengontrol perilaku kekerasan secara mandiri.

b. Harga Diri Rendah : Kronis

Evaluasi hari pertama pada tanggal 20 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien mampu menyebutkan satu kemampuan positif yang dimilikinya setelah diberikan motivasi oleh perawat. Data subjektif didapatkan klien mengatakan merasa senang ketika mengetahui dirinya masih memiliki kemampuan. Data objektif menunjukkan klien masih tampak kurang percaya diri, kontak mata kurang, dan postur tubuh sedikit menunduk.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 21 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien mampu melakukan kemampuan positif yang telah dipilih dan mulai menunjukkan rasa percaya diri. Data subjektif didapatkan klien mengatakan, “Saya ternyata masih bisa melakukannya.” Data objektif menunjukkan klien tampak lebih antusias, kontak mata mulai membaik, dan mampu menyelesaikan aktivitas dengan sedikit bantuan.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 22 Februari 2026 didapatkan hasil bahwa klien mampu menyebutkan beberapa kemampuan positif yang dimiliki serta melakukan aktivitas yang telah dilatih secara mandiri. Data subjektif didapatkan klien mengatakan, “Saya lebih percaya diri dan akan terus melatih kemampuan saya.” Data objektif menunjukkan kontak mata baik, klien tampak lebih percaya diri, mampu berinteraksi dengan

orang lain secara bertahap, serta menunjukkan ekspresi wajah yang lebih ceria.

3.3 Analisis Pembahasan *Evidence Based Practice* (EBP)

Tabel 3. 5 Analisa pembahasan EBP

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Sample (N)	Hasil Penelitian
1.	Retno Yuli Hastuti, Budi Anna Keliat, Mustikasari (2023)	Efektivitas <i>Rational Emotive Behaviour Therapy</i> Berdasarkan Profile Multimodal Therapy pada Klien Skizofrenia dengan Masalah Keperawatan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa	Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain quasi experimental pre-post test with control group.	56 responden, terdiri dari 28 responden kelompok intervensi yang memperoleh REBT berdasarkan Profile Multimodal Therapy (PMT) dan 28 responden kelompok kontrol.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa REBT berdasarkan Profile Multimodal Therapy efektif meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku sebesar 57%, menurunkan gejala perilaku kekerasan sebesar 48%, serta menurunkan gejala halusinasi sebesar 47% ($p < 0,05$). Profile Multimodal Therapy direkomendasikan sebagai metode skrining untuk menentukan klien yang sesuai menerima terapi REBT.
2.	Jek Amidos Pardede, Laura Mariati Siregar, dan Efendi Putra Hulu (2022)	Efektivitas Behaviour Therapy terhadap Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia	Penelitian menggunakan desain Quasi Experimental dengan pre-post test design.	Sampel penelitian berjumlah 13 pasien skizofrenia dengan diagnosis risiko perilaku kekerasan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Behaviour Therapy efektif menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Terjadi penurunan skor gejala pada aspek kognitif, afektif, sosial, dan perilaku setelah diberikan intervensi. Hasil uji Paired T-test menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga terdapat pengaruh yang signifikan antara pemberian Behaviour

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Sample (N)	Hasil Penelitian
					Therapy terhadap penurunan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.
3.	Dewi Eka Putri, Budi Anna Keliat, Yusron Nasution (2021)	Peningkatan Respon Kognitif dan Sosial Melalui <i>Rational Emotive Behaviour Therapy</i> pada Klien Perilaku Kekerasan	Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan desain quasi experimental pre-post test with control group	53 klien skizofrenia paranoid dengan perilaku kekerasan, terdiri dari 25 responden kelompok intervensi dan 28 responden kelompok kontrol.	Pemberian <i>Rational Emotive Behaviour Therapy</i> (REBT) terbukti meningkatkan respon kognitif dan sosial serta menurunkan respon emosi, perilaku, dan fisiologis secara bermakna ($p < 0,05$) dibandingkan kelompok kontrol. Penelitian merekomendasikan REBT sebagai terapi spesialis yang dikombinasikan dengan tindakan keperawatan generalis pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.
4.	Dyah Wahyuning sih, Mukhadiono, Widyo Subagyo, & Munayarok h (2021)	The Effect of <i>Rational Emotive Behaviour Therapy</i> (REBT) on Coping and Aggressiveness in Violent Patients	The study used a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group approach.	60 violent patients (30 intervention and 30 control group).	The intervention group showed a significant decrease in aggressiveness ($p = 0.000$) and a significant improvement in coping ability compared with the control group. REBT was effective in reducing aggressive behavior and improving patients' coping mechanisms.

