

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.MS MASALAH UTAMA
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA HIBEFRENIK DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**



OLEH :

ARMANDA WIDYA NUGRAHA

NIM. 182.1004

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2021

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.MS MASALAH UTAMA
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA HIBEFRENIK DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar A.Md. Kep**



**Oleh :
ARMANDA WIDYA NUGRAHA
NIM. 182.1004**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertandatangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Juni 2021



ARMANDA WIDYA N

NIM. 182.1004

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : ARMANDA WIDYA NUGRAHA
NIM : 1821004
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.MS Masalah
Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa
Medis Skizofrenia Hibefrenik di Ruang Gelatik
Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 17 Juni 2021

Pembimbing



Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes.,

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 17 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : ARMANDA WIDYA NUGRAHA
NIM : 182.1004
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.MS Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Diagnosa Medis Skizofrenia Hibefrenik di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Kamis, 17 Juni 2021
Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN, pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Pembimbing I : Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes
NIP.04.015

()

Pembimbing II : Hidayatus Syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP.03.009

()

Pembimbing III : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP.03.007

()

**Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan**



**Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 17 Juni 2021

Kata Pengantar

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayahNya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. dr. H. Muhammad Hafidin Ilham, Sp.An selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr.AV.Sri.Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan dan sekaligus Pembimbing yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Hidayatus Syadiyah, S Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji siding terimakasih telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga

administrasi yang tulus dan ikhlas melayani keperluan penulis selama menjadi studi dan penulisannya.

6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 17 Juni 2021



Armanda Widya Nugraha

Nim 1821004

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
Kata Pengantar	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep skizofrenia.....	8
2.1.1 Definisi skizofrenia	8
2.1.2 Etiologi skizofrenia.....	8
2.1.3 Gejala skizofrenia.....	10
2.1.4 Macam macam skizofrenia	11
2.1.5 Pengobatan skizofrenia	12
2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	13
2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan.....	13
2.2.2 Etiologi Perilaku kekerasan.....	14
2.2.3 Pohon Masalah	19
2.2.4 Manifestasi Klinik Resiko Perilaku kekerasan	19
2.2.5 Rentang Respon Perilaku Kekerasan	20

2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan	21
2.3.1	Pengkajian	22
2.3.2	Diagnosis keperawatan	22
2.3.3	Rencana Tindakan keperawatan	23
2.3.4	Implementasi Keperawatan	26
2.3.5	Evaluasi	29
2.4	Konsep Komunikasi Terapeutik	31
2.4.1	Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa	31
2.4.2	Tahap Komunikasi Terapeutik	32
2.5	Konsep Stress Adaptasi	34
 BAB 3 TINJAUAN KASUS		36
3.1	Pengkalian	36
3.1.1	Identitas pasien	36
3.1.2	Alasan Masuk	36
3.1.3	Faktor Presdiposisi	37
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	38
3.1.5	Psikososial	39
3.1.6	Status Mental	42
3.1.7	Kebutuhan Pulang	45
3.1.8	Mekanisme Koping	47
3.1.9	Masalah psikososial dan lingkungan	47
3.1.10	Pengetahuan kurang tentang	48
3.1.11	Aspek Medik	49
3.1.12	Masalah Keperawatan	49
3.1.13	Diagnosa Keperawatan	50
3.2	Pohon Masalah	51
3.3	Analisa Data	51
3.4	Rencana Keperawatan	54
3.5	Tindakan Keperawatan	58

BAB 4 PEMBAHASAN	64
4.1 Pengkajian	64
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	66
4.3 Perencanaan.....	66
4.4 Pelaksanaan	71
4.5 Evaluasi.....	73
BAB 5 PENUTUP.....	75
5.1 Kesimpulan	75
5.2 Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA	78
Lampiran 1	79
Lampiran 2	82
Lampiran 3	85

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3 Format Pengkajian Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.....	23
Tabel 2.4 Tugas Perawat Dalam Setiap Tahap Hubungan Terapeutik.....	33

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon Masalah	19
Gambar 2.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan	21
Gambar 3.1 Genogram	39
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	79
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....	82
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien.....	85

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan bentuk psikosa fungsional paling berat dan menimbulkan disorganisasi personalitas yang terbesar. Skizofrenia juga merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana-mana sejak dahulu kala. Dalam kasus berat, klien skizofrenia tidak mempunyai kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal. Banyak perilaku tidak terkontrol yang muncul pada penderita skizofrenia sehingga pada skizofrenia dapat muncul atau pasien mengalami resiko perilaku kekerasan (Setiawati, 2017). Resiko perilaku kekerasan atau gaduh gelisah atau amuk adalah kondisi dimana seseorang yang marah berespon terhadap stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Kusumaningtyas, 2018).

Menurut Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) saat ini perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO, 2017) dikutip dalam (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Kasus gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 meningkat. Peningkatan ini terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Ada peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga, artinya per 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat. Prevalensi Rumah Tangga dengan ART Gangguan Jiwa Skizofrenia/Psikosis menurut tempat tinggal yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis lebih banyak di pedesaan (7,0%)

dari pada perkotaan (6,4%) (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Di Indonesia sejak dahulu sudah dikenal adanya gangguan jiwa (Ikatan Dokter Indonesia (IDI), 2016). Berdasarkan data tahun 2020 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan 5 bulan terakhir pada klien rawat inap yang berjumlah 2.875 orang, dengan rincian waham sebanyak 1,7 % , halusinasi sebanyak 25 % , riwayat perilaku kekerasan 52 % , isolasi sosial: menarik diri 10 % , harga diri rendah 8 % , defisit perawatan diri 2,3 % , resiko bunuh diri 1 % .

Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh beberapa factor, antara lain faktor predisposisi dan factor presipitasi. Faktor predisposisi perilaku kekerasan antara lain: faktor psikologis, factor sosial budaya, factor biologis, dan perilaku. Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusaasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dampak menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang rebut, padat, kritikan, yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai/pekerjaan, dan kekerasan merupakan factor penyebab yang lain. Interaksi sosial yang proaktif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan (Keliat,1996 dalam(Muhith, 2015)) Tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan meliputi muka merah dan tegang, mata melotot atau pandangan tajam, mengepalkan tangan, bicara kasar atau ketus, mengancam secara verbalmaupun fisik dan merusak benda di sekitarnya. (AH. Yusuf , Fitryasari, 2015)

Perawat diharapkan mampu melakukan perawatan pada kliensecara komprehensif, bukan hanya kolaborasi pemberian psikofarmaka dan secara fisik

saja, namun penting juga untuk latihan mengontrol perilaku klien. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada pasien SP 1 bina hubungan saling percaya dengan klien dan SP 2 klien dapat berkenalan dengan orang lain. Latihan asertif dapat diberikan kepada pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan (Siauta et al., 2020). Selain itu diharapkan perawat dapat mempunyai catatan atau dokumentasi yang baik guna kesinambungan perawat antar ruangan. Rumah sakit diharapkan dapat mendukung penerapan terapi perilaku maladaptif, sehingga dibutuhkan perawat spesialis jiwa yang ada di ruangan akut atau jika belum memungkinkan, dapat dibuat jadwal visite perawat spesialis ke masing-masing ruangan atau jika dibutuhkan dapat di panggil saat kondisi kritis. Selain itu pihak rumah sakit dapat mengadakan pelatihan terkait pelaksanaan terapi perilaku khususnya di ruang akut.

1.2 Rumusan masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Mahasiswa mampu menyusun rencana tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. MS masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan.
2. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

- a. Bagi pelayananan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dengan baik.

- b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti selanjutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan.

- c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberi pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi

pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Tehnik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

d. Sumber data

1) Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

2) Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medic, perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

e. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis skizofrenia, hiberfrenik serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, proses terjadinya masalah, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada perilaku kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep skizofrenia

2.1.1 Definisi skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, Skizofrenia adalah bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (Azizah & Zainuri, 2016).

Skizofrenia ditandai dengan pemikiran atau pengalaman yang nampak tidak berhubungan dengan kenyataan, ucapan atau perilaku yang tidak teratur , dan penurunan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Kesulitan dalam berkonsentrasi dan mengingat.

2.1.2 Etiologi skizofrenia

Beberapa Faktor penyebab Skizofrenia dalam Nanda NIC NOC

(Nurarif amin huda, 2015)

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur.

