

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. Z DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA UNDIFFERENTIATED DENGAN MASALAH
UTAMA PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA PROVINSI
JAWA TIMUR**



Oleh :
NI MADE OKTAVIA MAHAUTAMI, S.Kep
NIM . 223.0076

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. Z DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA UNDIFFERENTIATED DENGAN MASALAH
UTAMA PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA PROVINSI
JAWA TIMUR**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Ners (Ns)**



**Oleh :
NIMADE OKTAVIA MAHAUTAMI, S.Kep
NIM . 223.0076**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Desember 2022

Penulis



Ni Mac Oktavia M, S.Kep.
NIM. 223.0076

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **Ni Made Oktavia Mahautami, S.Kep**
NIM : **223.0076**
Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Z Diagnosa
Medis *Skizofrenia Undifferentiated* Dengan Masalah
Utama Perilaku Kekerasan Di Ruang Gelatik Rumah
Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns)
Surabaya 19 Januari 2023**

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

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

**Iskandar, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.19760114 199703 1 003**

**Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.009**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : **Ni Made Oktavia Mahautami, S.Kep.**

NIM : **223.0076**

Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Z Diagnosa Medis
Skizofrenia Undiferretiented Dengan Masalah Utama
Perilaku Kekerasan Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa
Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur**

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Ketua Penguji : Dr. Dhian Satya R, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03.008**

**Penguji 1 : Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03.007**

**Penguji 2 : Iskandar, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760114 199703 1 003**

**Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.009**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Drg. Vitria dewi, M.Si selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, yang telah memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V.Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya dan Penguji Ketua atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa profesi ners di STIKES HangTuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep, Ns., M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Dhian Satya R, S.Kep., Ns., M.Kes Selaku penguji ketua yang senantiasa

memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

6. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing yang senantiasa memberikan ilmu, arahan, inspirasi, kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dalam bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak Iskandar, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing II dan penguji Karya Ilmiah Akhir yang memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Bapak dan ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
9. Kepada pasien Tn. Z yang telah mengizinkan saya untuk dapat melakukan interaksi dalam pengambilan data dan bersedia menjawab semua pertanyaan wawancara yang telah dilontarkan.
10. Kedua orang tua, adik beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materi dalam menempuh pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya sehingga karya ilmiah akhir ini dapat terselesaikan.
11. Teman-teman sealmater profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Akademik STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 10 Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR.....	i
KARYA ILMIAH AKHIR.....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan	6
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 Tanda dan Gejala.....	10
2.1.4 Klasifikasi.....	10
2.2 Konsep Stres.....	12
2.2.1 Definisi Stres	12
2.2.2 Gejala Stres.....	12
2.2.3 Sumber stres	14
2.2.4 Tingkatan stres	14
2.2.5 Model Stres Adaptasi	16
2.3 Konsep Terapeutik	18
2.3.1 Definisi Komunikasi Terapeutik	18
2.3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	18
2.3.3 Tahapan Komunikasi Terapeutik	19
2.3.4 Karakteristik Komunikasi Terapeutik.....	21
2.4 Konsep Perilaku Kekerasan.....	22
2.4.1 Definisi Perilaku Kekerasan.....	22
2.4.2 Etiologi Perilaku Kekerasan.....	22
2.4.3 Rentang Respon Perilaku Kekerasan	24

2.4.4	Mekanisme Koping	25
2.4.5	Tanda dan Gejala.....	26
2.4.6	Penatalaksanaan	26
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....	27
2.5.1	Pengkajian Keperawatan	27
2.5.2	Pohon Masalah	32
2.5.3	Tindakan Keperawatan Pasien	33
2.6	Literatur Review	36
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		39
3.1	Pengkajian	39
3.2	Pohon Masalah	51
3.3	Analisa Data	52
3.4	Intervensi Keperawatan.....	53
3.5	Implementasi Keperawatan	58
BAB 4 PEMBAHASAN		79
4.1	Pengkajian	79
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	80
4.3	Rencana Keperawatan	81
4.4	Tindakan Keperawatan.....	82
4.5	Evaluasi	83
BAB 5 PENUTUP		85
5.1	Kesimpulan.....	85
5.2	Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA		88
LAMPIRAN.....		91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon.....	24
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan.....	32

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Terapi Medik.....	50
Tabel 3. 2 Analisa data Pada Pasien Perilaku Kekerasan	52
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan	53
Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan.....	58

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	91
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	92
Lampiran 3 SPTK 1	94
Lampiran 4 Analisa Proses Interaksi.....	117

DAFTAR SINGKATAN

Cm	: Centimeter
Kg	: Kilogram
N	: Nadi
Ns	: Ners
Tn	: Tuan
ODGJ	: Orang Dalam Gangguan Jiwa
RM	: Rekam Medis
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
S	: Suhu
SP	: Strategi Pelaksanaan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut WHO (World Health Organization) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Gangguan jiwa adalah kondisi psikologis individu dimana mengalami penurunan fungsi tubuh, merasa tertekan, tidak nyaman dan penurunan fungsi peran individu dimasyarakat. Menurut WHO, gangguan jiwa saat ini menjadi prioritas masalah kesehatan bagi setiap negara adalah skizofrenia (Kementrian Kesehatan RI, 2020). Salah satu diagnosa keperawatan yang muncul pada skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan. Risiko Perilaku kekerasan sendiri yaitu perilaku yang dapat melukai diri sendiri maupun orang lain baik secara fisik dan emosional ditandai dengan verbal yang kasar dan merusak lingkungan (Anisa et al., 2021)

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 21 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Gangguan jiwa di Indonesia semakin signifikan dilihat dari data (Riset Kesehatan Dasar gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,8 per 1.000 penduduk. Berdasarkan riset menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2019) pada provinsi Jawa Timur berada di urutan 20 dari 34 provinsi dan di dapatkan sebanyak 6,4% mengidap skizofrenia/psikosis. Prevalensi tertinggi yaitu di Bali sebanyak 11,1% jiwa dan DI Yogyakarta sebanyak 10,4% jiwa, adapun prevalensi terendah yaitu di Riau sebanyak 2,8% jiwa. Di dukung penelitian yang

dilakukan (Riskesdas, 2018) karakteristik gangguan jiwa menunjukkan berdasarkan kelompok umur, presentasi tertinggi pada usia 65-75 tahun sebanyak 28,6% jiwa, kelompok umur 55-64 tahun sebanyak 11% jiwa, kemudian kelompok umur 45-54 tahun dan 15-24 tahun memiliki persentase yang sama sebanyak 10% jiwa (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap yaitu, pada tahun 2021 selama 4 bulan terakhir yang berjumlah 1.299 orang, dengan rincian halusinasi 61%, perilaku kekerasan 20%, isolasi sosial 12%, defisit perawatan diri 4% dan gangguan citra tubuh 3%. Sedangkan data pasien di Ruang Gelatik pada bulan Maret sampai Mei diagnosa terbanyak adalah perilaku kekerasan (*Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur, Surabaya, Prov. Jawa Timur, 2022*)

Resiko perilaku kekerasan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk verbal maupun fisik. Jika tidak ditangani dengan segera akan berakibat fatal dengan membahayakan diri sendiri yaitu melukai diri dengan bunuh diri, menciderai orang lain dan perilaku merusak lingkungan sekitar (Pardede et al., 2020). Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri (Afconneri & Puspita, 2020). Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yaitu muka marah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup dan jalan mondar-mandir. Dampak yang dapat

ditimbulkan oleh pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan adalah dapat mencederai diri, orang lain dan 3 lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan risiko perilaku kekerasan yang tepat (Pardede et al., 2020). Proses penyembuhan pada penderita dengan perilaku kekerasan memerlukan waktu cukup lama sehingga memerlukan kemampuan pasien untuk menjalankan program pengobatan dalam rutinitas sehari-hari, ketidakpatuhan menjalani pengobatan mengakibatkan pasien mengalami kekambuhan.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan membina hubungan saling percaya, membantu mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, mengajarkan dan melatih pasien cara mengontrol marah, mengajak pasien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK)(Anisa et al., 2021). Adapun farmakoterapi untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan yaitu dengan pengobatan neuroleptika, seperti Clorpromazine HCL, terapi okupasi, terapi somatik, terapi kelompok dan terapi kejang listrik (Yusuf et al., 2015). Oleh karena itu sangat penting asuhan keperawatan jiwa bagi pasien dengan resiko perilaku kekerasan agar dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol dan mengendalikan perilaku kekerasannya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. Z Diagnosa Medis Skizofrenia Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi “Asuhan keperawatan jiwa pada Tn.Z diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. Z diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Tn. Z diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan jiwa pada pasien Tn. Z diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. Z diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. Z diagnosa medis Skizofrenia dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisienakan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian morbidity, disability, dan mortalitas pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

2. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai cara perawatan kepada keluarga tentang deteksi dini tentang Perilaku Kekerasan sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis keperawatan Jiwa. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan dirumah.

3. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu

pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Sumber data

a. Data primer Adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data sekunder Adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

c. Studi kepustakaan Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran, dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Bab 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studikasuk.

Bab 2 : Tinjauan Pustaka: yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Perilaku Kekerasan

Bab 3 : Tinjauan Kasus: Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab 4 : Pembahasan: pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori, dan opini serta analisis.

Bab 5: Simpulan dan saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa Resiko Perilaku Kekerasan. Konsep penyakit terdiri dari definisi, proses terjadinya, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan berisi masalah – masalah yang muncul pada Perilaku Kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan, psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusimasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherasi. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas (Direja, 2011)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut Luana penyebab Skizofrenia dalam (Prabowo, 2014).

1. Faktor biologi

a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan cenderung meningkatkan seseorang terhadap skizofrenia.

b. Infeksi

Pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia, terdapat perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus. Penelitian mengatakan bahwa terpaparnya infeksi virus pada trimester kedua kehamilan dapat menyebabkan seseorang mengalami skizofrenia.

c. Struktur Otak

Pada skizofrenia otak terlihat sedikit berbeda dengan orang normal. Ventrikel otak terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan terjadi peningkatan maupun penurunan aktivitas metabolik.

d. Hipotensi dopamine

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Kebanyakan obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal tersebut menyekat reseptor dopamine D2, dengan adanya transmisi sinyal pada sistem dopaminergik yang terhalang dapat meredakan gejala psikotik.