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Sample (N)	Hasil Penelitian
5.	Hanna Maria Siregar, Erita Gustina, dan Resmi Pangaribuan (2025)	Upaya Mengontrol Perilaku Agresif pada Perilaku Kekerasan dengan Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy	Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif dengan studi kasus.	2 pasien perilaku kekerasan di RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan.	Setelah menjalani REBT selama tiga hari dengan enam kali pertemuan (SP1–SP5), kedua pasien menunjukkan peningkatan kemampuan mengendalikan emosi, berpikir lebih rasional, mampu mengontrol kemarahan, serta mengalami penurunan perilaku kekerasan. Pasien juga lebih kooperatif selama proses perawatan dan mampu menerapkan strategi pengendalian emosi yang telah diajarkan.

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan diagnosa medis skizofrenia dan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan. Untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut penulis memberikan intervensi *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) yang bertujuan membantu pasien mengubah pola pikir yang tidak rasional menjadi lebih rasional sehingga mampu mengendalikan emosi, meningkatkan kemampuan koping, dan mencegah munculnya perilaku kekerasan. REBT merupakan terapi kognitif-perilaku yang berfokus pada perubahan keyakinan yang tidak rasional menjadi keyakinan yang lebih rasional melalui proses identifikasi masalah, mengevaluasi keyakinan yang dimiliki, kemudian menggantinya dengan pola pikir yang lebih adaptif sehingga menghasilkan perubahan pada respons emosi dan perilaku pasien.

Berdasarkan temuan di lapangan, khususnya pada Ny. S, pasien mengalami risiko perilaku kekerasan akibat merasa dihina, diremehkan, dan diperlakukan tidak adil oleh orang-orang di sekitarnya. Keyakinan tersebut menyebabkan pasien mudah marah, berbicara dengan nada tinggi, membentak, serta memiliki dorongan untuk melakukan tindakan agresif terhadap orang lain. Kondisi Ny. S sesuai dengan hasil penelitian yang ditemukan sehingga pemberian *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) dinilai tepat sebagai intervensi untuk membantu pasien mengubah cara berpikir yang tidak rasional menjadi lebih realistis. Setelah diberikan terapi, pasien mulai mampu mengenali penyebab kemarahannya, membedakan antara fakta dan persepsi, serta mengendalikan emosinya dengan lebih baik.

Penerapan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) terbukti efektif menurunkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan. Pada pertemuan pertama pasien masih tampak mudah tersinggung, berbicara dengan nada tinggi, serta belum mampu mengidentifikasi pikiran yang memicu kemarahannya. Setelah diberikan edukasi mengenai hubungan antara pikiran, emosi, dan perilaku, pasien mulai memahami bahwa kemarahan yang muncul dipengaruhi oleh keyakinan yang dimilikinya. Pada pertemuan kedua pasien sudah mampu mengidentifikasi pikiran-pikiran yang tidak rasional serta mulai mencoba menggantinya dengan pemikiran yang lebih realistis ketika menghadapi situasi yang memicu kemarahan. Pada pertemuan ketiga pasien tampak lebih tenang, mampu mengendalikan emosi, mengungkapkan perasaan secara lebih adaptif, serta tidak menunjukkan perilaku agresif selama proses evaluasi. Hal tersebut menunjukkan adanya perkembangan kemampuan pasien dalam mengontrol risiko perilaku kekerasan setelah diberikan terapi REBT.

Dari telaah artikel yang dilakukan penulis terhadap empat artikel penelitian, seluruh artikel menyatakan bahwa *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) efektif diterapkan pada pasien skizofrenia dengan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan. Terapi ini membantu pasien memperbaiki pola pikir yang tidak rasional, meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, sosial, dan perilaku, meningkatkan kemampuan koping, serta menurunkan kecenderungan melakukan perilaku agresif sehingga pasien mampu beradaptasi dengan lebih baik terhadap situasi yang memicu kemarahan.

Berdasarkan penelitian Retno Yuli Hastuti, Budi Anna Keliat, dan Mustikasari, diperoleh hasil bahwa REBT berdasarkan Profile Multimodal Therapy (PMT) efektif meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku sebesar 57%, menurunkan gejala perilaku kekerasan sebesar 48%, serta menurunkan gejala halusinasi sebesar 47% ($p < 0,05$). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pemberian REBT tidak hanya berdampak pada penurunan perilaku kekerasan, tetapi juga memperbaiki berbagai aspek psikologis pasien sehingga direkomendasikan sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa.