2. Metabolisme

Teori ini didasarkan karena penderita Skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesaini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

3. Susunan Saraf pusat

Penyebab Skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau kortek otak tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem atau merupakan artefak pada waktu membuat sediaan

4. Teori Adofl Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan

orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan(otisme).

5. Teori Sigmund Freud

1. Kelemahan ego,yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatic
2. Super ego di kesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme
3. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (*transference*) sehingga terapi psiko analitik tidak mungkin.

2.1.3 Gejala skizofrenia

1. Gejala Primer
 - a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran).Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
 - b. Gangguan Afek Emosi
 - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - 2) Paramimi dan paratimi
 - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan emosi berlebihan
 - 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
 - c. Gangguan Kemauan
 - 1) Terjadi kelemahan kemauan
 - 2) Perilaku negativesme atau permintaan
 - 3) Otomatisme: merasapikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
 - d. Gangguan Psikomotor

- 1) Stupor atau hi-perkinesia, logoreia dan neologisme
- 2) *Katelepsi*: mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
- 3) *Echolalia* dan *Echophrasia*

2.1.4 Macam-macam skizofrenia

Menurut Nanda NIC-NOC (Amin, 2015), membagi skizofrenia

1. Skizofrenia Simplek

Sering timbul pertamakali pada usia pubertas, gejala utama berupa ke-dangkalan emosi dan kemunduran kemampuan gangguan proses berfikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang didapat, jenis ini timbulnya perlahan-lahan

2. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau sub-akut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemampuan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

3. Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering di-dahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh-gelisah katatonik atau stupor katatonik.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan

pemeriksaan yang teliti ternyata dan gangguan proses berfikir, gangguan efek emosi dan kemauan.

5. Episode Skizofrenia akut

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semua seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Afektif

Di samping gejala Skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizodepresif) atau gejala mania (psikopaniak). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi

2.1.5 Pengobatan skizofrenia

Menurut NANDA NIC-NOC (Amin, 2015)

1. Penggunaan Obat Antipsikosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini yaitu:

a. Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Walaupun sangat efektif, antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius.

b. Neweratypical antipsycotics

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional.

c. Clozaril

Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang, clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Ini artinya, pasien yang mendapat Clozaril harus memeriksakan kadar sel darah putihnya secara reguler

2.Terapi Elektrokonvulsif

3.Pembedahan bagian otak

4.Perawatan di rumah sakit

5.Psikoterapi

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku Kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri

maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2016). Gangguan dalam berhubungan yang merupakan mekanisme individu terhadap sesuatu yang mengancam dirinya dengan cara menghindari interaksi sosial dengan orang lain.

Kekerasan merupakan sebuah terminologi yang sarat dengan arti dan makna, baik dikaji dari perspektif psikologik maupun hukum, bahwa di dalamnya terkandung perilaku manusia (seseorang/kelompok orang) yang dapat menimbulkan penderitaan bagi orang lain, (pribadi/ kelompok) (Pasalbessy, 2010).

2.2.2 Etiologi Perilaku kekerasan

Faktor Predisposisi terdapat uraian sebagai berikut:

1. Faktor psikologis
 - a. Terdapat asumsi bahwa seorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan yang memotivasi perilaku kekerasan
 - b. Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan
 - c. Rasa Frustrasi
 - d. Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga

Teori psikonaltik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberi kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta

memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindakan kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap ketidak berdayaannya dan rendahnya hargadiri perilaku tindak kekerasan.

2. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respons yang di pelajarnya. Sesuai dengan teori bandura bahwa agresif tidak berbeda dengan repons-respons yang lain. Faktor ini dapat di pelajari melalui observasi atauimitasi. Dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan tidak dapat diterima.

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecendrungan menerima perilaku kekerasan secara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan factor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

3. Faktor Biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan,adanya pemberian stimulus listrik rungan pada hipotalamus (system limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional) dan lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar,pupil berdilatasi

dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

Selain itu berdasarkan teoribiologi, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

- a. Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.
- b. Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dalam Townsend (1996) kutipan Ade Hermawan (2011) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epineprin, norepineprin, dopamine, asetikolin dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Peningkatan hormon *androgen* dan *norefineprin* serta penurunan *serotonin* dan GABA (6 dan 7) pada cairan *serebrospinalis* merupakan factor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.
- c. Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XXY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak kriminal (narapidana).
- d. Gangguan otak, sindrom otak organic berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbic dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy (epilepsy lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku

agresif dan tindak kekerasan.

4. Faktor presipitasi

Secara umum seorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa factor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Kelemahan fisik: keputusan, ketidak berdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif dan masalah yang tidak menyenangkan
2. Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan
3. Lingkungan: panas, padat dan bising

Menurut Fitria (2009), hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain sebagai berikut:

- a. Kesulitan kondisi ekonomi
- b. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu
- c. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidak mampuannya dalam menempatkan diri sebagai seorang yang dewasa
- d. Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi
- e. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap perkembangan keluarga

4. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya, mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi represif, denial dan reaksiformasi

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain:

1. Menyerang atau menghindar

Pada saat ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif

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

3. Membrontak

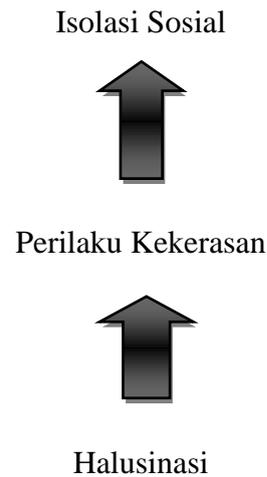
Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat

konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain

4. Perilaku Kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang di tunjukkan kepada diri sendiri, orang Lain maupun lingkungan

2.2.3 Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon Masalah dikutip dari (Azizah,etal.2016)

2.2.4 Manifestasi Klinik Resiko Perilaku kekerasan

Tanda dan gejala yang ada adalah muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, Bicara kasar Suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau beda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan (Amimi et al., 2020).

Tanda dan Gejala perilaku kekerasan yaitu:

1. Fisik

Matamelotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku

2. Verbal

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

3. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/oranglain, merusak lingkungan, amuk/agresif

4. Emosi

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

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme

6. Spiritual

Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keraguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat

7. Sosial

Menarikdiri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran

8. Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual

2.2.5 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

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) (Muhith, 2015)



Gambar 2.2: Rentang respon perilaku kekerasan

Keterangan ;

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustrasi :Kegagalan mencapai tujuan,tidak realitas/terhambat.

Pasif :Respon lanjutan yang pasien tidak mampu

Mengungkapkan perasaan.

Agresif :Perilaku destruktif tapi masih terkontrol

Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta

hilangnya kontrol

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan ResikoPerilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan secara cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional(Keliat, 2014).

2.3.1 Pengkajian

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk, yaitu perilaku kekerasan saat sedang berlangsung atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan)(Keliat, 2014).

Tanda dan gejala yang ditemui pada pasien melalui observasi atau wawancara tentang perilaku adalah sebagai berikut.

- a. Muka merah dan tegang
- b. Pandangan tajam
- c. Mengatupkan rahang dengan kuat
- d. Mengepalkan tangan
- e. Jalan mondar-mandir
- f. Bicara kasar
- g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melemparkan atau memukul benda/orang saat lain
- j. Merusak barang atau benda?orang lain
- k. Tidak memiliki kemampuan mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan.

2.3.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang

didapat. Diagnosis keperawatan **resiko perilaku kekerasan** dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan tersebut (Keliat, 2014)

Tabel 2.3 Format pengkajian pada pasien resiko perilaku kekerasan

	Pelaku	usia	Korban	usia	Saksi	Usia
1. Aniaya fisik						
2. Aniaya seksual						
3. Penolakan						
4. Kekerasan keluarga						
Tindakan kriminal						

2.3.3 Rencana Tindakan keperawatan

Perencanaan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Sutejo, 2019).