2. Faktor genetika

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia, menunjukkan bahwa resiko seumur hidup mengalami skizofrenia lebih besar pada keluarga biologis pasiendaripada sekitar 1% populasi umum. Pewarisan genetika lebih besar menyebabkan resiko yang lebih besar. Resiko pada anak-anak lebih besar jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia daripada hanya salah satunya.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut (Keliat et al., 2011). Gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut :

1. Gejala positif yaitu berupa beberapa keadaan seperti : keyakinan yang salah tidak sesuai dengan kenyataan dipertahankan dan disampaikan berulang- ulang : halusinasi atau gangguan penerimaan panca indera tanpa ada stimulasi eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan). Perubahan arus pikir terputus yaitu dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan, Inkoheren atau berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau) dan neologisme yaitu menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dapat dimengerti oleh orang lain dan perubahan perilaku seperti hiperaktif (perilaku motorik yang berlebihan), agitasi (perilaku yang menunjukkan kegelisahan) dan iritabilitas (mudah tersinggung).
2. Gejala negatif seperti sikap masa bodoh (apatis), pembicaraan terhenti tiba- tiba (blocking), menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi social) dan menurunnya kinerja atau aktivitas sosial.

2.1.4 Klasifikasi

Pembagian Skizofrenia yang dikutip dari Maramis (2005) dalam buku (Prabowo, 2014), antara lain :

1. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pada anak saat pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya seperti emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang muncul yaitu gangguan proses berfikir, adanya depersonalisasi atau double personality. Perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofreniahebefrenik. Waham dan halusinasi juga sering terjadi pada skizofrenia Hebefrenik.

3. Skizofrenia Katatonia

Timbul pada umur 15-30 tahun, bersifat akut, sering di dahului oleh stress emosional, dan sering terjadi gaduh gelisah.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang nampak pada klien skizofrenia paranoid yaitu waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Mereka suka menyendiri, mudah tersinggung, dan kurang percaya diri pada orang lain.

5. Skizofrenia Akut

Gejala seperti pasien dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Afektif Gejala utama yaitu gejala depresi (skizo depresif) atau gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.2 Konsep Stres

2.2.1 Definisi Stres

Stress adalah kondisi ketika individu mengalami perubahan dari keadaan seimbang yang disebabkan oleh beragam stresor yaitu stimulus yang menyebabkan individu mengalami stres (Audrey et al., 2014).

Looker & Geegson (2004) dalam (Nurmala et al., 2020) mengemukakan stress merupakan keadaan ketika terjadi ketidakseimbangan antara tuntutan dengan kemampuan individu dalam menanganinya. Disimpulkan bahwa stress adalah interaksi atau respon individu dalam mengatasi stimulus atau pemicu yang disebabkan dari dalam maupun diri individu yang dapat membahayakan dan mengancam individu.

2.2.2 Gejala Stres

Stress dapat dikenali dengan beberapa tanda yang berdasarkan pernyataan dari Selye & Tan dalam (Nurmala et al., 2020) yang menyatakan bahwa gejala-gejala yang dapat timbul selama mengalami stress antara lain :

1) Gejala Emosional

Tanda yang dapat dikenali dari emosi individu terkait sikap dan respon terhadap stimulus. Seperti memiliki ansietas yang tinggi, emosional yang tidak terkontrol, kepercayaan diri menurun, tidak dapat menikmati hidup dan selalu merasa resah, semangat diri menghilang, serta kewaspadaan meningkat.

2) Gejala kognitif atau mental

Tanda stress yang dikenali dari cara individu berpikir. Seperti, individu tidak dapat menyelesaikan masalah, konsentrasi sering menghilang, tampak bingung, pelupa, prestasi menurun, serta seringnya melakukan kesalahan dalam beraktivitas.

3) Gejala Fisiologis

Tanda stress yang dapat dirasakan atau dikenali oleh tubuh. Seperti munculnya beberapa gejala-gejala penyakit ringan seperti pusing, batuk, mual, muntah, ataupun sakit kepala. Tanda lainnya yaitu gangguan yang dapat mempengaruhi aktivitas individu seperti tidak nafsu makan, insomnia, badan lesu, dan mudah lelah.

4) Gejala Perilaku

Tanda stress yang terlihat dari perilaku individu. Seperti, menarik diri secara tiba-tiba, melakukan tindakan kekerasan, sering bolos sekolah, melakukan kebohongan, menunjukkan perilaku gugup dan was-was, serta kehilangan kepercayaan kepada orang lain.

2.2.3 Sumber stres

Thoits (1994) dalam (Lumban Gaol, 2016) menyatakan bahwa sumber stress atau stressor adalah pemicu stress pada individu. Stressor dibagi menjadi tiga jenis, yaitu:

1) Life Events (Peristiwa-peristiwa kehidupan)

Life events adalah kejadian atau peristiwa yang berubah dalam waktu singkat di kehidupan individu yang membuat individu harus menyesuaikan diri dengan keadaan tanpa adanya persiapan. Ketika individu gagal dalam menyesuaikan diri di keadaan tersebut akan memicu terjadinya stress. Life events yang terjadi seperti perceraian, kematian, kehilangan, kehidupan baru, ekonomi, atau lingkungan baru.

2) Chronic Strain (Ketegangan kronis)

Chronic strain adalah ketagangan atau kesulitan yang terus berulang di kehidupan individu yang dapat mempengaruhi fisik dan psikologis.

3) Daily Hassles (Permasalahan sehari-hari)

Daily hassles adalah peristiwa atau permasalahan kecil yang terjadi di kehidupan sehari-hari yang dapat ditangani dengan cepat. Permasalahan ini hanya akan menimbulkan stress sesaat sehingga tidak mempengaruhi fisik dan psikologis individu.

2.2.4 Tingkatan stres

Psychology Foundation of Australia (2010) dalam (Kurniawan, 2018) pada instrumen Depression Anxiety Stress Scale (DASS) 42 menyatakan bahwa tingkatan stress terbagi menjadi lima macam yaitu :

1) Stres Normal

Stres normal adalah stress yang dihadapi setiap harinya dan sudah menjadi bagian alamiah dari kehidupan. Stress normal pada pelajar dapat berupa kelelahan akibat mengerjakan tugas, cemas tidak dapat lulus ujian, detak jantung berdebar lebih keras setelah beraktivitas.

2) Stres Ringan

Stres ringan adalah stress yang dialami individu secara teratur dan dalam waktu beberapa menit atau jam yang dapat meningkatkan resiko penyakit. Stress ringan dapat terjadi pada pelajar akibat kemacetan, tidur berlebih, ataupun teguran dari guru atau dosen. Hal ini menimbulkan gejala seperti bibir kering, sulit bernapas, sulit menelan, lemas, keringat dingin, detak jantung berdebar keras, gemetar dan ketakutan, gejala ini akan berakhir ketika situasi juga berakhir.

3) Stres Sedang

Stres sedang adalah stress yang dialami individu dalam waktu beberapa jam atau hari. Situasi yang dapat memicu terjadinya stress sedang antara lain terjadinya perselisihan baik teman, keluarga, ataupun orang lain. Stress sedang akan menimbulkan beberapa gejala seperti mudah marah, bersikap berlebihan, tidak tenang, merasa lelah, menjadi tidak sabar ketika mengalami gangguan, mudah tersinggung, dan gelisah. Hal ini akan menyebabkan individu terhalang dalam menyelesaikan suatu aktivitas.

4) Stres Berat

Stres berat adalah stress yang terjadi dalam beberapa minggu sampai tahun. Stress berat terjadi karena situasi kronis seperti perselisihan yang terus berlangsung, kesulitan ekonomi, ataupun menderita penyakit kronis. Hal ini menyebabkan individu menjadi tidak dapat berfikir positif, merasa lemah untuk beraktivitas, merasa tidak percaya diri, dan berpikir hidup tidak bermanfaat.

2.2.5 Model Stres Adaptasi

Model yang utuh menggabungkan landasan teoritis, komponen-komponen bio-psiko-sosial, rentang respons koping, dan keperawatan yang dilandasi pada tahapan pengobatan pasien : peningkatan kesehatan, pemeliharaan, akut atau krisis. Model ini terdiri dari komponen-komponen sebagai berikut (Yusuf et al., 2015) :

1) Faktor Predisposisi

Faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu yang mengatasi stress. Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stress yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stress baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stress, pengalaman stress yang dialaminya. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut.

- a. Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.

- b. Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
- c. Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

2) Faktor Presipitasi

Stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan dan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut:

a) Kejadian yang menekan (stressful).

Ada tiga cara mengategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki

lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan

b) Ketegangan hidup

Dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluargayang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yangdihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta overload yang dihubungkan dengan peran.

2.3 Konsep Terapeutik

2.3.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan secara sadar dan terencana, memiliki tujuan yang difokuskan untuk penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik memiliki fungsi untuk menjalin kerjasama antara perawat dengan klien melalui bina hubungan saling percaya (BHSP). Komunikasi terapeutik perawat mengidentifikasi dan mengkaji masalah klien, pertukaran pikiran dan mengungkapkan perasaan serta mengevaluasi komunikasi yang baik. Komunikasi terapeutik dapat dilakukan untuk semua klien dengan semua diagnose keperawatan (Haryanto & Sariwating, 2019).

2.3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Stuart, 2013) , tujuan dari hubungan terapeutik adalah :

- 1) Kesadaran diri, penerimaan diri, dan meningkatnya kehormatandiri

- 2) Identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya kehormatandiri
- 3) Kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas memberi cinta.
- 4) Mendorong fungsi dan meningkatkan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realistik.