Hal tersebut didukung oleh penelitian Jek Amidos Pardede, Laura Mariati Siregar, dan Efendi Putra Hulu yang menunjukkan bahwa Behaviour Therapy efektif menurunkan gejala risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Setelah intervensi terjadi penurunan skor gejala pada aspek kognitif, afektif, sosial, dan perilaku. Hasil uji Paired T-Test menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat pengaruh signifikan pemberian terapi terhadap penurunan risiko perilaku kekerasan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa perubahan pola pikir dan perilaku memberikan dampak positif terhadap kemampuan pasien dalam mengontrol kemarahan.

Penelitian Dewi Eka Putri, Budi Anna Keliat, dan Yusron Nasution juga menunjukkan bahwa pemberian *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) mampu meningkatkan respons kognitif dan sosial serta menurunkan respons emosi, perilaku, dan fisiologis secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$). Penelitian tersebut merekomendasikan REBT sebagai terapi spesialis yang dapat dikombinasikan dengan tindakan keperawatan generalis sehingga

memberikan hasil yang lebih optimal pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Dyah Wahyuningsih, Mukhadiono, Widy Subagyo, dan Munayaroh (2021) yang menunjukkan bahwa kelompok pasien yang diberikan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) mengalami penurunan perilaku agresif secara signifikan ($p = 0,000$) serta peningkatan kemampuan koping dibandingkan kelompok kontrol. Penelitian tersebut membuktikan bahwa REBT efektif membantu pasien mengenali penyebab kemarahan, mengendalikan respons emosional, serta meningkatkan kemampuan menghadapi masalah secara lebih adaptif sehingga kecenderungan melakukan perilaku kekerasan menjadi berkurang.

Sejalan dengan temuan di lapangan, pasien dengan risiko perilaku kekerasan cenderung memiliki keyakinan yang tidak rasional terhadap situasi yang dialaminya. Pasien mudah menganggap bahwa setiap perkataan atau perlakuan orang lain merupakan bentuk penghinaan sehingga memunculkan kemarahan dan dorongan untuk melakukan tindakan agresif. Pada kasus Ny. S, pasien menganggap dirinya selalu direndahkan oleh orang lain sehingga muncul perilaku marah, membentak, dan mengancam. Setelah diberikan *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT), pasien mulai mampu mengevaluasi keyakinan yang dimilikinya, membedakan antara fakta dan persepsi, serta mengganti keyakinan yang tidak rasional dengan pemikiran yang lebih realistis. Perubahan tersebut ditunjukkan dengan berkurangnya ketegangan, meningkatnya kemampuan

mengontrol emosi, serta tidak munculnya perilaku kekerasan selama proses evaluasi.

Temuan tersebut sesuai dengan hasil penelitian Retno Yuli Hastuti, Budi Anna Keliat, dan Mustikasari yang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan kognitif, afektif, dan perilaku setelah pemberian REBT. Penelitian Dewi Eka Putri, Budi Anna Keliat, dan Yusron Nasution juga menunjukkan peningkatan respons kognitif dan sosial serta penurunan respons emosi dan perilaku. Selain itu, penelitian Dyah Wahyuningsih et al. (2021) membuktikan bahwa REBT mampu meningkatkan kemampuan koping dan menurunkan agresivitas pasien. Sementara penelitian Jek Amidos Pardede et al. menunjukkan bahwa terapi perilaku memberikan pengaruh signifikan terhadap penurunan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Berdasarkan hasil analisis keempat penelitian tersebut serta hasil penerapan pada kasus Ny. S, dapat disimpulkan bahwa *Rational Emotive Behaviour Therapy* (REBT) merupakan intervensi keperawatan berbasis *evidence* yang efektif dalam menurunkan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. Terapi ini membantu pasien mengembangkan pola pikir yang lebih rasional, meningkatkan kemampuan kognitif, afektif, sosial, perilaku, dan koping adaptif, serta mengurangi kecenderungan melakukan perilaku agresif sehingga mendukung keberhasilan asuhan keperawatan jiwa.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis skizofrenia dan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan pada tanggal 19 Februari 2026 di Ruang Merpati RSJ Provinsi Jawa Barat, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. S dengan diagnosis medis skizofrenia secara komprehensif menggunakan komunikasi terapeutik sehingga diperoleh data yang mendukung penetapan diagnosis keperawatan.
2. Penulis mampu mengidentifikasi masalah keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis skizofrenia. Adapun diagnosis keperawatan yang muncul yaitu:
 - a. Risiko perilaku kekerasan.
 - b. Harga diri rendah : Kronis
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada Ny. S berdasarkan prioritas masalah yang telah ditetapkan dengan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), serta melibatkan pembimbing klinik, pembimbing akademik, dan klien dalam penyusunan rencana tindakan sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan dapat berjalan secara sistematis.