1. Tujuan Keperawatan

- a) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- d) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
- e) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengendalikan

perilaku kekerasannya

- f) Pasien dapat mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarma

2. Tindakan Keperawatan

- a) Bina hubungan saling percaya

Pasien harus merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Tindakan yang harus perawat lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :

- a. Mengucapkan salam terpetik
- b. Berjabat tangan
- c. Menjelaskan tujuan interaksi
- d. Membuat kontrak topik, dan tempat setiap kali bertemu pasien

- b) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu

- c) Diskusikan perasaan, tanda, dan gejala yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara

spritual

- e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah:
 - a. Verbal
 - b. Terhadap orang lain
 - c. Terhadap diri sendiri
 - d. Terhadap lingkungan
- e) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan
- f) Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan, yaitu dengan cara berikut.
 - 1) Fisik: Pukul kasur/bantal, tarik napas dalam
 - 2) Obat
 - 3) Sosial/Verbal: Menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - 4) Spritual: Beribadah sesuai keyakinan pasien.
- g) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik
 - 1) Latihan napas dalam dan pukul kasur/bantal
 - 2) Susun jadwal latihan dalam dan pukul kasur/bantal
- h) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal
 - 1) Bantu mengungkapkan rasa marah secara verbal:

Menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik

- 2) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.
 - i) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
 - 1) Bantu pasien mengendalikan marah secara spiritual:
Kegiatan ibadah yang biasa dilakukan
 - 2) Buat jadwal latihan ibadah dan berdoa
 - j) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
 - 1) Bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, benar dosis obat) disertai penjelasan mengenai kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat
 - 2) Susun jadwal minum obat
 - k) Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi persepsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan.

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik menngambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tujuan dari tahap

pelaksanaan proses keperawatan adalah melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas sehari-hari, memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien (Sutejo, 2019).

1) Macam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

- a. Intervensi keperawatan, perawat bertindak secara independen
- b. Intervensi keperawatan dependen, tindakan yang membutuhkan arahan dari dokter atau professional lainnya
- c. Intervensi keperawatan kolaboratif, tindakan yang membutuhkan gabungan pengetahuan, ketrampilan dan keahlian berbagai professional layanan kesehatan.

2) Proses Implementasi Pelaksanaan Kesehatan

- a. Pengkajian ulang terhadap klien
- b. Meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada
- c. Mengorganisasi sumber daya dan pemberian asuhan
- d. Mengantisipasi dan mencegah komplikasi
- e. Mengimplementasikan intervensi keperawatan

Strategi tindakan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan:

SP 1 pasien: Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (Latihan napas dalam)

SP 2 pasien: Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku

kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua [pukul kasur dan bantal])

SP 3 pasien: Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal [menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik])

SP 4 pasien: Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa)

SP 5 pasien: Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar [benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis] susun jadwal obat secara teratur)

Tindakan keperawatan pada keluarga

1. Tujuan keperawatan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

2. Tindakan perawat

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan

(penyebab, tanda, dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku yang muncul dari perilaku tersebut).

- c. Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/ orang lain
- d. Bantu latihan keluarga untuk merawat pasien perilaku kekerasan

SP 1 Keluarga: Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah (diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan [penyebab, tanda, dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku kekerasan tersebut], diskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.)

SP 2 keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan kemarahan (evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah, anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan).

SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

2.3.5 Evaluasi

1. Pengertian evaluasi

Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien. Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

2. Macam-macam evaluasi

a. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada akivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatanyang disebut evaluasi proses

b. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan.

3. Tujuan evaluasi

Tujuan dari tahap evaluasi dalam proses keperawatan adalah sebagai berikut:

- a. Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan.
- b. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum,
- c. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.

4. Proses evaluasi

Proses evaluasi adalah menentukan efektivitas asuhan keperawatan meliputi lima unsur yaitu mengidentifikasi kriteria dan standar evaluasi, mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah terpenuhi, menginterpretasi dan meringkas data mendokumentasikan temuan dan setiap pertimbangan klinis, dan menghentikan, meneruskan, atau merevisi rencana keperawatan.

- a. Mengumpulkan data evaluasi
- b. Interpretasi dan menyimpulkan temuan
- c. Modifikasi rencana keperawatan

Evaluasi dilakukan terhadap klien kemampuan pasien PK dan Keluarga menurut(Keliat, 2014).

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa

Komunikasi merupakan alat untuk membina hubungan terapeutik karena komunikasi mencakup penyampaian informasi dan pertukaran pikiran dan perasaan. Selain itu, komunikasi adalah cara yang digunakan untuk memengaruhi perilaku orang lain. Maka dari itu, komunikasi sangat penting untuk mencapai keberhasilan intervensi keperawatan, terutama karena proses keperawatan ditujukan untuk meningkatkan perubahan perilaku adaptif. Melalui komunikasi, suatu hubungan terapeutik perawat-pasien akan dapat tercapai sesuai target yang telah ditentukan(Sutejo, 2019)

Komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia yang

memungkinkan seseorang untuk menetapkan, mempertahankan, dan meningkatkan kontak dengan orang lain. Komunikasi merupakan proses interpersonal yang melibatkan perubahan verbal dan nonverbal dari informasi dan ide. Dalam ilmu keperawatan, komunikasi merupakan hal yang sangat penting untuk menetapkan hubungan terapeutik antara perawat dan klien (Potter & Perry, 2012) dalam buku (Sutejo, 2019)

2.4.2 Tahap Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik memiliki empat tahap seperti tahap prainteraksi, orientasi atau pengenalan, kerja, dan terminasi. Empat tahap tersebut harus dipahami dan dilakukan oleh perawat dalam melakukan perawatan kepada pasien.

a. Tahap Prainteraksi

Prainteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat diharapkan tidak memiliki prasangka buruk kepada pasien, karena akan mengganggu dalam membina hubungan saling percaya. Dalam tahap ini perawat harus banyak mengeksplorasi diri terhadap perasaan diri sendiri seperti ansietas, ketakutan, dan keraguan.

b. Tahap Orientasi/Perkenalan

Pada tahap ini perawat dan pasien pertama kali bertemu sehingga perawat sebaiknya mulai mengembangkan hubungan komunikasi interpersonal, yaitu dengan memberikan salam, senyum, memberikan keramah-tamahan kepada pasien, memperkenalkan diri, menanyakan nama pasien, dan menanyakan keluhan pasien.

c. Tahap Kerja

Tahap ini merupakan tahap di mana kerja sama terapeutik antara perawat-klien paling banyak dilakukan. Perawat juga melakukan komunikasi interpersonal dengan sering berkomunikasi dengan pasien, mendengarkan keluhan pasien, memberikan semangat dan dorongan kepada pasien, serta memberikan anjuran kepada pasien untuk makan, minum obat yang teratur dan istirahat yang teratur, dengan tujuan adanya penyembuhan.

d. Tahap Terminasi

Terminasi merupakan tahap akhir dalam komunikasi interpersonal dan akhir dari pertemuan antara perawat dengan pasien. Ini merupakan tahap yang sulit namun sangat penting. Tahap ini merupakan waktu untuk mengubah perasaan dan mengevaluasi kemajuan klien.

Tabel 2.4 Tugas perawat dalam setiap tahap hubungan terapeutik

Tahap	Tugas
Prainteraksi	Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan diri.
	Menganalisis kekuatan dan keterbatasan sikap profesional perawat.
	Mengumpulkan data tentang klien jika memungkinkan.
	Merencanakan pertemuan pertama dengan klien.
Perkenalan	Menentukan penyebab klien mencari pertolongan.
	Membina hubungan saling percaya, penerimaan, dan komunikasi terbuka.

	Mengidentifikasi masalah pasien.
	Mengkaji perasaan, pikiran, dan tindakan klien.
	Menjelaskan tujuan bersama klien.
	Membuat kontrak secara timbal balik.
Kerja	Mengeksplorasi stressor yang sesuai.
	Mendukung pengembangan daya titik diri klien dan penggunaan mekanisme koping yang konstruktif.
	Menangani tingkah laku penolakan.
Terminasi	Menyediakan realitas perpisahan.
	Melihat kembali kemajuan terap dan pencapaian tujuan.
	Saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kesedihan dan kemarahan.

2.5 Konsep Stress Adaptasi

Stres merupakan suatu kondisi yang berasal dari perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal individu yang diasumsikan sebagai suatu yang mengancam (Zainimad, 2019). Dalam memahami konsep stress adaptasi, ada beberapa konsep yang berbeda tergantung dari sudut pandang yang digunakan, diantaranya :

1. Stess merupakan respon individu

Setiap individu akan berbeda dalam mempersepsikan stressor yang diterimanya, respon masing-masing tergantung dari pengalaman dalam

menerima stressor. Respon psikologis dan biologis yang muncul juga sangat spesifik.

2. Stress merupakan sebuah stimulus

Stressor yang diterima individu akan berdampak pada meningkatnya tekanan psikologis yang diterima individu/seseorang.