2.3.3 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Prasetyo Kusumo, 2017) Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien. (T. Prabowo et al., 2014) mengatakan dalam komunikasi terdapat beberapa tahapan yang dilakukan oleh seorang perawat kepada pasien yaitu:

- 1) Tahapan Pra Interaksi
Tahapan pra interaksi merupakan tahapan seorang perawat mengenali kemampuan komunikasi yang dimiliki sebelum kontak dengan pasien, tahapan ini juga menyiapkan psikis tenaga kesehatan seperti rasa cemas. Terdapat dua unsur yang dipersiapkan yaitu unsur dalam diri perawat dan unsur dari pasien.
- 2) Tahapan Orientasi
Tahapan Orientasi merupakan tahapan mengevaluasi kebenaran data dan rencana tindakan yang disusun sesuai keadaan pasien serta tindakan yang sebelumnya telah dilakukan. Pada tahap orientasi perawat harus memiliki kemampuan untuk menstimulasi pasien supaya bisa mengungkapkan keluhannya secara lengkap. Dalam

tahap ini yang dilakukan perawat adalah pengenalan, membuat kontrak tindakan dengan pasien, mengidentifikasi masalah keperawatan pada pasien dan menetapkan tujuan yang harus dicapai.

3) Tahapan Kerja

Tahapan kerja merupakan tahapan melakukan tindakan implementasi rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan harus dilakukan persamaan persepsi dan pikiran antara perawat dan pasien, pada tahap kerja perawat wajib menyampaikan gambaran prosedur tindakan kepada pasien sebelum dilakukan tindakan kerja (Purwanto, 2014).

4) Tahapan Terminasi

Tahapan terminasi merupakan tahap dimana seorang perawat mengakhiri sesi tindakan atau implementasi yang telah dilaksanakan terhadap pasien. Pada tahap ini juga sebagai evaluasi hasil kegiatan yang telah dilakukan untuk mengetahui tingkat keberhasilan dan tindak lanjut yang akan datang. Tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu tahap terminasi sementara, dimana perawat mengakhiri tindakan yang dilakukan dan di berikan kepada petugas berikutnya. Sedangkan terminasi akhir, dimana perawat mengakhiri tindakan terhadap pasien yang akan meninggalkan rumah sakit karena sembuh atau alasan lainnya. Dalam kegiatan terminasi yang dilakukan, antara lain evaluasi subjektif yaitu evaluasi yang dilakukan perawat untuk mengetahui suasana hati pasien setelah dilakukan tindakan atau komunikasi, dan evaluasi objektif yaitu evaluasi yang dilakukan

perawat untuk mengetahui respon objektif pasien terhadap harapan dari keluhan yang dirasakan klien, seperti adanya perubahan atau kemajuan serta menyampaikan kepada pasien tentang kelanjutan tindakan yang akan dilakukan.

2.3.4 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

1) Rasa ikhlas (*Genuiness*)

Perawat harus bisa menyadari terhadap nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlas kepada pasien memiliki kesadaran mengenai sikap yang dimiliki terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat.

2) Rasa empati (*Empathy*)

Rasa empati merupakan perasaan “paham” dan “menerima” perawat terhadap perasaan yang dirasakan oleh pasien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Rasa empati merupakan sesuatu yang sensitive, jujur serta tidak bisa dibuat-buat didasarkan oleh apa yang dialami oleh orang lain.

3) Rasa Hangat (*Warmth*)

Rasa hangat sebagai seorang perawat harus bisa mendorong pasien untuk mengungkapkan ide dan menuangkan dalam bentuk tindakan tanpa rasa takut ataupun ragu.

2.4 Konsep Perilaku Kekerasan

2.4.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual dan verbal. Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (risk for self-directed violence) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (risk for other directed violence). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Mauila & Aktifah, 2021). Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan individu melakukan koping terhadap stress, tidak mampu mengidentifikasi stimulus yang dihadapi dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan. Masalah klien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan jika tidak dilakukan penanganan dengan baik akan membawa dampak buruk misalnya mencederai ataupun bisa menimbulkan kematian (Mauila & Aktifah, 2021)

2.4.2 Etiologi Perilaku Kekerasan

Menurut (Jeklin, 2016), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Faktor predisposisi
 - a. Psikologis, menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.

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

2. Faktor presipitasi

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

2.4.4 Mekanisme Koping

Menurut (Prastya et al., 2017) Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represi, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain :

a. Menyerang atau menghindar

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

b. Menyatakan secara asertif

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

c. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku

untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

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

2.4.5 Tanda dan Gejala

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

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

2.4.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan menurut (Pelaksanaan & Studi, 2019) yaitu :

1. Medis
 - a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilikupsikosial

- b. Haloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan perilaku merusak diri
 - c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas
 - d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk
2. Penatalaksanaan keperawatan
- a. Psiko terapeutik
 - b. Lingkungan terapeutik
 - c. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
 - d. Pendidikan kesehatan

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (pengkajian Resiko perilaku Kekerasan seperti berikut :

1. Identitas

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

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

3. Faktor predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).
- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternative serta memasing dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.
- c. Trauma, biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

4. Pengkajian fisik

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

5. Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep diri

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

c. Identitas

Biasanya pada klien dengan prilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dandalam lingkungan tempat tinggal

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko prilaku kekerasan hubungan dengan orang lainakan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluarlingkungan keluarga.

1) Peran diri

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

2) Ideal diri

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

6. Hubungan sosial

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

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan
- b. Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- c. Kegiatan ibadah
- d. Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

8. Status mental

- a. Penampilan
Biasanya penampilan klien kotor
- b. Pembicaraan
Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung

c. Aktivitas motoric

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

d. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Afek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

f. Interaksi selama wawancara

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

g. Persepsi

Biasanya klien dengan prilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

h. Isi pikir

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

i. Tingkat kesadaran

Biasanya klien prilaku kekerasan kadang tampak bingung

j. Memori

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

k. Kemampuan penilaian

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

l. Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya

9. Mekanisme koping

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

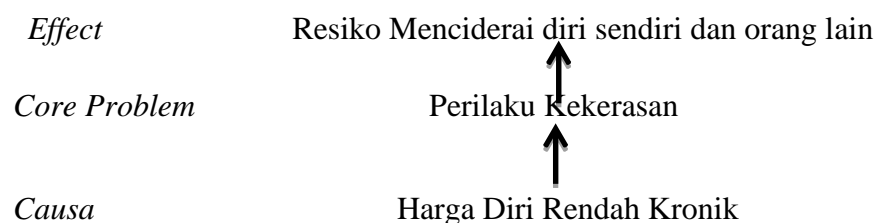
10. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

11. Pengetahuan

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

2.5.2 Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan.

2.5.3 Tindakan Keperawatan Pasien

Tujuan tindakan keperawatan untuk pasien meliputi: Pasien dapat mengenali Resiko Perilaku Kekerasan yang dialaminya, pasien dapat mengontrol Resiko Perilaku Kekerasan dan pasien mengikuti program pengobatan secara optimal.

- 1). Tujuan Tindakan Keperawatan (SLKI, L.09076)
 - a. Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun
 - b. Verbalisasi umpatan menurun
 - c. Perilaku menyerang menurun
 - d. Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun
 - e. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun
 - f. Perilaku agresif/amuk menurun
 - g. Suara keras & bicara ketus menurun
- 2). Tindakan Keperawatan Pencegahan Perilaku Kekerasan menurut (SIKI, 1.14544)
 - a. Observasi
 - Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan
 - Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung
 - Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan
 - b. Terapeutik
 - Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin
 - Libatkan keluarga dalam perawatan
 - c. Edukasi
 - Anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien

- Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif
- Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal

Menurut (keliat, budi anna, 2012), penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan dapat dilakukan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan tersebut adalah :

1) Tindakan Keperawatan Perawat

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risikoperilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- a) Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- b) Pasien mampu mengkaji penyebab risiko perilaku kekerasan
- c) Pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan
- d) Pasien mampu memahami akibat dari risiko perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
- 2) Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
- 3) Latih de-eskalasi secara verbal maupun tertulis
- 4) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
- 5) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama

pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).

- 6) Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
- 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
- 8) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

1. Tindakan Pada Keluarga

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluarga mampu memahami pengertian risiko perilaku kekerasan.
- 2) Keluarga dapat memahami penyebab risiko perilaku kekerasan.
- 3) Keluarga dapat memahami dan menjelaskan tanda dan gejala risikoperilaku kekerasan.
- 4) Keluarga mampu memahami cara merawat pasien risiko perilakukekerasan.

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses.
- 3) terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien.

- 4) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
- 5) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan pasien.
- 6) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman
- 7) Mengurangi *stress* di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien.
- 8) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.

2. Tindakan Pada Kelompok Pasien (TAK)

a. Tindakan Keperawatan

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi

- 1) Sesi 1 : Mengenal risiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 2) Sesi 2 : Mencegah risiko perilaku kekerasan secara fisik
- 3) Sesi 3 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan verbal
- 4) Sesi 4 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 5) Sesi 5 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

2.6 Literatur Review

terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan frekuensi kekambuhan pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan. Dari 3

artikel yang di review faktor faktor yang berhubungan dengan Kekambuhan pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan diantaranya adalah pendidikan, sikap, dan dukungan keluarga

Pendidikan dan pengetahuan merupakan faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Fausia N, Hasanuddin, 2020) bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang positif dengan perubahan perilaku. Dimana pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan dan penyuluhan/penyuluhan kesehatan. Tingkat pendidikan akan mempengaruhi kemampuan penyerapan informasi.

Sikap merupakan faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fakhriyah, Nurhaedah, (Fakhriyah et al., 2020) bahwa sikap pasien terhadap pengobatan juga perlu diperhitungkan dalam hubungannya terhadap kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Sangatlah penting untuk mengamati, berdiskusi dan jika memungkinkan mencoba untuk merubah sikap pasien terhadap pengobatan. Pada pasien skizofrenia sikap pasien terhadap pengobatan dengan antipsikotik bervariasi dari yang sangat negatif sampai sangat positif.