4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun melalui pemberian asuhan keperawatan secara langsung, meliputi latihan mengontrol perilaku kekerasan serta pemberian *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) sebagai terapi nonfarmakologis untuk membantu klien mengubah pola pikir irasional menjadi lebih rasional sehingga mampu mengendalikan emosi dan mencegah perilaku kekerasan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap perkembangan kondisi Ny. S berdasarkan respons klien selama pelaksanaan tindakan keperawatan. Dengan melihat perkembangan klien dengan respon terhadap intervensi yang telah diberikan sehingga tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dari rencana keperawatan
6. Penulis mampu menganalisis *Evidence Based Practice* (EBP) mengenai penerapan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) pada pasien dengan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan.

4.2. Saran

4.2.1. Rumah Sakit

Penulis berharap hasil studi kasus ini dapat menjadi tambahan informasi, pengetahuan, serta bahan referensi bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada pasien skizofrenia dengan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan. Selain itu, diharapkan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) dapat diterapkan sebagai salah satu terapi nonfarmakologis yang mendukung intervensi

keperawatan dalam membantu pasien mengendalikan emosi, mengubah pola pikir irasional menjadi lebih rasional, serta menurunkan risiko perilaku kekerasan.

4.2.2. Instansi Perguruan Tinggi

Diharapkan hasil analisis studi kasus ini dapat dijadikan sebagai salah satu referensi dalam pembelajaran asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada pasien dengan diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan. Selain itu, penerapan *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) diharapkan dapat menjadi salah satu intervensi keperawatan berbasis *evidence* yang diajarkan kepada mahasiswa keperawatan sebagai upaya meningkatkan kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif.

4.2.3. Keluarga

Diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan dan perhatian kepada pasien dengan menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta menggunakan komunikasi yang positif untuk mencegah munculnya perilaku kekerasan. Keluarga juga diharapkan membantu pasien mengenali pikiran yang dapat memicu kemarahan dan mengingatkan pasien untuk menerapkan teknik REBT ketika mulai muncul tanda-tanda kemarahan. Selain itu, keluarga perlu mendukung kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan dan kontrol secara rutin serta segera menghubungi tenaga kesehatan apabila muncul tanda-tanda kekambuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Permata, T., Ardinata, & Agustriyani, F. (2025). Studi kasus penerapan intervensi *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT) untuk menurunkan perilaku kekerasan pasien. *Jurnal Keperawatan Bunda Delima*, 7(2), 258–264. <https://doi.org/10.59030/jkbd.v7i2.194>
- Thalib, R., & Abdullah, R. (2022). Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy Dalam Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11, 127–137. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.718>
- Maula & Aktifah, 2021. (2021a). Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan. *Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan*.
- RSJ Provinsi Jawa Barat, 2025. (2025). *SAK Jiwa Khusus RSJ Provinsi Jawa Barat 20260128_15243558.pdf*.
- Sahertian, L., & Iswati, D. I. (2026). Penerapan Terapi Perilaku Emosi Rasional Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 7(1), 2498–2504. <https://doi.org/10.31004/jkt.v7i1.56291>
- Samsara Anta. (2019). *Mengenal Kesehatan Jiwa Anta Samsara Lautan Jiwa*. 1–316. <https://www.lautanjiwa.com/>
- SDKI. (2017). *Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia*.
- Videbeck, 2020. (2020). *Buku Skizofrenia*. 2, 306–312.
- Siauta, M., Tuasikal, H., Embuai, S., Ilmu, F., Universitas, K., Indonesia, K., Pattimaipauw, J. O., Wainitu, K., Ambon, K., Silale, K., & Ambon, K. (2020). Upaya Mengontrol Perilaku Agresif Pada Perilaku Kekerasan Dengan Pemberian Rational Emotive Efforts To Control Aggressive Behavior in Violence Behavior With Rational Emotive Behavior Therapy. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 27–32.
- Siregar, H. M., Gustina, E., & Pangaribuan, R. (2025). *Kekerasan Dengan Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy*. 1(2), 73–84.
- Vahurina & Rahayu, 2021. (2021). Tanda dan Gejala Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan. *Tanda Dan Gejala Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan*.
- Putri, D. E., Keliat, B. A., & Nasution, Y. (2012). Peningkatan Respon Kognitif Dan Sosial Melalui *Rational Emotive Behaviour Therapy* Pada Klien Perilaku Kekerasan. *Jki.Ui.Ac.Id*, 1, 1–8. <https://doi.org/10.7454/jki.v15i3.27>
- Sembiring, H. M., Gustina, E., & Pangaribuan, R. (2025). Upaya mengontrol perilaku agresif pada pasien perilaku kekerasan dengan pemberian Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Holistik*, 3(2), 45–53.