3. Stress transaksional

Stress transaksional akan terbentuk jika ada interaksi antar individu dengan lingkungan baik lingkungan fisik maupun lingkungan psikologis. Kemampuan individu dalam berinteraksi akan memunculkan sebuah coping (Gorman, L.M. 2006). Coping yang muncul bersifat adaptif dan maladaptif. Coping adaptif akan terbentuk jika individu dapat merespon positif terhadap stimulus yang dihadapi. Coping maladaptif terbentuk jika merespon negatif terhadap stimulus yang dihadapi.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Resiko Perilaku Kekerasan, maka penulis mengajukan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 7 Mei 2021 sampai dengan 9 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 7 Mei 2021 pukul 10.00 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan file No.Register 043xxx sebagai berikut :

3.1 Pengkalian

Ruang rawat : Ruang Gelatik

Tanggal dirawat/MRS : 30-04-2021

3.1.1 Identitas pasien

Klien adalah seorang pria bernama “MS” kelahiran sidoarjo pada tanggal 26-12-1991 usia 29 tahun, beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Status perkawinan pasien saat ini belum menikah, saat ini pasien tidak bekerja dan lulusan SMA, pasien mengatakan tinggal di Sukodono Sidoarjo. Pasien MRS di ruang Gelatik tanggal 30 April 2021.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tanggal 30 April 2021 oleh kakaknya, Pasien tiba-tiba marah saat makan siang di rumah, lalu memukul pamannya yang sedang tidur di sebelah rumah pasien dengan

menggunakan benda tumpul, pasien sering mengamuk tanpa alasan yang jelas. Pasien juga mengatakan sakit hati dengan pacar-nya karena di tinggal nikah dengan laki-laki lain pilihan orangtuanya.

3.1.3 Faktor Presdiposisi

1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Rekam medis menuliskan bahwa pasien pernah dirawat pada tahun 2015 karena pasien marah-marah mengejar tetangga sebelah rumah karena diejek tetangga, dengan membawa kursi yang ada di depan rumah

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

2. Riwayat pengobatan sebelumnya

Kurang berhasil karena keluarga pasien mengatakan pasien jarang control ke rumah sakit dan tidak rutin meminum obat sehingga pasien mengalami hal seperti dulu lagi

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

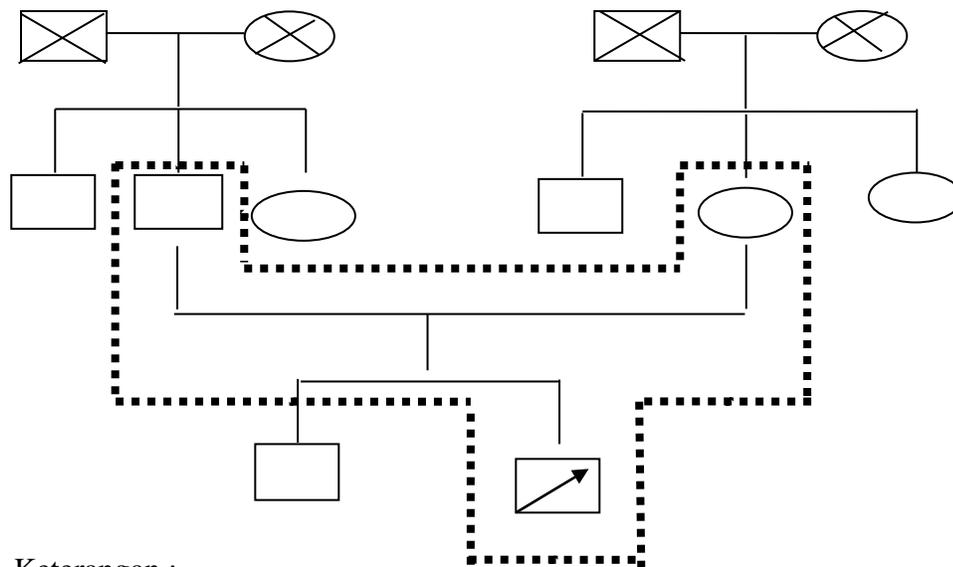
Pasien mengatakan tidak pernah mengalami perilaku kekerasan pada siapa pun.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

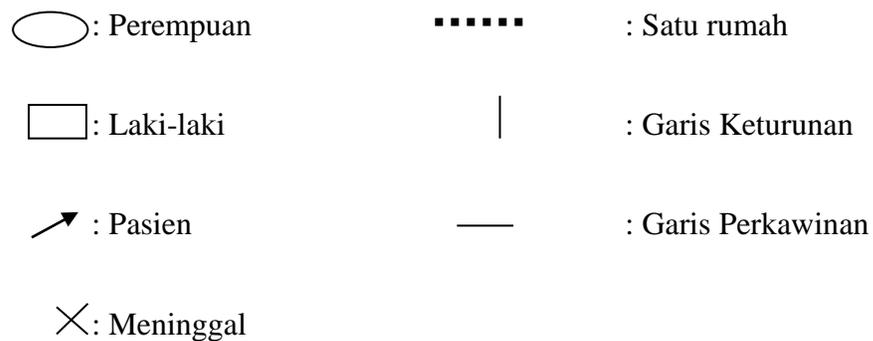
4. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Keterangan :



Gambar 3.1 Genogram Tn.MS

Data didapat dari pasien , pasien merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Pasien mengatakan mempunyai seorang kakak laki-laki 1 (satu), didalam keluarganya tidak ada yang sakit seperti ini, Saudaranya memberi dukungan dan saling berkomunikasi dengan baik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Saat di kaji pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya karena merasa semua bagian tubuhnya ideal.

b. Identitas

Pada saat di kaji pasien mengatakan Muhammad Subianto, berjenis kelamin laki-laki, berusia 29 tahun.

c. Peran

Pada saat di kaji peran pasien adalah menjadi seorang anak, dan bekerja jualan bensin eceran untuk membantu orang tua

d. Ideal diri

Saat di kaji, pasien diberi pertanyaan “nanti setelah mas boleh pulang, mas punya keinginan apa ?” pasien menjawab “ Ingin bekerja seperti sebelumnya berjualan bensin eceran ”.

e. Harga diri

Pasien diam, suka mennyendiri di rumah

Masalah Keperawatan : Menarik diri

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pada saat dikaji pasien mengatakan orang yang sangat berarti adalah yang kakak laki-laki karena selalu memperhatikan klien sejak kecil sampai saat ini

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pada saat kegiatan aktif tidak pernah mengikuti, selalu di rumah menyendiri dan bermain game online

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien sering berkomunikasi dengan teman sekitar rumahnya, namun sama ngobrol selalu ada bisikan untuk memukul temannya tersebut

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

4. Spiritual

1. Nilai dari keyakinan

Pada saat dikaji pasien mengatakan agamanya adalah islam, pandangannya terhadap islam adalah agama yang baik.

2. Kegiatan ibadah

Pada saat dikaji pasien mengatakan tidak pernah sholat saat dirumah sakit, pada saat dirumah pasien sholat tetapi tidak lima waktu.

Masalah Keperawatan : Distress Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Penampilan pasien rapi, baju bersih, pasien mengatakan pakaian yang dipakai sesuai yaitu biru, tidak berbau, BAB/BAK di kamar mandi secara mandiri, mandi 2x sehari. Melakukan perawatan diri sendiri tanpa bantuan orang lain

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji pasien berbicara dengan normal. Seperti saat di tanya “kamu sudah makan?” pasien menjawab “iya mas sudah makan”.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas motoric

Pasien tampak lesu saat dikaji, sering melamun.

Masalah Keperawatan : Gangguan Aktivitas Motorik

4. Alam Perasaan

Pada saat dikaji pasien mengatakan tidak apa”, pasien tidak merasa sedang sedih hatinya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Afek

Pada saat dikaji dan diajak berbicara respon pasien baik pada saat diberi stimulus. Bereaksi jika ada emosi yang kuat diajak bercanda.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

6. Interaksi Dalam Wawancara

Pada saat dikaji pasien cenderung menjawab dengan baik dan lancar.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

7. Persepsi Halusinasi

Pada saat dikaji pasien mengatakan ada bisikan memukul saat makan .

Masalah Keperawatan : Halusinasi pendengaran

8. Proses Pikir

Pada saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan dengan lancar dan tidak terbelit-belit, berfikir lama kadang pertanyaan harus diulangi dan dijawab iya, tidak, atau tidak tahu.