Dukungan keluarga merupakan faktor yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia. Penelitian yang dilakukan oleh (Sumarno & Ningrum, 2018) menjelaskan bahwa dukungan keluarga (dukungan instrumental, informasi, penilaian, dan emosional) yang baik yang diberikan oleh keluarga/responden kepada penderita memberikan dampak positif dalam mencegah kemungkinan terjadinya kekambuhan klien skizofrenia, sebaliknya jika dukungan keluarga (dukungan instrumental, informasi, penilaian, dan emosional) yang

diberikan kurang baik maka kemungkinan kekambuhan akan terjadi. Dukungan dan peran serta dari keluarga dan orang terdekat sangatlah perlu untuk penanganan penderita skizofrenia, karena keluarga merupakan salah satu motivator bagi pasien skizofrenia untuk dapat sembuh dan beraktivitas secara normal. Diantaranya dengan bantuan dan perhatian keluarga dalam merawat dalam sakit maupaun sehat. Disamping itu peran keluarga juga sangat besar dalam upaya pencegahan terjadinya masalah skizofrenia.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menyajikan hasil pelaksanaan keperawatan jiwa dengan masalah utama Perilaku Kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 11 Desember 2022 dengan data sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

Ruang Rawat : Gelatik

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah Tn.Z dengan no RM 0X-XX-XX seorang laki-laki berusia 47 tahun dan beragama Islam. Saat ini pasien tidak bekerja, alamat pasien di tempat Lingkungan Pondok Sosial Surabaya. Pasien seorang duda.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien dibawa oleh LIPONSOS pada tanggal 8 Desember 2022 di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan mondar mandir, marah – marah, memukul kasur di liponsos dan mengancam akan memukul teman temannya di LIPONSOS. Lalu pada tanggal 9 Desember 2022 pasien dipindahkan ke ruang Gelatik dan didapatkan data dalam rekam medis bahwa pasien tampak gelisah, pasien mondar-mandir sambil umik-umik sendiri. Saat mahasiswa melakukan pengkajian dengan pasien tanggal 11 Desember 2022 saat diberi pertanyaan pasien merespon seadanya dengan nada ketus.

Keluhan utama : Saat dilakukan pengkajian oleh mahasiswa pada 11 Desember 2022, Dalam rekam medik pasien marah-marah dan merusak barang. Dari hasil observasi didapatkan pasien mengepal tangan, mata melotot, bicara dengan nada

ketus dan kurang melakukan kontak mata dengan mahasiswa.

3.1.3 Faktor Predisposisi

- 1) Pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu dalam rekam medik.
- 2) Pasien saat ditanya pengobatannya berhasil atau tidak pasien hanya diam saja. Dalam rekam medik pasien tidak mau control dan tidak mau minum obat
- 3) Pasien saat ditanya pernah mempunyai pengalaman kekerasan klien mengatakan tidak pernah
- 4) Dalam rekam medis pasien tidak didapatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- 5) Pasien mengatakan mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu pasien cerai dengan istrinya dan anaknya memilih ikut dengan ibu nya disbanding dengan pasien.

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

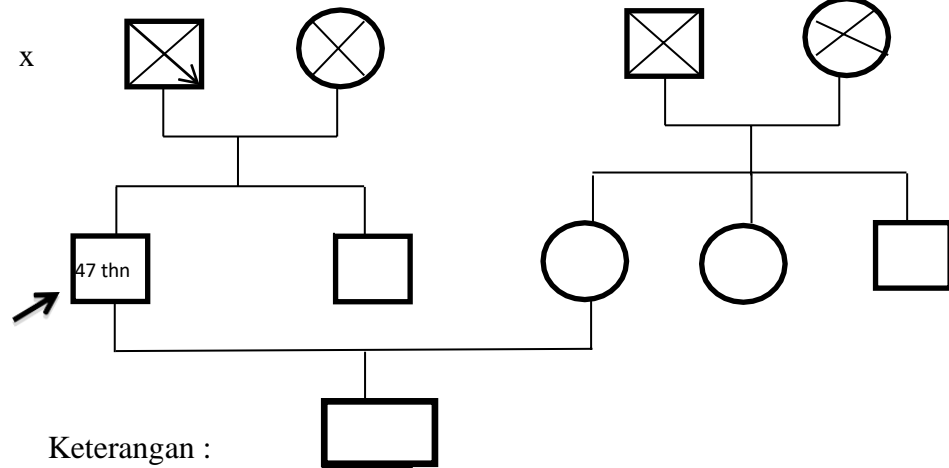
- 1) Tanda Vital
 - Tekanan darah : 95/56 mmHg
 - Nadi : 98 x/m
 - Suhu : 36,1 C
 - Pernapasan : 20 x/m
- 2) Ukur
 - Tinggi badan : 161 cmBerat badan : 54 kg
- 3) Keluhan Fisik

Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5 Psikososial

1) Genogram



: Laki-laki



:Perempuan



: Pasien



: Meninggal

Dapat dijelaskan dari genogram bahwa pasien tinggal sendiri karena sudah cerai dengan istri dan anaknya ikut dengan istrinya.

2) Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien tidak mengatakan apapun saat dikaji hanya diam. Dalam hasil observasi pasien memiliki tubuh yang sempurna tidak tampak kelainan dalam bentuk tubuhnya.

b. Identitas

Pasien tidak apapun saat dikaji hanya diam, dalam hasil observasi jenis kelaminnya adalah laki-laki dengan nama inisial Z, Tanggal lahirnya 11 November 1975 berumur 47 tahun, pasien belum menikah

c. Peran

Pasien mengatakan ia adalah seorang ayah dan harus mencari nafkah untuk anaknya.

d. Ideal diri

Pasien tidak mengatakan apapun dan tidak tahu apa ideal dirinya karena pasien tampak diam dan menunduk

e. Harga diri

Pasien mengatakan ia sangat percaya diri dan yakin akan segera keluar dari rumah sakit

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3) Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan bahwa anaknya adalah orang yang paling berarti baginya

b. Peran serta dalam dalam kegiatan kelompok/ masyarakat :

Pasien mengatakan aktif dalam kegiatan di liponsos

c.Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan bahwa kadang saat ia emosi ia akan marah marah ke orang lain dan menyebabkan ia dijauhi.

Masalah Keperawatan : Hambatan interasi sosial

4) Spiritual

a.Nilai dan keyakinan :

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama islam namun ia tidak mau beribadah karena putus asa

b. Kegiatan ibadah :

Pasien mengatakan di RS tidak pernah mengikuti ibadah sholat

Masalah Keperawatan : Disstres spiritual

3.1.6 Status Mental

1) Penampilan :

Pasien terlihat rapi dan memkaia pakaian dengan sesuai.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

2) Pembicaraan :

Pada saat pasien dikaji pasien sedikit menjawab, namun sekali bicara ia mengeluarkan suara nada tinggi dan keras

Masalah Keperawatan : Kerusakan Komunikasi Verbal

3) Aktivitas motorik :

Saat dilakukan wawancara pasien tampak tegang dan gelisah dengan matamelihat kanan kiri.

Masalah Keperawatan : Penurunan Aktivitas Motorik

4) Alam perasaan :

Saat pengkajian pasien sedih dan putus asak arena ia dijauhi teman kamarnya yang takut dimarahi

Masalah Keperawatan : Ansietas

5) Afek

Afek pasien saat pengkajian pasien terlihat labil saat ditanya pertanyaanyang sama

Masalah Keperawatan : Kerusakan Komunikasi Verbal

6) Interaksi selama wawancara :

Saat pengkajian pasien saat berbicara lebih sering menunduk dengan kontakmata kurang dan pasien tidak kooperatif saat dikaji

Masalah Keperawatan : Kerusakan Interaksi Sosial

7) Persepsi halusinasi :

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, penglihatan, pembauan, perabaanmaupun pengecapan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8) Proses pikir :

proses pikir klien yaitu sirkumstansial yang memiliki arti bahwa pembicaraan yang berbelit-belit

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir

9) Isi pikir :

Pada pengkajian tentang waham tidak didapatkan klien mengalami tanda gejala dari waham, ditandai dengan klien mengatakan bahwa klien disini sebagai pasien

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10) Tingkat kesadaran :

Klien tampak bingung, mondar mandir sambil sesekali mengepalkantangan. Klien mampu menyebutkan tempat, waktu, dan orang

Masalah Keperawatan : Peningkatan aktivitas motorik

11) Memori :

Pada pengkajian tentang memori didapatkan klien mengatakan “pasien adalah seorang lulusan SMA”, selain itu klien mengatakan “tadi saya makan sayur bening dan ikan tempe”..

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan, perkalian, pengurangan dan pembagian, pasien dapat menjawab semuanya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13) Kemampuan penilaian :

Tidak ada gangguan pada pasien, Pada saat mewawancarai pasien tentang beberapa pilihan seperti lebih memilih makan duluan atau mandi duluan, dan pasien menjawab bahwa dirinya memilih makan

duluan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan

14) Daya tilik diri :

Pada daya tilik diri klien mengetahui penyakitnya dengan mengatakan “saya disini sakit dadi pasien”.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1) Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

Klien mampu memenuhi dan menyediakan kebutuhan seperti makan, pakaian, transportasi dan tempat tinggal. Dalam memenuhi kegiatan hidup sehari-hari klien masih mampu merawat diri tanpa bantuan seperti mandi, makan, buang air besar, buang air kecil, mengganti pakaian.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

2) Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri :

Pasien mampu melakukan kebersihan diri tanpa arahan seperti mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, memotong kuku, berpakaian dengan rapi. Dan mampu melakukan makan dan minum dengan baik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

b. Nutrisi

a) Apakah anda puas dengan pola makan anda ? Ya

b) Apakah anda makan memisahkan diri ? Tidak

Jelaskan : Karena porsi makanan selalu habis

c) Frekuensi makan sehari 3 kali

sehari

d) Frekuensi udapan sehari 3 kali

sehari

e) Nafsu makan berlebih

f) BB tertinggi 55kg BB terendah 51kg

g) Diet khusus : pasien tidak mendapatka diet khusus

Jelaskan : pasien makan dengan lahap dan porsi selalu habis

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Tidur

Hasil pengkajian saat ini tidak ada masalah selama tidur.