- Pardede, J. A., Simanjuntak, G. V., & Laia, R. (2022). Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy dalam mengontrol perilaku agresif pada pasien perilaku kekerasan: Literature review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 55–63.
- Keliat, B. A., Hamid, A. Y. S., & Putri, Y. S. E. (2019). Pengaruh Rational Emotive Behavior Therapy terhadap respon pasien perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 85–92.
- Parwati, Dewi, & Saputra. (2018). *Faktor predisposisi dan presipitasi pasien risiko perilaku kekerasan*.
- Fitriani, Y., & Yanti, D. (2025). Penerapan terapi perilaku emosi rasional terhadap kemampuan mengontrol perilaku agresif pada pasien risiko perilaku kekerasan. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 6(1), 120–128.
- Yusuf, A., Fitryasari, R., & Nihayati, H. E. (2020). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Salemba Medika.
- Ellis, A. (2019). *Rational emotive behavior therapy: Advances in theory and practice*. Springer Publishing.
- Stuart, G. W. (2021). *Principles and practice of psychiatric nursing* (11th ed.). Elsevier.
- Sutejo. (2020). *Keperawatan jiwa: Konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa*. Pustaka Baru Press.
- Yosep, I., & Sutini, T. (2021). *Buku ajar keperawatan jiwa dan advance mental health nursing*. PT Refika Aditama.
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Teori dan aplikasi praktik klinik: Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Indomedia Pustaka.

LAMPIRAN

Lampiran 1

SOP Teknik *Rational Emotive Behavior Therapy* (REBT)

Tahapan	Tindakan
Pra Interaksi	a. Menyiapkan lingkungan yang tenang dan nyaman. b. Mengidentifikasi kondisi dan kesiapan pasien untuk mengikuti terapi.
Orientasi	a. Mengucapkan salam dan membina hubungan saling percaya. b. Memvalidasi kondisi dan perasaan pasien. c. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur pelaksanaan REBT. d. Menyepakati waktu pelaksanaan terapi dengan pasien.
Kerja	a. Mengidentifikasi kejadian yang memicu emosi atau perilaku kekerasan. b. Mengidentifikasi perasaan, perilaku, dan keyakinan pasien terhadap kejadian tersebut. c. Membantu pasien membedakan keyakinan yang rasional (fakta) dan irasional (opini). d. Membantu pasien menantang dan mengubah keyakinan irasional menjadi keyakinan yang lebih rasional. e. Melatih pasien menerapkan pola pikir dan perilaku baru yang lebih adaptif dalam menghadapi situasi pemicu. f. Memberikan penguatan (reinforcement) atas keberhasilan pasien.
Terminasi	a. Mengevaluasi pemahaman dan kemampuan pasien setelah terapi. b. Menganjurkan pasien mempraktikkan cara berpikir rasional dalam kehidupan sehari-hari. c. Menyepakati waktu pertemuan berikutnya. d. Mengakhiri pertemuan dengan salam.

Pertemuan 1

Perawat: "Ibu, coba ceritakan kejadian yang membuat Ibu marah hingga akhirnya mengamuk."

Pasien: "Saya merasa keluarga merendahkan saya dan tidak menghargai saya."

Perawat: "Saat kejadian itu terjadi, apa yang Ibu rasakan?"

Pasien: "Saya sakit hati, kesal, dan marah."

Perawat: "Apa yang Ibu lakukan saat itu?"

Pasien: "Saya berteriak, membanting barang, dan ingin memukul."

Perawat: "Menurut Ibu, apakah perasaan marah itu muncul karena kejadian tersebut?"

Pasien: "Iya, karena saya merasa diperlakukan tidak baik."

Pertemuan 2

Perawat: "Saat keluarga berbicara kepada Ibu, apa yang Ibu pikirkan?"

Pasien: "Saya berpikir mereka sengaja menghina saya."

Perawat: "Apakah Ibu memiliki bukti bahwa mereka benar-benar ingin menghina Ibu?"

Pasien: "Tidak ada, saya hanya merasa seperti itu."

Perawat: "Kalau begitu, apakah pikiran tadi termasuk fakta atau hanya dugaan (opini)?"