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir

9. Isi Pikir

Saat dikaji tidak ditemukan adanya masalah isi pikir

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat Kesadaran

Saat dikaji kesadaran pasien, pasien mengetahui saat ini siang hari. Pasien mengetahui saat ini berada di Rumah Sakit Jiwa Menur, pasien hanya mengenal satu orang disekitarnya dan tidak semua teman-teman satu kamarnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Saat ditanya “hari ini hari apa ya mas?”, “hari ini tanggal berapa ya mas?”. Pasien mengatakan “hari ini hari jumat mas, tanggal berapanya tanggal 7 mas”

Ketika di tanya “mas dulu pernah kerja dimana ?kerjanya berapa lama ?” pasien dapat menjawab dengan lancar “ saya dulu kerja sebagai penjual bensin eceran mas”.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Saat dikaji pasien dapat berkonsentrasi terhadap wawancara, pasien dapat menghitung dengan baik. Pada saat ditanya “saya punya uang 5000, kemudian saya memberikan uangnya pada mas pras 2000 (duaribu), tinggal berapakah uang saya ?” pasien menjawab “tinggal 3000 (tigaribu) mas”.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan untuk mandi terlebih dahulu lalu makan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pada saat dikaji pasien mengingkari penyakit yang diderita, pasien mengatakan tidak sakit.

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi/ menyediakan kebutuhan Pada saat dikaji, pasien mengatakan bahwa menyukai semua makanan yang disediakan rumah sakit. Pasien makan 3 x sehari. Pasien dapat menjaga kebersihan dengan baik. Pasien mandi 2x sehari, pasien mempunyai tempat tinggal, tetapi pasien tidak memiliki uang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Defekasi / berkemih

Pasien dapat defekasi / berkemih di kamar mandi dengan mandiri tanpa bantuan orang lain

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Mandi

Pasien dapat mandi secara mandiri tanpa bantuan orang lain sebanyak 2 x sehari dikamar mandi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Berpakaian

Pasien dapat berpakaian dengan sesuai dan baik secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan selalu tidur tepat waktu saat siang dan malam hari, atau ketika merasa capek dan mengantuk pasien selalu tidur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Penggunaan Obat

Pasien mengatakan “saya tidak tau mas itu obat apa, kalo disuruh minum ya saya minum, lalu saya tidur”

7. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan kalau sakit langsung dibawa ke puskesmas oleh keluarganya, lalu diberi obat dan dibuat istirahat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Aktivitas dalam rumah

Pasien menceritakan pada waktu sebelum masuk rumah sakit dirinya bekerja sebagai penjual bensin eceran di depan rumah.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Aktivitas diluar rumah

Pasien mengatakan pada waktu sebelum masuk rumah sakit dirinya berkerja di berjualan bensin eceran

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Adaptif : Bicara dengan orang lain, tidak mampu menyelesaikan masalah,

Maladaptif : Minum alkohol

Masalah Keperawatan : Mekanisme koping individu tidak efektif

3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pada saat dikaji pasien selalu mendapat dukungan dari keluarga.

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien mengatakan tidak peduli dengan lingkungan sekitar dan suka bermain game online

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik
Pada saat dikaji pasien mengatakan sekolah sampai SMA.
4. Masalah dengan pekerjaan , spesifik
Pada saat dikaji pasien mengatakan dulu pernah bekerja sebagai buruh pabrik namun saat di tinggal kekasihnya pasien langsung tidak mau bekerja
5. Masalah dengan perumahan, spesifik
Pada saat dikaji pasien mengatakan tinggal bersama kedua orang tua.
6. Masalah ekonomi, spesifik
Pasien mengatakan dulu pernah bekerja dan memiliki uang tetapi berhenti karena di tinggal nikah kekasihnya.
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik
Pada saat dikaji, pasien mengatakan jika sakit langsung diantar ke puskesmas, masalah lainnya spesifik

Sering tidak mau mengatakan masalahnya kepada orang lain.

Masalah Keperawatan : Hambatan Interaksi Sosial

3.1.10 Pengetahuan kurang tentang

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dialaminya dan manfaat obat yang diminumnya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.1 skizofrenia Hebefrenik

Terapi Medik :

Obat	Dosis	Indikasi	Efek
Haloperidol 5mg	1-0-1	Meredakan gejala skizofrenia, mengatasi gangguan perilaku dan mengontrol gejala sindrom Tourette	Kepala pusing, sulit tidur, lemas
Clozpine 25mg	0-0-1	Untuk mengatasi kesadaran diri yang terganggu daya nilai normal	Hidung tersumbat, mata kabur, gangguan irama jantung

3.1.12 Masalah Keperawatan

1. Respon Pasca Trauma
2. Distress Pasca Trauma
3. Menarik Diri
4. Resiko Perilaku Kekerasan
5. Distres Spritual
6. gangguan Aktivitas Motorik

7. Halusinasi Pendengaran
8. Gangguan proses Pikir
9. Mekanisme Koping Individu Tidak Efektif
10. Hambatan Interaksi Sosial
11. Defisit Pengetahuan

3.1.13. Diagnosa Keperawatan

Dari beberapa masalah keperawatan yang muncul penulis mengambil diagnose Resiko Perilaku Kekerasan

Surabaya, 17 Juni2021

Mahasiswa



Armanda Widya N

NIM : 1821.004

3.2 Pohon Masalah

Isolasi Sosial (Affect)



Perilaku Kekerasan (Core Problem)



Halusinasi (Causa)

Gambar 3.2 Pohon Masalah

3.3 Analisa Data

Nama : Tn.M RM : 043xxx

Ruangan : Gelatik

Table 3.1 Analisa Data Tn. MS dengan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan

TGL	DATA	MASALAH	T.T.
07-05-2021	DS : Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan	Halusinasi pendengaran D0085 SDKI hal 190	Armanda

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, mencium sesuatu 		
08-05-2021	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan saat makan siang tiba tiba ada bisikan untuk memukul paman pasien yang sedang tidur di rumah sebelahnya dengan benda yang ada di sekitar rumah</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mudah marah 2. Pasien mudah tersinggung 	Perilaku Kekerasan	Armanda
09-05-2021	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa ingin sendirian 2. Merasa tidak aman di tempat umum 3. Merasa berbeda dengan orang lain 4. Merasa asyik dengan pikiran sendiri 5. Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas 	<p>Isolasi Sosial</p> <p>SDKI hal 268</p> <p>D.0121</p>	Armanda

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menarik diri2. Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan3. Afek datar4. Afek sedih5. Menunjukkan permusuhan6. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain7. Tidak bergairah/lesu		
--	---	--	--

3.4 Rencana Keperawatan

Nama : Tn. MS

Nama Mahasiswa : Armanda Widya Nugraha

NIRM : 043xxx

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Table 3.2 Rencana Keperawatan

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan dan kriteria hasil	Tindakan Keperawatan (SP 1-5)	Rasional
1	Jumat 07 Mei 2021	Perilaku kekerasan	a. Kognitif, klien mampu : 1. Menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 2. Menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan 4. Menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan	SP I Pasien : 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat PK 5. Menyebutkan cara mengontrol 6. Membuat pasien	➤ Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. ➤ Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari perilaku

			<p>b. Psikomotor, klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi: Tarik napas dalam, pukul Kasur dan bantal, senam. Dan jalan-jalan 2. Berbicara dengan baik: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik 3. Melakukan deeskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis 4. Melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain 	<p>mempraktek latihan Cara fisik I : Nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian <p>SP II Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II : Pukul bantal / kasur 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan <p>SP III Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien 	<p>kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p> <p>➤ Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan fisik 1 dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi.</p>
--	--	--	---	--	---

			<p>5. Patuh minum obat dengan 8 benar (benar nama klien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi)</p> <p>c. Afektif, klien mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan 	<p>mengontrol PK dengan cara Verbal : meminta / menolak</p> <p>mengungkapkan dengan asertif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian <p>SP IV Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Menganjurkan pasien memasukkan ke jadwal kegiatan harian 	
--	--	--	---	--	--

				<p>SP V Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan memanfaatkan minum obat3. Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan harian	
--	--	--	--	---	--