Pasien merasa segar setelah bangun tidur. Saat tidur malam

pasien mengatakan bahwa dirinya tidur jam 20.00 Wib

sampai dengan jam 04.00 Wib. Dan pada saat tidur siang

pasien mengatakan dari jam 15.00 Wib sampai dengan 17.00

Wib. Pasien mengatakan bahwa sebelum tidur biasanya

mengkhayal, sambil menatap langit- langit di dinding.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3) Kemampuan pasien dalam pemenuhan ADL :

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan diri sendiri dan

membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri. Pasien tidak

mampu mengerti pentingnya kebersihan diri.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

- 4) Pasien memiliki sistem pendukung :

Saat dikaji diberi pertanyaan pasien hanya menjawab dengan bicara ngelatur

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

- 5) Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi :

Pasien mengatakan mau mengikuti kegiatan sesuai arahan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah

3.1.8 Mekanisme Koping

Pada pengkajian mekanisme koping didapat beberapa mekanisme koping yang mal adaptif yaitu ketika diberi pertanyaan bagaimana cara menyelesaikan masalah jika ada masalah yang tidak dapat terselesaikan dengan mudah, klien menjawab dengan mengatakan bahwa jika ada masalah marah- marah, membanting barang di sekitarnya

Masalah Keperawatan : Koping Individu Infektif

3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Klien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok
2. Klien mengatakan bahwa teman-temannya (klien lainnya) suka memfitnah dirinya, klien suka berbincang-bincang dengan klien lainnya. Klien ikut kegiatan bermain tenis meja, senam pagi, dan nonton TV.
3. Klien mengatakan bahwa pendidikan terakhir SMA.
4. Klien mengatakan bahwa sudah tidak bisa bekerja.
5. Klien mengatakan bahwa klien tinggal liposos

6. Klien mengatakan bahwa tidak ada masalah keuangan
7. Klien dibawa berobat ke RSJ Menur saat marah-marah, dan semuanya menggunakan BPJS.
8. Masalah lainnya, spesifik : klien mengatakan bahwa klien tidak senang jika dilarang sama perawat dan dokter
9. Masalah lainnya, spesifik : Pasien kurang pengetahuan tentang penyakit jiwanya

Masalah Keperawatan : Koping individu inefektif

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat di kaji tentang penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tau, dan pasien juga tidak tau jika sakitnya tidak dikontrol akan membahayakan dirinya sendiri dan orang lain disekitarnya.

Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahuan dan Koping

3.1.11 Data Lain-Lain

Foto thorax 08-12-2022

- Cor : bedar dan bentuk normal
- Pulmo : tak tampak konsolidasi inhomogen
- Bronchovascular pattern meningkat. Penebalan peribrochhial paracardial kanan, minimal kiri
- Kedua sinus phrenico-costalia tajam
- Tulang-tulang dinding thorax/costae baik

Kesan :

- Susp. Bronchitis kronik

3.1.12 Aspek Medis

Diagnosa Medik : Undifferentiated

Skizofrenia Terapi Medik :

Tabel 3. 1 Terapi Medik

No	Nama Obat	Dosis Obat	Indikasi Obat
1.	Chlopromazine 100 mg	2x1/2	Obat untuk menangani gejala psikosis pada skizofrenia
2.	Risperidone 3 mg	2x1	Untuk mengobati skizofrenia. Obat ini juga digunakan untuk mengatasi bipolar

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko Perilaku kekerasan
2. Resiko mencederai diri dan orang lain
3. Harga Diri Rendah Situasional
4. Hambatan interkasi sosial
5. Distress spiritual
6. Kerusakan komunikasi verbal
7. ansietas
8. gangguan proses pikir
9. ketidakefektifan manajemen kesehatan

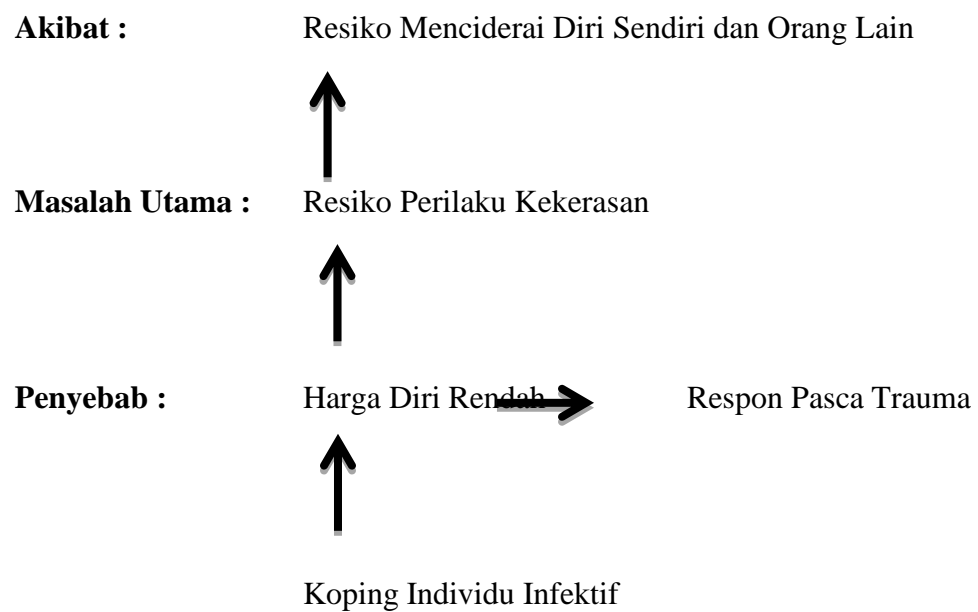
3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis utama keperawatan adalah resiko perilaku kekerasan

Surabaya, 11 Desember 2022

Ni Made Oktavia M

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3. 1 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Tn.Z

3.3 Analisa Data

Nama : Tn. Z
GELATIK

NIRM : XXXXX

RUANGAN :

Tabel 3. 2 Analisa data Pada Pasien Perilaku Kekerasan

Hari/ Tanggal	Analisa Data	Masalah	TT Perawat
Senin, 11/12/2022	DS : - Pasien mengatakan ingin memukul temannya di liponsos DO : - Pandangan pasien tampak tajam dan melotot - Tangan pasien tampak menggepal - Nada bicara pasien tinggi	Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146 Hal 312)	MO
11/12/2022	DS : DO : - Pasien kurang menunjukkan kontak mata - Pasien tidak bisa menunjukkan ekspresi wajah	Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI, D.0119)	MO
11/12/2022	DS : - Pasien menganggap dirinya tidak berharga karena atidak bisa bekerja - Pasien mengatakan dirinya sudah tidak memiliki kemampuan lagi DO : - Pasien kurang menunjukkan kontak mata - Pasien terlihat menghindari orang lain	Harg aDiri Rendah Situasional (SDKI, D.0087)	MO

3.4 Intervensi Keperawatan

Nama Pasien : Tn. Z

Mahasiswa : Ni Made Oktavia M

NIRM : XXXXX

Institusi : STIKES HANG TUAH SURABAYA

Bangsar/Tempat : Gelatik

Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan

No.	Tgl	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
1.	12/12/2022	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu : Kognitif : 1. Menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 2. Menyebutkan tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan 3. Menyebutkan akibat yang ditimbulkan 4. Menyebutkan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan Psikomotor : 1. Mengendalikan resiko perilaku kekerasan	1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan 3. cara fisik 1 yaitu relaksasi, tarik nafas dalam 4. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 5. Pasien mampu merasakan manfaat	SP 1 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. Identifikasi perilaku kekerasan pasien Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi 3. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi 4. Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan	1. Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya 2. Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya 3. Agar pasien dapat mengungkapkan rasa

			<p>dengan relaksasi : tarik napas, pukul Kasur dan bantal, senam, dan jalan jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> Berbicara dengan baik : mengungkapkan perasaan marah secara verbal dan tertulis Melakukan deskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal dan tertulis Melakukan kegiatan ibadahh seperti sholat, berdoa, dan lainnya Patuh minum obat dengan 8 benar <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Merasakan manfaat dari Latihan yang dilakukan Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan 	<p>dari sesi latihan yang dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 	<p>gejala marah yang dialami</p> <ol style="list-style-type: none"> Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien Melatih pasien dengan cara fisik 1: relaksasi tarik nafas dalam Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat 	<p>marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain untuk mengontrol dirinya dari emosi</p> <ol style="list-style-type: none"> Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan
2.	13/12/2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu :</p> <p>Kognitif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyebutkan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan yang tepat Menyebutkan tindakan yan telah diberikan 	<ol style="list-style-type: none"> Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur 	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya Pasien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan 	<ol style="list-style-type: none"> Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaska marahnya pada lingkungan

			<p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara Fisik yaitu Pukul Kasur dan bantal <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaat dari Latihan yang dilakukan 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 5. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 6. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien mampu menyebutkan akibat perilaku kekerasan 5. Pasien mampu mempraktikkan cara fisik1 yaitu: relaksasi, tarik nafas dalam 6. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur 7. Anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 	<p>sekitar</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan
3.	14/12/2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu :</p> <p>kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan yang tepat. 2. Menyebutkan tindakan yang telah disebutkan sebelumnya <p>pikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalihkan resiko perilaku kekerasan dengan cara Latihan verbal yaitu Meminta dengan baik Menolak dengan baik Mengungkapkan perasaan dengan baik <p>afektif</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya 3. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur 4. Latih pasien dengan verbal yang baik seperti : 5. Meminta dengan baik Menolak dengan baik Mengungkapkan perasaan dengan baik 6. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar 3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi resiko perilaku kekerasan. 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. 				
4.	15/12/2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu :</p> <p>kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menyebutkan cara mengendlikan resiko perilaku kekerasan yang tepat. 4. Menyebutkan tindakan yang telah disebutkan sebelumnya <p>pikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalihkan resiko perilaku kekerasan dengan cara kegiatan ibadah yaitu melakukan sholat,berdoa,dan lainnya <p>afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi resiko perilaku kekerasan. 4. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah 3. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasandengan cara teratur minum obat 4. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 5. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 6. Pasien mampu membedakan 	SP 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya: pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 yaitu: berbicara dengan baik 2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan berdoa dan beribadah, 3. menganjurkan pasien sholat 5 waktu untuk meredakan rasa marahnya 4. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar 3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

				perasaannya sebelum dan sesudah latihan		
5.	16/12/2022	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu : kognitif 1. Menyebutkan cara mengendikan resiko perilaku kekerasan yang tepat. 2. Menyebutkan tindakan yang telah disebutkan sebelumnya pikomotor 1. Mengalihkan resiko perilaku kekerasan dengan cara Patuh minum obat afektif 1. Merasakan manfaat cara-cara mengatasi resiko perilaku kekerasan. 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.	1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat 3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan	SP 5 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya: pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan cara spiritual beribadah (sholat 5 waktu dan berdoa) 2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, mengajarkan pasien mengenal jenis obat yang dikonsumsi dan menjelaskan efek samping obat 3.	1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 2. Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar 3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