Pasien: "Sepertinya hanya dugaan saya."

Perawat: "Menurut Ibu, apa fakta yang sebenarnya terjadi?"

Pasien: "Mereka hanya menegur saya, tidak mengatakan saya tidak berharga."

Perawat: "Bagus sekali. Jadi sekarang Ibu sudah bisa membedakan mana fakta dan mana opini."

Pasien: "Iya."

Pertemuan 3

Perawat: "Sekarang coba Ibu ubah pikiran tadi menjadi lebih rasional."

Pasien: "Mungkin keluarga tidak bermaksud merendahkan saya, mereka hanya ingin mengingatkan saya."

Perawat: "Bagaimana perasaan Ibu setelah berpikir seperti itu?"

Pasien: "Saya jadi lebih tenang dan tidak terlalu marah."

Perawat: "Kalau nanti ada kejadian yang sama, apa yang akan Ibu lakukan?"

Pasien: "Saya akan berpikir dulu apakah itu fakta atau hanya perasaan saya, lalu saya akan menarik napas dalam dan berbicara baik-baik."

Perawat: "Bagus sekali, itu merupakan cara yang lebih sehat untuk mengendalikan kemarahan."

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 1

Pertemuan : Ke-1

Hari/ Tanggal : Kamis, 19 Februari 2026

Nama Pasien (Inisial) : Ny. S

Ruangan : Merpati

Diagnosa : Risiko Perilaku Kekerasan

a. ORIENTASI:

“Selamat pagi bu, perkenalkan nama saya Indri Dwi Septiani, panggil saya Indri, saya perawat yang dinas di ruangan ini, Nama ibu siapa, senangya dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan ibu saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau marah?”

“Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah ibu”

“Berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang?” Bagaimana kalau 10 menit?

“Dimana enakya kita duduk untuk berbincang-bincang, bu? Bagaimana kalau di ruang tamu?”

b. KERJA:

“Apa yang menyebabkan ibu marah?, Apakah sebelumnya ibu pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?. O..iya, apakah ada penyebab lain yang membuat ibu marah”

“Pada saat penyebab marah itu ada, seperti ibu stress karena pekerjaan atau masalah uang (misalnya ini penyebab marah pasien), apa yang ibu rasakan?”

“Apakah ibu merasakan kesal kemudian dada ibu berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengepal?”

“Setelah itu apa yang ibu lakukan? O..iya, jadi ibu marah-marah, membanting pintu dan memecahkan barang-barang, apakah dengan cara ini stress ibu hilang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang ibu lakukan? Betul, keluarga jadi takut barang-barang pecah. Menurut ibu adakah cara lain yang lebih baik? Maukah ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

”Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, bu. Salah satunya adalah dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah.”

”Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?”

”Begini bu, kalau tanda-tanda marah tadi sudah ibu rasakan maka ibu berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan –lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, ibu sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?”

“Nah, sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah terbiasa melakukannya”

c. TERMINASI

“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang tentang kemarahan ibu?”

”Iya jadi ada 2 penyebab ibu marah (sebutkan) dan yang ibu rasakan (sebutkan) dan yang ibu lakukan (sebutkan) serta akibatnya (sebutkan)

”Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah ibu yang lalu, apa yang ibu lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya bu. ‘Sekarang kita buat jadwal latihannya ya bu, berapa kali sehari ibu mau latihan napas dalam?, jam berapa saja bu?’”

”Baik, bagaimana kalau 2 jam lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya bu, Selamat pagi”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 2

Pertemuan : Ke-2

Hari/ Tanggal : Jumat, 20 Februari 2026

Nama Pasien (Inisial) : Ny. S

Ruangan : Merpati

a. ORIENTASI

“Selamat pagi bu, sesuai dengan janji saya tiga jam yang lalu sekarang saya datang lagi”

“Bagaimana perasaan ibu saat ini, adakah hal yang menyebabkan ibu marah?”

“Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

“sesuai janji kita tadi kita akan berbincang-bincang sekitar 20 menit dan tempatnya disini di ruang tamu, bagaimana ibu setuju?”

b. KERJA

“Kalau ada yang menyebabkan ibu marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam ibu dapat melakukan pukul kasur dan bantal”.

“Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar ibu? Jadi kalau nanti ibu kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba ibu lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya, bagus sekali ibu melakukannya”.

“Kekesalan lampiaskan ke kasur atau bantal.”

“Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya”

c. TERMINASI

“Bagaimana perasaan ibu setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

“Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba ibu sebutkan lagi? Bagus!”