3.5 Tindakan Keperawatan

Table 3.3 Tindakan Keperawatan Tn. Ms dengan Resiko Perilaku Kekerasan

TGL	DIAGNOSA KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T
Jumat 07-05-2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya</p> <p>Sp 1 :</p> <p>Mengidentifikasi Resiko Perilaku Kekerasan dan latihan mengendalikan PK dengan fisik</p> <p>1 : Tarik nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Armanda, saya adalah perawat yang dinas di ruangan gelatik. Nama mas nya siapa?”. 2. “Bagaimana perasaan mas nya saat ini?, apakah ada perasaan marah saat ini” 3. “Apa penyebab sehingga mas MS di bawa ke rumah sakit jiwa ini?” 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “ Selamat pagi nama saya MS mas”. 2. “Sekarang saya baik baik saja mas”. 3. “Klien belum bisa menceritakan masalahnya” 4. “Saya pasrah mas di bawa ke rumah sakit jiwa menur” 5. “Saya merasa itu merugikan orang lain” 6. “Saya bisa mas tarik nafas dalam” 	<i>Armanda</i>

		<p>4. “Setelah itu apa yang mas lakukan?”</p> <p>5. “Apa mas MS dapatkan ketika melakukan itu semua saat marah?”</p> <p>6. “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, cara yang pertama adalah pada saat perasaan marah itu mulai muncul, coba untuk tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan, bagaimana mas bisa melakukannya?”</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mau berjabat tangan. 2. Saat di Tanya penyebab perilaku kekerasan klien mau menjelaskan. 3. Saat di tanya tanda perilaku kekerasan klien mau menjelaskan . 4. Klien menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan, merusak barang disekitar rumahnya. 5. Saat ditanya akibat dari melakukan perilaku kekerasan tersebut klien mengatakan dapat merugikan orang lain. 6. Klien dapat 	
--	--	--	---	--

			<p>mempraktikkan tarik nafas dalam</p> <p>A : Sp 1 teratasi sebagian</p> <p>P : pertahankan Sp 1</p>	
<p>Sabtu</p> <p>08-05-2021</p>	<p>Resiko Perilaku</p> <p>Kekerasan</p>	<p>Sp 1 :</p> <p>Mengevaluasi jadwal harian pasien dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 : Tarik nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas MS bagaimana perasaan mas saat ini?” 2. “ Apa penyebab mas MS di bawa ke rumah sakit jiwa menur?” 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas arman, kemarin saya cumin tidak bisa tidur mas” 2. “Saya di rumah marah-marrah, kemudian memukul paman saya” 	<p><i>Armanda</i></p>

			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Klien menyapa pasien2. Saat di Tanya tandanya perilaku kekerasan klien mau menjelaskan <p>A : Sp 1 teratasi</p> <p>P : lanjutkan Sp 2</p>	
--	--	--	---	--

<p>Minggu</p> <p>09-05-2021</p>	<p>Resiko Perilaku</p> <p>Kekerasan</p>	<p>Sp 2</p> <p>Mengevaluasi jadwal harian pasien dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 : Pukul kasur/bantal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas bagaimana perasaan mas Ms saat ini?, apa selama saya tidak ada, ada yang membuat mas Ms marah-marah?” 2. “lalu apa yang mas Ms lakukan?” 3. “Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kalau mas Ms marah, langsung ke kamar dan melampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul ke kasur dan bantal” 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas arman, Kemarin saya cumin tidak bisa tidur” 2. “Saya mencoba tarik nafas dalam seperti kemarin pada saat saya mau marah.” 3. “iya, nanti kalau saya marah, saya akan memukul bantal saja” <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengingat nama dan menapa perawat 2. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (menarik nafas dalam). <p>A : Sp 2 teratasi</p>	<p><i>Armanda</i></p>
---------------------------------	---	--	---	-----------------------

			P : Lanjutkan Sp 2	
--	--	--	---------------------------	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn.MS dengan Resiko perilaku Kekerasan Diri di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa,

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya. Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah untuk menyusun *database* atau data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respons klien terhadap masalah (Sutejo, 2019). Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien telah mengadakan perkenalan dan memberi penjelasan maksud dari penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan pasien mengerti serta kooperatif.

Menurut data yang di dapat klien pernah mengalami gangguan jiwa padatahun 2015 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik. Saat di ruangan klien didapatkan klien tampak memasang muka jengkel saat diwawancara dan nada bicara pasien agak tinggi.

Pada tinjauan teori didapatkan beberapa faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan yaitu faktor predisposisi dan presipitasi. Pada tinjauan teori hambatan pada komunikasi dalam keluarga dan faktor internal pasien atau mekanisme koping individu yang tidak efektif akan mengganggu hubungan interpersonal yang dapat meningkatkan stress dan ansietas yang dapat berakhir dengan isolasi sosial. Pasien mungkin menekan perasaannya sehingga emosi tidak efektif. Faktor sosial budaya di masyarakat yang membuat seseorang itu diasingkan dan merasa kesepian, selanjutnya tidak dapat diatasi sehingga seseorang itu lebih memilih untuk berdiam diri dan suka mengurung diri.

Pada tinjauan kasus didapatkan pasien sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit jiwa dengan keluhan yang sama. Pada pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan, saat ditanya apakah keluarga pasien pernah ada yang mengalami penyakit sama seperti pasien, pasien mengatakan tidak ada yang sakit dan dirawat di rumah sakit jiwa. Riwayat buruk dimasa lalu pasien di tinggal nikah oleh kekasihnya karena tidak segera dinikahi sehingga orangtuanya menjodohkan dengan laki laki lain, Itu yang menyebabkan pasien sering menyendiri dan tidak bisa mengontrol emosinya.

Menurut penulis data yang didapatkan terdapat kesenjangan dengan tinjauan kasus. Karena terbukti salah satu mekanisme diatas tidak termasuk dalam faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yang dibuktikan pada faktor genetic yang anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respons seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan dari buku NANDA NIC NOC (Amin, 2015).

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan tinjauan teoridan tinjauan kasus, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah gangguan konsepdiri : Harga diri rendah sebagai penyebabnya, perilaku kekerasan sebagai masalah utama dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebagai efek dari masalah utama.

Pada tinjauan teori berdasarkan kasus nyata yang sesuai dengan pengkajian keadaan pasien saat itu. Tidak ada kesenjangan pada pohon masalah pada tinjauan teori di dapatkan penyebab harga diri rendah yaitu dikarenakan berduka koping individu tidak efektif dan koping keluarga tidak efektif sedangkan di tinjauan kasus di dapatkan penyebab koping individu di karenakan perilaku kekerasan. Dikarenakan pasien tidak dapat dengan mudah memecahkan masalah yang terjadi pada pasien, ekspresi pasien yang langsung marah/ingin memukul orang, pasien tidak dapat mengambil keputusannya untuk masalahnya sendiri.

4.3 Perencanaan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu resiko perilaku kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan

keperawatan (SPTK) pada pasien. Pada tinjauan teori terdapat tujuan umum dan tujuan khusus pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien.

1. Tujuan Umum (TUM):

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat berinteraksi dengan orang lain

2. Tujuan Khusus (TUK):

a. TUK I :Klien dapat membina hubungan saling percaya.

1) Kriteria evaluasi

- a) Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keberadaannya secara verbal
- b) Klien mau menjawab salam
- c) Klien mau berjabat tangan
- d) Klien mau menjawab pertanyaan
- e) Ada kontak mata
- f) Klien mau duduk berdampingan dengan perawat

2) Intervensi

- a) Beri salam dan panggil nama klien
- b) Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan
- c) Jelaskan maksud hubungan interaksi
- d) Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat
- e) Beri rasa aman dan sikap empati
- f) Lakukan kontak singkat tapi sering

b. TUK II: Klien mampu menyebutkan penyebab tanda gejala isolasi social

- 1) Kriteria evaluasi
 - a) Klien dapat mengungkapkan perasaannya
 - b) Klien dapat mengungkapkan penyebab menarik diri (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan)
 - 2) Intervensi
 - a) Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri
 - b) Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul
 - c) Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri
 - d) Berikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya
- c. TUK III: Klien mampu menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- 1) Kriteria evaluasi
 - a) Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain
 - b) Klien dapat menyebutkan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain
 - 2) Intervensi
 - a) Kaji pengetahuan klien tentang keuntungan dan manfaat bergaul dengan orang lain
 - b) Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya tentang keuntungan bergaul dengan yang lain.