3.5 Implementasi Keperawatan

Nama : Tn.N

NIRM

XXXXX

Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD Perawat
Senin 12/12/2022	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 1</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Made mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di ruangan gelatik ini, kalau boleh tau nama bapak siapa?”</p> <p>2. Membantu pasien mengenal perilaku kekerasan “Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang perilaku kekerasan bapak? Waktunya selama 30 menit saja pak”</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien menyebutkan namanya ialah Pak Z “Nama saya pak Z mbak” - Pasien mengatakan tiba-tiba kesal ingin marah jika teringat hal yang membuatnya sakit hati “Saya merasa ingin marah kadang-kadang mbak” - Pasien mengatakan mengetahui apa itu perilaku kekerasan “saya tahu apa itu perilaku kekerasan” 	MO

		<p>3. Membantu pasien mengungkapkan apa yang sedang dirasakan dan dialami “Apa yang Pak Z rasakan saat ini? Sudah berapa lama mas merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan Pak Z untuk mengatasinya?”</p> <p>4. Mengidentifikasi penyebab perasaan emosi pada pasien “Kalau boleh saya tau yang menyebabkan Pak Z bisa marah itu apa?”</p> <p>5. Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan “Saat Pak Z marah apa ada perasaan tegang, kesal bahkan mengepalkan tangan dan apakah Pak Z mondar-mandir seperti gelisah?”</p> <p>6. Mengidentifikasi akibat dari perilaku yang dilakukan pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perasaan yang sedang dirasakan dan di alami saat ini “saya kesal kalau teringat bahwa saya tidak bisa bekerja, saya ini harus cari uang untuk anak saya, saya juga sudah tidak punya uang sama sekali” - Pasien mengatakan tidak mau Latihan seperti itu “sudahlah mbak gausa Latihan seperti itu” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak kooperatif dan tidak antusias - Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat. Namun pasien tidak mampu mengontrol resiko kekerasan dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) 	
--	--	--	--	--

		<p>“Lalu apa ada tindakan saat Pak Z sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang? Dan apa akibat dari tindakan yang Pak Z lakukan?”</p> <p>7. Membantu pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu: relaksasi, tarik nafas dalam</p> <p>“Baik sekarang saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya Pak, jadi pertama Pak Z tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah ayo kita coba bersama-sama ya Pak Z?”</p> <p>8. Menganjurkan pasien untuk Latihan di pertemuan berikutnya</p>	<p>- Pasien tidak mampu mengikuti dan mempratikkan tarik nafas dalam dengan bantuan perawat</p> <p>A : SP 1 tidak teratasi P : Ulangi SP 1</p>	
--	--	--	---	--

		<p>“Baik kalua begitu, Besok saya kembali lagi ya untuk berbincang bincang lagi dan kita Latihan nafas dalam untuk mengontrol emosi Pak Z. selamat istirahat ya Pak.”</p>		
<p>Selasa, 13/12/2022</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 2 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi Pak Z, masih ingat nama saya?” 2. Mengevaluasi kembali tindakan yang telah dilakukan yaitu SP 1 “Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Hari ini saya mau mengajarkan bapak lagi bagaimana cara nafas dalam untuk mengontrol emosi Pak Z.”</p>	<p>S : - Pasien mengatakan masih ingat dengan perawat yang mengajarnya latihan mengatasi marah “saya ingat mbak yang kemarin namanya Made, hari ini mbak mau ngajarin saya nafas dalam” - Pasien mengatakan sudah bisa menerapkan cara fisik tarik nafas dalam</p>	<p>MO</p>

		<p>3. Membantu pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu: relaksasi, tarik nafas dalam “Baik sekarang saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya Pak, jadi pertama Pak Z tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah ayo kita coba bersama-sama ya Pak Z?”</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk mencatat cara yang telah diajarkan ke dalam jadwal harian “Nah jangan lupa di catat dan di ingat ya Pak Z cara mengontrol marah yang pertama dan bisa latihan sendiri di dalam ruangan agar Pak Z dapat mengontrol marah. Besok saya kembali lagi ya untuk sesi latihan selanjutnya,</p>	<p>S : - Pasien sudah kooperatif dan antusias - Pasien mampu mengikuti dan mempratikkan tarik nafas dalam dengan bantuan perawat</p> <p>A : SP 1 teratasi P : Lanjutkan SP 2</p>	
--	--	---	---	--

		selamat istirahat ya mas.”		
--	--	----------------------------	--	--

<p>Rabu, 14/12/2022</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi Pak Z, masih ingat nama saya?” 2. Mengevaluasi kembali tindakan yang telah dilakukan yaitu SP 1 “Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 1 ya Pak, Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?” 3. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu: pukul bantal/kasur “Kemarin kan Pak Z sudah cerita penyebab marahnya, nah sekarang saya akan mengajarkan cara fisik 2 untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih ingat dengan perawat yang mengajarnya latihan mengatasi marah “saya ingat mbak yang kemarin namanya made, hari ini mbak mau ngajarin saya apa lagi?” - Pasien mengatakan sudah bisa menerapkan cara fisik tarik nafas dalam “Saya sudah bisa menerapkan tarik nafas dalam seperti tarik nafas dari hidung lalu menghembuskan lewat mulut, begitu kan mbak?” - Pasien mengatakan dapat menerapkan pukul bantal untuk latihan selanjutnya “saya bisa pukul bantal seperti 	<p>MO</p>
-----------------------------	--------------------------------------	---	---	------------------

		mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan memukul bantal/ kasur saat Pak Z merasa kesal. Sekarang kita coba sama-sama ya Pak Z”	saya sedang memukul orang lain kan mbak dengan tangan mengepal.”	
--	--	---	--	--

		<p>4. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya “Nah cara fisik 2 ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan kesal/ marah muncul dan jangan lupa dimasukkan ke jadwal Pak Z sehari-hariya. Kita bertemu kembali besok untuk melakukan cara fisik selanjutnya.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan kembali perasaan kesalnya dan beserta alasannya - Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur dan bantal dengan bantuan perawat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif, dan antusias - Pasien berbicara masih dengannya tinggi dan suara keras - Pasien masih terlihat mengulang-ulang pembicaraan <p>A : SP 2 teratasi P : Lanjutkan SP 3</p>	
--	--	--	---	--

<p>Kamis, 15/12/2022</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi Pak Z sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang kita bertemu lagi ya.” 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien dengan cara fisik yang telah dilakukan yaitu SP 2 “Bagaimana perasaan Pak Z sekarang? Apakah sudah latihan cara mengontrol Resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur saat diruangan?” 3. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol perilaku kekerasandengan cara fisik 3 yaitu: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perasaannya sedikit lebih lega saat pukul bantal “Perasaan saya lebih enteng saat melakukan cara fisik 2 dengan pukul bantal mbak.” - Pasien dapat menerapkan bicara verbal dengan baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik “saya mengerti dengan menggunakan nada yang halus saat berbicara dengan orang lain.” - Pasien mengatakan sudah jarang mengamuk “Sampai saat ini saya merasa lebih tenang dan marah sudah tidak muncul.” <p>O :</p>	<p>MO</p>
------------------------------	--------------------------------------	---	---	------------------

		<p>“Sekarang kita akan latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah Pak Z ya, seperti meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara rendah dan tidak menggunakan kata-kata kasar, lalu menolak dengan baik dan cara mengatakan rasa tidak senang atau kesal dengan baik. Nah sekarang kita coba bersama-sama ya Pak Z</p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya</p> <p>”Jangan lupa memasukkan dalam jadwal latihan mas sehari-hari ya dan bisa di coba saat berada di ruangan ataupun saat perasaan kesal itu muncul.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias - Pasien sudah mulai berbicara dengan nada yang biasa - Pasien masih mengulang-ulang pembicaraan - Pasien mampu menyebutkan kembali cara bicara verbal yang baik - Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan bicara verbal yang baik dengan bantuan perawat <p>A : SP 3 teratasi P : Lanjutkan SP 4 dan 5</p>	
--	--	--	--	--

<p>Jum'at. 16/12/2022</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 4 dan SP 5 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi Pak Z hari ini bertemu kembali ya dengan saya.” 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien dengan cara fisik yang telah dilakukan yaitu SP 3 “Bagaimana perasaan Pak Z saat ini? Apakah sudah dilakukan cara fisik 3 yang saya ajarkan kemarin?” 3. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat ingin marah langsung menerapkan cara fisik tarik nafas dalam, memukul bantal dan berbicara dengan baik “Saya biasanya menerapkan latihan fisik 1, 2, 3 yang mbak Made ajarkan untuk mengatasi rasa kesal jika muncul.” - Pasien mengatakan jarang sholat 5 waktu “Saya jarang sholat5 waktu mbak, apalagi di RSJ” 	<p>MO</p>
-------------------------------	---------------------------	--	---	------------------