“Mari kita masukkan kedalam jadual kegiatan sehari-hari ibu. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur?”

Baik, jadi jam 07.00 pagi. dan jam 13.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya bu. Sekarang kita buat jadwalnya ya bu, mau berapa kali sehari ibu latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?”

“Besok pagi kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa bu? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa&istirahat ya bu”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 3

Pertemuan : Ke-3

Hari/ Tanggal : Sabtu, 21 Februari 2026

Nama Pasien (Inisial) : Ny. S

Ruangan : Merpati

a. ORIENTASI

“Selamat pagi ibu, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi”

“Bagaimana bu, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?”

“Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya.”

“Bagus. Nah kalau tarik nafas dalamnya dilakukan sendiri tulis M, artinya mandiri; kalau diingatkan suster baru dilakukan tulis B, artinya dibantu

atau diingatkan. Nah kalau tidak dilakukan tulis T, artinya belum bisa melakukan

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?”

“Dimana enakya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama?”

“Berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

b. KERJA

“Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah dusalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya bu :

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin ibu bilang penyebab marahnya karena minta uang sama suami tidak diberi. Coba ibu minta uang dengan baik: ”Pak, saya perlu uang untuk membeli sayuran.” Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba ibu praktekan. Bagus bu.”

2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan ibu tidak ingin melakukannya, katakan: ‘Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’. Coba ibu praktekan. Bagus bu”

3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal ibu dapat mengatakan: ' Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu'. Coba praktekan. Bagus"

c. TERMINASI

"Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?"

"Coba ibu sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari"

"Bagus sekal, sekarang mari kita masukkan dalam jadual. Berapa kali sehari ibu mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?"

Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya bu!"

"Bagaimana kalau dua jam lagi kita ketemu lagi?"

"Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah ibu yaitu dengan cara ibadah, ibu setuju? Mau di mana bu? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya"

Lampiran 3

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 1

Pertemuan : Ke-1

Hari/ Tanggal : Kamis, 19 Februari 2026

Nama Pasien (Inisial) : Ny. S

Ruangan : Merpati

Diagnosa : Harga Diri Rendah : Kronis

a. Orientasi

“Selamat pagi!”

“Saya Indri..., Saya senang dipanggil Indri saya mahasiswa perawat yang akan merawat ibu” Hari ini saya dinas pagi dari pukul 07.00-14.00. Saya akan merawat ibu dirumah sakit ini. Nama ibu siapa? Senangnya dipanggil apa?”

“Siapa nama ibu? Senang di panggil siapa?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana keadaan ibu hari ini? ibu terlihat segar”

c. Kontrak

1) Topik

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah ibu lakukan? Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat ibu lakukan di Rumah Sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih”

2) Tempat

“Dimana kita duduk? Bagaimana kalau di ruang tamu”

3) Waktu

“Berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?”

2. Fase Kerja:

“Ibu, apa saja kemampuan yang ibu miliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya. Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa ibu lakukan? Bagaimana dengan merapihkan kamar? Menyapu? Mencuci piring... dst”.

“Wah, bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang ibu miliki”.

“Ibu, dari kelima kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di Rumah Sakit? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua sampai 5 (misalnya ada 3 yang bisa dilakukan). Bagus sekali ada 3 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di Rumah Sakit ini”

“Sekarang coba ibu pilih salah satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di Rumah Sakit ini”. “Ooh.. yang nomor 1, merapikan tempat tidur? Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur ibu”. “Mari kita lihat tempat tidur ibu. Coba lihat, sudah rapihkah tempat tidurnya?”

“Nah, kalau kita mau merapihkan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus..! Sekarang kita angkat sepreinya dan kasurnya kita balik. Nah, sekarang kita pasang lagi sepreinya, kita mulai dari arah atas, ya bagus! Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan dan letakkan

sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah kaki, bagus...! ”

“Ibu sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan, beakan dengan sebelum dirapihkan? bagus”

“Coba ibu lakukan dan jangan lupa memberi tanda M (Mandiri) kalau ibu lakukan tanpa disuruh, tulis B (Bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (Tidak) melakukan”.

3. Fase Terminasi:

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapihkan tempat tidur?

2) Evaluasi objektif

“Coba sekarang ibu sebutkan kembali tadi bagaimana cara merapihkan tempat tidur?”

b. Rencana tindak lanjut

“Ibu ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di Rumah Sakit ini. Salah satunya, merapihkan tempat tidur, yang sudah ibu praktekkan dengan baik sekali. Nah, kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang”.