- c) Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain
 - d) Kaji pengetahuan klien bila tidak berhubungan dengan orang lain
 - e) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain
 - f) Diskusikan bersama klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain
 - g) Beri reinforcement positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.
- d. TUK IV: Klien dapat melakukan hubungan social secara bertahap
- 1) Kriteria Evaluasi
 - a) Klien dapat mendemonstrasikan hubungan social secara bertahap.
 - 2) Intervensi
 - a) Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain
 - b) Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain
 - c) Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang telah dicapai dirumah nanti.
 - d) Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain.
 - e) Diskusikan jadwal harian yang dapat dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu.
 - f) Motivasi klien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok social
 - g) Beri reinforcement atas kegiatan klien dalam kegiatan ruangan

e. TUK V: Klien dapat menjelaskan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain.

1) Kriteria Evaluasi

a) Klien dapat mengungkapkan perasaan setelah berhubungan dengan orang lain.

2) Intervensi

a) Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain

b) Diskusikan dengan klien manfaat berhubungan dengan orang lain

c) Beri reinforcement positif atas kemampuan klien ungkapkan perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain.

f. TUK VI: Klien dapat memberdayakan system pendukung keluarga atau keluarga mampu mengembangkan kemampuan klien untuk berhubungan dengan orang lain.

1) Kriteria Evaluasi

a) Keluarga dapat menjelaskan perasaannya

b) Keluarga dapat merawat klien menarik diri

c) Keluarga dapat mendemonstrasikan cara perawatan klien menarik diri

d) Keluarga dapat berpartisipasi dalam perawatan klien menarik diri.

2) Intervensi

a) Bina hubungan saling percaya dengan keluarga

- b) Diskusikan dengan anggota keluarga tentang perilaku menarik diri, penyebab perilaku menarik diri, cara keluarga menghadapi klien yang sedang menarik diri.
- c) Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien berkomunikasi dengan orang lain.
- d) Anjurkan anggota keluarga untuk secara rutin dan bergantian mengunjungi klien minimal 1x seminggu.
- e) Beri reinforcement atas hal-hal yang telah dicapai oleh keluarga

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantgu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tujuan dari tahap pelaksanaan proses keperawatan adalah melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien, mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien(Sutejo, 2019).

Pada tinjauan teori implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi keperawatan sering kali jauh berbeda dengan apa yang telah direncanakan. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana yang tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika ada tindakan yang fatal, dan tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan perawat perlu

memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan sesuai keadaan klien saat ini. Pada saat akan melakukan tindakan keperawatan harus membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan tujuan apa yang dikerjakan. Dokumentasikan semua kegiatan yang dilaksanakan beserta repon pasien (Keliat, 2005).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus. Tahap pelaksanaan ini, penulis sedikit mengalami kesulitan karena pasien kurang kooperatif untuk melaksanakan strategi pelaksanaan. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 7 Mei 2021 sampai tanggal 9 Mei 2021

Sp 1 dilaksanakan dalam 2 hari pada tanggal 7 Mei 2021 dan 8 Mei 2021 selama 15 menit dengan topik membina hubungan saling percaya, mengenal perilaku kekerasan, mengenal keuntungan berinteraksi dan kerugian jika tidak berinteraksi. Dan cara berkenalan dengan orang lain. Pasien kurang kooperatif dan kontak mata saat berkenalan tidak ada, saat dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, pasien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya “ namaku Muhammad Subianto”, pasien mampu mengenal isolasi sosial beserta keuntungan berinteraksi dan kerugian jika tidak berinteraksi dengan orang lain. Saat diajarkan berkenalan pasien dapat mengikuti, pasien dapat berjabat tangan dan mengucapkan salam kepada perawat yang mengajaknya berkenalan. Pada SP 1 terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Dalam tinjauan kasus didapatkan pasien belum mampu mengenal isolasi sosial beserta kekurangan dan kelebihan berinteraksi dengan orang lain.

SP 1 diteruskan pada hari kedua tanggal 29 Januari 2020 dikarenakan pasien kurang kooperatif selama 15 menit. Pasien mampu membina hubungan saling percaya, tetapi pasien masih tidak mampu untuk mengerti isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, keuntungan berinteraksi dan kerugian jika tidak berinteraksi. Tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena pasien sudah mau menjelaskan tentang isolasi sosial beserta penyebab.

Pada hari ke 3 (tiga) tanggal 30 Januari 2020 melakukan SP 2 selama 15 menit. Pasien mampu membina hubungan saling percaya. Pasien mampu menyebutkan kembali apa itu isolasi sosial dan penyebabnya. Lalu pasien mau berkenalan dengan pasien yang ada disebelahnya.

Terjadi sedikit kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus terdapat pada pelaksanaan SP pasien karena pasien tidak kooperatif. Selama pelaksanaan pasien tidak kooperatif pada hari pertama dan hari kedua.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien di rawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilakukan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 7 Juni 2021 dan pasien mampu melakukan SP 1 yaitu : Membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, dan mempraktikkan

latihancara mengendalikan fisik. Pada hari berikutnya tanggal 8 Juni 2021 masih tetapmengulangi SP 1 yaitu : menyebutkan tanda dan gejala, menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan, dan menyebutkan akibat perilaku kekerasan pasien udah mampu menyebutkan dan mengevaluasi tindakan di SP 1 meskipun pasien mengatakan tidak mood. Selanjutnya pada hari akhir tanggal 9 juni 2021 pasien mampu melakukan SP 2 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan nafas dalam apabila marah dan memukul guling untuk mengendalikan perilaku kekerasan. Karena kerjasama dengan perawat sudah baik pasien mampu melakukan tindakan SP berikutnya, hasil darievaluasi pasien Tn.MS di ruang Gelatik pada tanggal 7-9 Juni 2021 sudah tercapai sampaiSP2.

BAB 5

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn.M. dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah membahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama perilaku kekerasan , maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Sdr.M.S dengan diagnosa skizofrenia hebefrenik di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke rumah sakit jiwa menur memang sudah pernah dirawat dan mendapatkan pengobatan
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn.M.S dengan diagnose medis skizofrenia didapatkan tiga permasalahan actual, 1 halusinasi , 2 perilaku kekerasan, 3 resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di rumah sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan.
4. Terapi dan pengobatan secara farmakologi Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.
Menyebutkan sp
5. Pada akhir evaluasi pada tanggal 9 Mei 2021 semua tujuan tercapai sebagian karena kondisi klien yang terkadang mengalami gangguan suasana hati
6. Di lakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan pada klien Tn. M.S, yang di laksanakan mulai tanggal sampai dengan 9 Mei2021

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat di berikan penulis sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan pemahaman secara rutin dan kesinambungan terhadap organisasi keperawatan bagi profesi pada asuhan keperawatan jiwa dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai standart asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dan kode etik keperawatan dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan diagnosis medis skizofrenia hebefrenik.

2. Bagi Rumah Sakit

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan dengan cara mengikuti seminar dan pelatihan keperawatan jiwa, serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan.

3. Bagi Penulis

Untuk penulis dapat menambah kemampuan menganalisa, memproses dan menyimpulkan serta menambah wawasan bagi penulis, meningkatkan pengetahuan penulis tentang keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

DAFTAR PUSTAKA

- AH. Yusuf , Fitriyasari, E. N. (2015). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA* (F. Ganiajri (ed.)). Salemba Medika.
- Amimi, R., Malfasari, E., Febtrina, R., & Maulinda, D. (2020). *ANALISIS TANDA DAN GEJALA RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA SIGN AND SYMPTOMP ANALYSIS OF VIOLENCE BEHAVIOUR FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS*. 3(1), 65–74.
- Amin, H. (2015). *NANDA NIIC-NOC*.
- Azizah, M. L., & Zainuri, I. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA* (Pertama). Indomedia Pustaka.
- Ikatan Dokter Indonesia (IDI). (2016). Hari Kesehatan Jiwa Sedunia : Penyebab Munculnya Gangguan Kesehatan Jiwa. *Ikatan Dokter Indonesia (IDIONline)*.
- Keliat, B. (2014). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*.
- Muhith. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi* (B. Monica (ed.)).
- Nurarif amin huda, kusuma H. (2015). *No Title*.
- Pasalbessy, J. D. (2010). Dampak Tindak Kekerasan Terhadap Perempuan Dan Anak Serta Solusinya. *Sasi*, 16(3), 8–13.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).
- Setiawati. (2017). Optic nerve hypoplasia. In *Handbook of Pediatric Retinal OCT and the Eye-Brain Connection* (pp. 285–287). <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-60984-5.00062-7>
- Siauta, M., Tuasikal, H., & Embuai, S. (2020). Upaya Mengontrol Perilaku Agresif pada Perilaku Kekerasan dengan Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 27. <https://doi.org/10.26714/jkj.8.1.2020.27-32>
- Sutejo. (2019). *keperawatan kesehatan jiwa*.
- Yosep, I. (2016). *KEPERAWATAN JIWA* (A. Gunarsa (ed.); Edisi Revi). PT Refika Aditama.
- Zainimad. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis Dan Komunitas*.