		<p>dengan latihan cara 4 yaitu: berdoa dan beribadah</p> <p>“Baik saat ini saya akan mengajarkan latihan cara 4 untuk mengontrol perilaku kekerasan Pak Z dengan beribadah dengan sholat 5 waktu dan berdoa.”</p> <p>4. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan cara 5 yaitu: minum obat secara teratur</p> <p>“Untuk mengendalikan/ mengontrol perilaku kekerasan Pak Z harus rutin minum obat yang telah diberikan oleh perawat RSJ agar tidak terjadi kekambuhan.”</p> <p>“Pak Z sudah dapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang diminum? Dan jam berapa saja Pak Z minum obat tersebut?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan marahnya terkontrol “Saya ingin segera kembali ke liponsos karena saya sudah tidak marah-marah.” - Pasien mengatakan rutin obat saat di RSJ “Saya selalu minum obat yang diberikan perawat Rumah Sakit ini mbak pada siang dan malam hari.” “Ada 2 macam obat mbak yang saya minum” “Tapi saya selalu mengantuk dan lapar setelah minum obatnya mbak” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias - Pasien terlihat minum obat secara teratur 	
--	--	---	---	--

		<p>“Menurut Pak Z apa efek setelah minum obat itu?”</p> <p>5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya</p> <p>“Nah seperti biasa masukkan pada jadwal latihan Pak Z sehari-hari ya.”</p> <p>“Terimakasih atas kerjasamanya ya Pak Z, saya mau pamit karena pada hari ini praktik yang terakhir dan saya sudah tidak kesini kembali. Saya doakan Pak Z segera sembuh ya dan jangan lupa diterapkan semua yang telah saya ajarkan saat sudah pulang ke rumah.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat sholat berjamaah dengan teman sekamarnya - pasien sudah dapat mengontrol marahnya dengan baik menggunakan cara fisik yang diajarkan perawat <p>A : SP 4 dan SP 5 teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan kegiatan harian dengan menerapkan cara fisik yang telah diajarkan sebelumnya dan masukkan jadwal harian 	
--	--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang dilaksanakan pada 11 Desember 2021. Pembahasan terhadap pengkajian, perencanaan asuhan keperawatan pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Data didapatkan pasien bernama Tn. Z berjenis kelamin laki-laki berusia 47 tahun. Menurut penulis dengan melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Menurut (wijayanti, 2020) menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien adalah membantu serta mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Menurut penulis terdapat data pengkajian tanda dan gejala pasien seperti beberapa perilaku yang muncul pada tinjauan kasus. Pada saat diwawancarai oleh penulis, terdapat data mayor subjektif dalam rekam medik pasien memukul Kasur dan merusak barang di liponsos. Pasien juga teriak, marah-marah dan mondar mandiri.

Pada tinjauan teori faktor predisposisi didapatkan faktor yang berakibatkan atau berpengaruh terhadap Resiko Perilaku Kekerasan adalah pasien mengatakan mempunyai pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu cerai dengan istrinya dan hak asuh anak yaitu ikut dengan ibunya Adapun juga faktor presipitasi yang berakibat atau berpengaruh pada pasien adalah faktor lingkungan (serangan dari luar).

Pada saat pengkajian juga didapatkan konsep diri dan harga diri pasien mengatakan tidak tahu apa ideal dirinya karena pasien tampak diam dan menunduk. Pasien juga mengatakan merasa tidak diterima oleh keluarganya. Pasien mengatakan tidak aktif dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Pada pengkajian penampilan pasien terlihat tidak rapi dengan pakaian yang kusut, terkadang pasien sesekali tidak memakai baju dan klien terlihat kotor pakaiannya. Rambut terlihat kotor, gigi terlihat kotor, dan kuku terlihat panjang dan kotor. Saat dilakukan wawancara pasien tampak tegang dan gelisah dengan mata melihat kanan kiri dan terlihat lesu menunduk. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis mendapatkan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan tinjauan teori dan tinjauan kasu diagnosa yang pada tinjauan teori adalah Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah sebagai penyebabnya, Resiko Perilaku Kekerasan sebagai masalah utama dan Resiko menciderai diri sendiri dan orang lain sebagai efek dari masalah utama. Sedangkan

pada tinjauan kasus yang penulis dapatkan adalah gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah sebagai penyebabnya, Resiko Perilaku Kekerasan sebagai masalah utama dan Resiko Mencederai diri sendiri dan orang lain sebagai efek dari masalah utama.

Hasil pengumpulan data penulis yang dilakukan pada pasien Tn. Z ditemukan diagnosa keperawatan yaitu Resiko Perilaku kekerasan. Kemudian dari hasil analisa data dan pengkajian telah didapatkan data yaitu dalam rekam medik pasien marah-marah dengan rekannya di liponsos, teriak-teriak, dan merusak Kasur juga barang barang di liponsos. Sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh menurut Depkes dalam (dermawan, R, 2013) bahwa faktor yang mendukung untuk menegakkan masalah Resiko Perilaku Kekerasan pasien berbicara nada keras, mata melotot dan wajah tampak tegang. Faktor yang didapatkan pada pohon masalah resiko perilaku kekerasan yaitu *core problem* coping individu tidak efektif akan menimbulkan *Effetc* resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan kemudian *causa* atau etiologi dari resiko perilaku kekerasan adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah. Resiko perilaku kekerasan disebabkan keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan baik fisik, verbal, emosional atau seksual.

4.3 Rencana Keperawatan

Pada renacan keperawatan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama yaitu Resiko Perilaku Kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) yaitu :

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama Resiko

Perilaku Kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) strategi ini bertujuan untuk pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, yaitu:

1. SP 1

Melatih pasien cara fisik 1 yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam

2. SP 2

Melatih pasien cara fisik 2 yaitu dengan pukul bantal/kasur

3. SP 3

Melatih pasien cara fisik 3 yaitu dengan bicara verbal yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaanmarah dengan baik.

4. SP 4

Melatih pasien cara mengontrol yaitu dengan spiritual seperti berdoa dan beribadah.

5. SP 5

Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratur minumobat.

4.4 Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Jeklin, 2016).

Pada implementasi keperawatan penulis memberikan 5 SP pada pasien yaitu

SP 1 melakukan latihan cara fisik 1 yaitu teknik relaksasi nafas dalam, SP 2 melakukan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur, SP 3 melakukan latihan cara mengontrol dengan latihan untuk bicara verbal dengan baik seperti mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik, dan menolak dengan baik, SD 4 melakukan cara mengontrol dengan spiritual seperti beribadah dan berdoa, dan SP 5 mengontrol dengan minum obat secara teratur. Penulis mampu untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R yang dimulai pada tanggal 12 Desember 2022 selama 5 hari sampai dengan 17 Desember 2022 menggunakan 5 SP..

4.5 Evaluasi

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana kami dapat mengetahui kondisi pasien dan mengetahui masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan lima hari di Rumah Sakit Jiwa Menur. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap rencana keperawatan yang telah dilakukan.

Pada tanggal 12 Desember 2022 penulis melakukan bina hubungan saling percaya sebelum memberikan tindakan keperawatan, pada hari pertama penulis mengkaji tanda dan gejala, mengetahui kemampuan pasien, menjelaskan pengertian resiko perilaku kekerasan, melatih kegiatan sesuai kemampuan dan menilai kemampuan yang telah dilakukan. Pada hari kedua menerapkan cara fisik pertama yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Pada hari ketiga mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan sebelumnya lalu mengajarkan cara fisik kedua dengan pukul bantal/ kasur. Pada hari keempat penulis mengajarkan cara mengontrol marah ketiga dengan komunikasi verbal dengan baik. Pada hari kelima mengajarkan pasien cara mengontrol dengan spiritual seperti beribadah dan berdoa lalu

selanjutnya mengajarkan pasien mengontrol dengan minum obat secara teratur. Pasien mampu dan mau melakukan latihan yang telah diberikan hingga memasukkan ke dalam jadwal hariannya agar dapat mengontrol marah.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan kasus Resiko Perilaku kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama defisit Resiko Perilaku kekerasan pada Tn. Z dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan kesimpulan bahwa pasien sudah dapat menjadi lebih baik dari pada hari pertama dia berada diruangan Gelatik pada tanggal 9 Desember 2022.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Resiko Perilaku kekerasan pada pasien Tn. Z dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan tiga permasalahan actual yaitu, (1)Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah. (2) Resiko Perilaku kekerasan, (3) Resiko Menciderai Diri Sendiri Dan Orang Lain.
3. Keterlibatan pasien dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat dirumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan

pasien dalam mengendalikan Resiko Perilaku Kekerasan

4. Intervensi yang diberikan kepada Tn. Z yaitu strategi penatalaksanaan SP 1- 5. SP1 mengajarkan cara fisik 1: teknik relaksasi nafas dalam, SP2 mengajarkan cara fisik 2: denan memukul bantal/kasur, SP3 mengajarkan cara komunikasi verbal dengan baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik, SP 4 mengajarkan cara kontrol marah dengan spiritual seperti: beribadah (sholat) dan berdoa, SP 5 mengajarkan cara kontrol marah dengan minum obat secara teratur.
5. Tindakan keperawatan pada Tn. N dilakukan mulai tanggal 12 Desember 2022 sampai dengan 17 Desember 2022 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama 5 hari tersebut pasien mampu mengontrol Resiko Perilaku kekerasan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik.
6. Terapi dan pengobatan farmakologis 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
7. Pada akhir evaluasi pada tanggal 17 Desember 2022 semua tujuan dapat tercapai karena kondisi pasien hanya mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
8. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah Resiko Perilaku Kekerasan

pada pasien Tn. Z, yang dilaksanakan mulai 12 Desember 2022 samapi tanggal 17 Desember 2022.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan di atas , maka saran yang dapat diberikan penulis sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan jiwa, sehingga mahasiswa bisa lebih professional dan lebih kreatif lagi dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep Resiko Perilaku Kekerasan diri dan meningkatkan ketrampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pasien dengan gangguan jiwakhususnya masalah Resiko Perilaku Kekerasan sehingga perawata dapata membantu mengatasi pasien dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan.