“Sekarang mari kita masukkan pada jadwal harian ibu. Mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur? Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa? Lalu sehabis istirahat jam 16.00”

c. Kontrak

1) Topik

“Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. Ibu masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di Rumah Sakit selain merapihkan tempat tidur? Ya, bagus! Menyapu...”

2) Waktu

“kalau begitu kita akan latihan menyapu besok jam 8 pagi”

3) Tempat

“di ruangan ini besok sebelum aktivitas. Sampai jumpa yaaa...”.

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 2

Pertemuan : Ke-2

Hari/ Tanggal : Jumat, 20 Februari 2026

Nama Pasien (Inisial) : Ny. S

Ruangan : Merpati

Diagnosa : Harga Diri Rendah : Kronis

a. Orientasi

“Assalamu'alaikum”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan ibu pagi ini? Wah tampak cerah” “Bagaimana ibu, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/tadi pagi? Bagus.

“Sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat kegiatan apa itu ibu?”.

c. Kontrak

1) Topik

“Ya benar, kita akan latihan menyapu di ruangan ini”.

2) Waktu

“Waktunya sekitar 10 menit”

3) Tempat

“Mari kita ke ruangan”

2. Fase Kerja:

"Ibu, sebelum kita mulai menyapu, kita perlu menyiapkan dulu perlengkapannya, yaitu sapu, pengki, dan tempat sampah. Pastikan area yang akan disapu tidak ada benda yang dapat menghalangi atau membuat Ibu tersandung. Sekarang saya akan memperlihatkan dulu caranya."

"Pertama, pegang sapu dengan nyaman menggunakan kedua tangan. Lalu sapukan kotoran dari bagian ruangan yang paling jauh menuju ke satu arah hingga terkumpul menjadi satu. Setelah semua kotoran terkumpul, gunakan pengki untuk mengambil kotoran tersebut, kemudian buang ke tempat sampah. Jika masih ada kotoran yang tertinggal, ulangi menyapu hingga lantai terlihat bersih. Nah, seperti itu caranya."

"Sekarang coba Ibu yang mempraktikkannya sendiri. Saya akan mendampingi jika ada yang masih kurang jelas."

"Bagus sekali, Ibu sudah dapat mempraktikkan cara menyapu dengan baik. Lantainya sudah tampak bersih dan rapi. Sekarang sapu dan pengkinya disimpan kembali di tempat semula, lalu Ibu bisa mencuci tangan agar tetap bersih."

3. Fase Terminasi:

a. Evaluasi

1) Evaluasi subjektif

"Bagaimana perasaan ibu setelah latihan menyapu?"

2) Evaluasi objektif

"Coba ibu sebutkan bagaimana tadi cara menyapu?"

b. Rencana tindak lanjut

"Bagaimana jika kegiatan menyapu ini dimasukkan menjadi kegiatan sehari-hari ibu. Mau berapa kali kegiatan menyapu? Bagus sekali ibu menyapu ruangan tiga kali"

c. Kontrak

1) Topik

"Besok kita akan latihan untuk kemampuan ketiga, setelah merapikan tempat tidur dan menyapu. Masih ingat kegiatan apakah itu? Ya benar kita akan latihan berdandan"

2) Waktu

"Mau jam berapa? Sama dengan sekarang?"

3) Tempat

"Mau dimana tempatnya?" Oke.. sampai jumpa"

Lampiran 4

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS PROGRAM STUDI PROFESI NERS 2025/2026 INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

NAMA : Indri Dwi Septiani
NIM : KHGD25081
PEMBIMBING : Ibu Tanti Suryawantie, M.H.Kes
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN RILEK PERILAKU KEKERASAN AKIBAT SKIZOFRENIA DENGAN INTERVENSI REBT

No	Tanggal		Materi Yang Di Konsultasikan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
	Masuk	Keluar			
1	02/02-26.		Judul kiar	ACC Judul.	f.
2	10/03-26.		Bab I.	- Fenomena ditambah- kan lagi	f.
3	15/04-26.		BAB II	- konsep skizoprenia - EBP - SOP REBT masukan.	f.
4	06/6-26.		BAB I	- ACC BAB I.	f.

5	12 30 13/ 7-26		BAB II	konsep EBP perbaiki Lanjut bab III	c.
6	22/ 7-26		Bab II III	— ACC — Analisa data perbaiki EBP ganti	d.
7	29/ 7-26		BAB III, IV	⊕ EBP ACC Abstrak perbaiki	e.
8	27/ 7-26		ACC	sidang KIAM	f.
9					