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

KLIEN DENGAN DIAGNOSA RESIKO PERILAKU KEKERASAN

(Pertemuan ke 1, 07 Juni 2021)

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Klien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai, kooperatif dan klien mampu menjawab semua pertanyaan

b. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

c. Tujuan :

- 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Klien dapat mengenal penyebab perilaku kekerasan
- 3) Klien mampu mendemonstrasikan latihan fisik1 (nafas dalam)

d. Tindakan Keperawatan

SP 1 : membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi penyebab marah

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Orientasi

1) Salam terapeutik

“selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Armanda senang dipanggil Arman. Saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Mas nama nya siapa ?biasa dipanggil siapa ?”

2) Evaluasi validasi

“bagaimana keadaannya hari ini mas ? sudah makan belum pagi ini ?”

3) Kontrak

Topik : “ apakah mas tidak keberatan kita bercakap-cakap hari ini ? kita akan bercakap-cakap tentang perilaku kekerasan.”

Waktu : “bagaimana jika kita berbincang-bincang selama 15 menit, mulai dari sekarang ya”

Tempat : “kita berbincang-bincang disini saja ya mas ?”

b. Kerja

“Apa yang menyebabkan mas MS bisa marah, coba ceritakan apa yang dirasakan saat marah ?”, “saat mas MS apa ada perasaan tegang, kesal, bahkan mengepalkan tangan, juga merasa mondar-mandir?”. “atau mungkin ada hal lain yang dirasakan?”.

“Apa ada tindakan saat mas MS sedang marah seperti, memukul?”.

“memukul paman menggunakan papan, yang sedang tidur di rumah sebelah”, “ terus apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang dialami selesai. “Apa akibat dari tindakan yang telah dilakukan dirumah?”....ya paman saya kepalanya luka lecet akibat saya pukul....lalu saya dijemput ambulans untuk dibawa ke rumah sakit jiwa menur !”.

“saya ajarkan untuk latihan fisik 1 ya mas, yaitu pada saat marah muncul, coba untuk tarik napas dalam melalui hidung dan buang melalui mulut”.

c. Terminasi

1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif

“ bagaimana perasaan mas setelah mengobrol dengan saya ?”

Evaluasi Objektif

“Coba mas jelaskan lagi kenapa bisa marah”

“ kalau perasaan marah mulai muncul, apa yang harus mas MS lakukan pertama seperti yang saya sudah ajarkan?”

2) Tindak lanjut klien

“baiklah kita sudah mengobrol kurang lebih 15 menit, besok kita mengobrol lagi ya mas”

3) Kontrak yang akan datang

a) Topik : besok kita mengobrol lagi ya mas tentang perilaku kekerasan”

b) Waktu : besok jam 10.00 ya selama 20 menit ? apa mas bersedia ?”

c) Tempat : “besok kita berbincang dimana ? apakah disini ? baiklah saya besok kembali kesini ya mas. Selamat Pagi”

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN DIAGNOSA RESIKO PERILAKU KEKERASAN

(Pertemuan ke 2, 08 Juni 2021)

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien : Klien tampak menyendiri

Diagnosa : Resiko perilaku kekerasan

b. Tujuan :

1) Klien mampu mengidentifikasi tanda gejala perilaku kekerasan

2) Klien mampu mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

3) Klien mampu mendemonstrasikan latihan fisik 2 (pukul bantal)

c. Tindakan Keperawatan

SP 2 : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul kasur dan bantal)

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Orientasi

1. Salam terapeutik

“selamat pagi mas MS” “bagaimana kabarnya hari ini ?”

2. Evaluasi validasi

“bagaimana hari ini ? apa ada penyebab marah yang lain dan belum diceritakan kemarin ?”

3. Kontrak

Topik : “Seperti kesepakatan kemarin, pagi ini kita akan belajar mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

Waktu : “bagaimana jika kita berbincang-bincang selama 20 menit, mulai dari sekarang ya”

Tempat : “kita berbincang-bincang disini saja ya mas ?”

b. Kerja

“Kemarin mas MS sudah cerita penyebab marah, nah sekarang ceritakan apa yang dirasakan saat marah. Saat marah mas MS marah apa muncul perasaan tegang, kesal, kemudian mengepalkan tangan? Atau mungkin hal lain yang dirasakan”. “Apakah pernah melakukan tindakan lain selain memukul paman saat marah? Misalnya membanting piring memecahkan kaca, atau mungkin merusak tanaman”. “Nah kalau perasaan marah mas MS muncul sampai ingin memukul, harus cepat-cepat mencari bantal dan melampiaskan marah pada bantal dengan cara memukul bantal”

c. Terminasi

1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif

“bagaimana perasaan mas setelah mengobrol dengan saya ?”

Evaluasi Objektif

“apa mas masih ingat dengan apa yang kita pelajari tadi ?

coba mas sebutkan”

2) Tindak lanjut klien

“baiklah kita sudah mengobrol kurang lebih 20 menit, besok kita mengobrol lagi ya mas”

3) Kontrak yang akan datang

- a) Topik : Nah karena mas MS sudah tau tindakan yang telah dilakukan mas MS mau mengungkapkan rasa marah dengan baik
- b) Waktu : besok jam 10.00 ya selama 15 menit ? apa mas bersedia ?”
- c) Tempat : “ besok kita berbincang dimana ? apakah disini ?
baiklah saya besok kembali kesini ya mas. Selamat Pagi”

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

KLIEN DENGAN DIAGNOSA RESIKO PERILAKU KEKERASAN

(Pertemuan ke 3, 09 Juni 2021)

1) Proses Keperawatan

a. Kondisi Klien

Klien tampak bingung berkenalan dengan orang lain.

Diagnosa

Resiko Perilaku Kekerasan

b. Tujuan

1) Memilih cara konstruktif

2) Mendemonstrasikan satu cara marah yang konstruktif

c. Tindakan Keperawatan

SP 3 : Membantu klien menemukan cara-cara yang konstruktif dalam merespon kemarahan

2) Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Orientasi

1) Salam terapeutik

“selamat pagi mas MS.” “bagaimana kabarnya hari ini ?”

2) Evaluasi validasi

“bagaimana hari ini perasaan mas MS saat ini”?

3) Kontrak

Topik : “pagi hari ini kita akan berlatih cara mengungkapkan marah yang sehat, benar kan mas? ”

Waktu : “bagaimana jika kita berbincang-bincang selama 15 menit, mulai dari sekarang ya”

Tempat : “kita berbincang-bincang disini saja ya mas ?”

b. Kerja

- 1) “apakahmas masih ingat cara mengungkapkan marah yang benar, tentunya tidak membahayakan orang lain?”

“nah sekarang perawat akan mengajarkan satu persatu cara marah yang sehat, langsung saya jelaskan”. “yang pertama kita bisa ceritakan kepada orang lain apa yang membuat kita kesal atau marah, misalnya dengan mengatakan: saya marah dengan kamu!” maka hati kita akan sedikit lega.

“kedua dengan menarik nafas dalam saat marah/jengkel sehingga menjadi rileks”. “yang ketiga dengan mengalihkan rasa marah/jengkel kita dengan aktifitas yang menguntungkan, misalnya dengan olahraga, membersihkan halaman rumah, sehingga energi kita menjadi berkurang dan dapat mengurangi ketegangan”.

c. Terminasi

- 1) Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif

“ bagaimana perasaan setelah berlatih cara marah yang sehat?”

Evaluasi Objektif

“coba ulangi lagi cara menarik nafas dalam yang sudah kita pelajari tadi”.

- 2) Tindak lanjut klien

“ baiklah kita ngobrol kurang lebih 15 menit, besok kita mengobrol lagi ya mas”.

3) Kontrak yang akan datang

“tolong nanti dicoba lagi cara yang sudah perawat ajarkan dan jangan lupa ikuti kegiatan di ruangan ya.”.