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan ketrampilan, menambah pengetahuan dan watan jiwa mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dan diharapkan agar mahasiswa peneliti selanjutnya dapat memahami komunikasi terapeutik. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama da diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Afconneri, Y., & Puspita, W. G. (2020). Faktor-Faktor Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(3), 273–278.
- Afnuhazi. (2015). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa. In Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen Publishing..
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Budi Anna Keliat, P. D., S. Hamid, P. A. Y., & Eka Putri, Y. S. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (P. D. Budi Anna Keliat (ed.); 1st ed.). Buku Kedokteran EGC.
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (2018). Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, 16(2), 210–232.
- Jeklin, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan*. July, 1–23.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Rencana Aksi Kegiatan 2020 - 2024. *Ditjen P2P Kemenkes*, 29. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-401733-4tahunan-440.pdf>
- Martini, S., Endriyani, S., Dwi, N., & Hadita, P. (2020). <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/index>. 92–98.
- Mauila, A., & Aktifah, N. (2021). Literature Review : Gambaran Penerapan Terapi Assertiveness Training Terhadap Penurunan Resiko Perilaku Kekerasan Klien

- Skizofrenia. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan, 1*, 1314–1322.
<https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.830>
- Maulana, I., Hernawati, T., & Shalahuddin, I. (2021). Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia: literature review. *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review*, 9(1), 153–160
- Pardede & Hulu. (2019). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980..>
- Pelaksanaan, S., & Studi, S. P. (2019). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Melalui*.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf..
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (9ed.). Missouri: Mosby, Inc.
- Vahurina, J., & Rahayu, D. A. (2021). *Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan Dengan Menggunakan Terapi Musik Instrumental Piano Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan*.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa.

Health Information : Jurnal Penelitian, 12(2), 224–235.
<https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.234>

Winranto, asmadi. (2021). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia*. 1–47.
<http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/jukta>

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

Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia.
Majority, 5(5), 160–166.
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

LAMPIRAN

Lampiran 1 *Curriculum Vitae*

Curriculum Vitae

Nama : Ni Made Oktavia Mahautami
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 29 Oktober 2000
Alamat : Karang Nangka, Rt.09 Rw.03 Desa. Pekarungan,
Sukodono, Sidoarjo
Agama : Hindu
No. Telp : 081803814910
Email : oktaviamadee@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

- | | |
|--|------|
| 1. TK Dharma Wanita Pekarunga | 2006 |
| 2. SD Negeri Pekarunga | 2012 |
| 3. SMP Negeri 2 Taman | 2015 |
| 4. SMA Hang Tuah 2 Sidoarjo | 2018 |
| 5. Sarjana Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya | 2022 |

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada Tuhan YME atas nikmat dan rahmat-Nya untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya, yang selalu mensupport saya, yangtak ada hentinya mendoakan saya setiap waktu, serta kasih sayang yang telah diberikan kepada saya begitu besar hingga saya bisa sampai disini,menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada Dosen pembimbing Ibu Dyas Sustrami yang telah membimbing saya, memberikan semangat, kritik dan saran dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
4. Terima kasih kepada adek Firda selalu memberikan dukungan dan motivasi untuk mengerjakan karya ilmiah akhir ini.
5. Terima kasih kepada bestieku yang selalu memberikan semangat, menghibur, saling menguatkan dan saling membantu satu sama lain.

6. Terima kasih kepada teman-teman satu kelompok proposal ini yang saling bertukar pendapat dan saling mengingatkan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Terima kasih kepada teman Profesi Ners yang telah memberi semangat untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
8. Terima kasih kepada teman-teman Prodi S-1 Kumara 23 yang telah memberikan support dan motivasi untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhirini.

Lampiran 3 SPTK 1**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 1**

Pertemuan : Ke-1

Hari/ Tanggal : Senin, 12

November 2022 Nama Pasien (Inisial) :

Tn. Z

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, tidak ada kontak mata saat berbicara
- c. Pasien menjawab Sebagian besar pertanyaan saat wawancara.

2. Diagnosa

Keperawatan

Resiko Perilaku

Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya dan mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1 : Relaksasi tarik nafas dalam.

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya

- b. Pasien mampu mengenali penyebab, tanda dan gejala serta akibat saatmarahnya muncul
 - c. Pasien dapat mengetahui cara mencegah dan mengontrol perilakukekerasannya
 - d. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1, relaksasi tariknafas dalam
5. Tindakan Keperawatan

SP 1 : Membina hubungan saling percaya dan latihan cara fisik 1 : relaksasitarik nafas dalam.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak?”, Perkenalkan saya Made, saya perawat yang bertugas di ruang Gelatik ini. Nama bapak siapa ya kalau boleh saya tau? Dan mas senang dipanggil apa”. Baik, saya panggil Pak Z saja ya.”

b. Evaluasi/ Validasi

“Apa yang Pak Z rasakan hari ini?” “Sudah berapa lama mas merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan Pak Z untuk mengatasinya?” “Kalau boleh saya tau yang menyebabkan Pak Z marah itu apa?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang resiko perilaku kekerasan Pak? Waktunya hanya 30 menit saja Pak.”

2. Fase Kerja

Perawat Made : “Apa yang menyebabkan Pak Z bisa marah, coba bisa diceritakan apa yang dirasakan Pak Z saat marah?”

Perawat Made : “Saat Pak Z marah apa ada perasaan tegang, kesal bahkan mengepalkan tangan dan apakah Pak Z sambil mondar-mandir seperti gelisah?”

Perawat Made : “Lalu apa tindakan Pak Z saat sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang?”

Perawat Made : “Lalu apakah Pak Z setelah melakukan tindakan tadi masalah yang di alami selesai? Dan apa akibat dari tindakan yang mas lakukan dirumah?”

Perawat Made : “Kalau boleh tau sebelumnya mas sudah pernah masuk ke rumah sakit jiwa menur ini atau barusan ini ya?”

Perawat Made : “Oh seperti itu ya Pak, baik sekarang saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas. Nah caranya seperti ini mas “jadi yang pertama Pak Z tarik nafas panjang perlahan dari hidung, ilau tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan darimulut seperti menghembuskan kekesalan”.

Perawat Made : “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama. Ya benar seperti itu, sekarang di coba sendiri.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Pak Z setelah berbincang-bincang dengan saya tentang perasaan marah yang Pak Z rasakan?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba Pak Z jelaskan kembali penyebab Pak Z bisa marah?”

“Kalau perasaan marah muncul, apa yang Pak Z harus lakukan? Cobamas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.”

c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasimarah dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur ya Pak Z” “Dimana kita bisa mengobrol kembali besok mas?”

“Baik kita bertemukembali besok ya disini pukul 09.00 WIB.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 1 PERTEMUAN KE-2

Pertemuan : Ke-2

Hari/ Tanggal : Selasa, 13

November 2022 Nama Pasien (Inisial) : Tn.

Z

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa

Keperawatan

Resiko Perilaku

Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya dan mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1 : Tarik Nafas Dalam

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marahnya
- a. Pasien dapat mengetahui cara mencegah dan mengontrol

perilaku kekerasannya

- b. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1, relaksasi tarik nafas dalam

5. Tindakan Keperawatan

SP 1 : Membantu pasien latihan cara fisik 1 yaitu nafas dalam

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak Z, masih ingat nama saya kan?” “Ya benar saya Made.”

- b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Apa bapak ingat hari ini kita akan Latihan nafas dalam sesuai janji bapak kemarin”

- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar caramengontrol perasaan marah dengan latihan cara fisik nafas dalam.” “Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Made : “Oh seperti itu ya Pak, baik sekarang saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas. Nah caranya seperti ini mas “jadi yang pertama Pak Z tarik nafas panjang perlahan dari hidung, ilau tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan darimulut seperti menghembuskan kekesalan”.

Perawat Made : “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama. Ya benar seperti itu, sekarang di coba sendiri.”

4. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Pak Z setelah berbincang-bincang dengan saya tentang perasaan marah yang Pak Z rasakan?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba Pak Z jelaskan kembali penyebab Pak Z bisa marah?”

“Kalau perasaan marah muncul, apa yang Pak Z harus lakukan?”

Coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.”

c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur ya Pak Z” “Dimana kita bisa mengobrol kembali besok mas?”

“Baik kita bertemukembali besok ya disini pukul 09.00 WIB.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Pak Z setelah melakukan latihan cara fisik 1 tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihan cara fisik untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali Pak Z sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.”

c. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang Pak Z sudah bisa ya menerapkan cara fisik 1 yang telah diajarkan“ Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.” “Untuk selanjutnya apakah Pak Z mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik seperti memukul Kasur dan bantal ya.”

d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara 3 yaitu mengungkapkan marah dengan verbal yang baik ya Pak Z”

“Disini ya kita bisa mengobrol kembali besok mas?” “Baik kita bertemukembali besok pada pukul 09.00 WIB.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 2

Pertemuan : Ke-2

Hari/ Tanggal : Rabu, 14 November 2021

Nama Pasien (Inisial) : Tn. R

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa

Keperawatan

Resiko Perilaku

Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya dan mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 2 : Pukul bantal/ kasur

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik 1 yang telah diajarkan
- c. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marahnya

d. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 2, pukul bantal/kasur

5. Tindakan Keperawatan

SP 2 : Membantu pasien latihan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak Z, masih ingat nama saya kan?” “Ya benar saya Made.”

b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 1 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara fisik kedua.” “Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Made : “Kemarin Pak Z kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 yaitu relaksasi nafas dalam. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 ya mas”

Perawat Made : “Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan Pak

Z marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar dan mata melotot selain relaksasi nafas dalam, Pak Z juga dapat melampiaskannya dengan memukul bantal atau kasur “

Perawat Made : “Nah sekarang ayo coba kita latihan bersama-sama memukul bantal dan kasur, dimana tempat tidur Pak Z”. “Nah, benar seperti itu mas”. “Nah kalau perasaan marah Pak Z muncul sampai ingin memecahkan barang atau memukul orang, Pak Z harus cepat-cepat mencari bantal/kasur dan melampiaskan marah Pak Z pada bantal dengan cara memukulnya.”

Perawat Made : “Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah Pak Z muncul. Jangan lupa untuk merapikan kembali tempat tidurnya dan memasukkan latihan ini ke jadwal harian mas ya.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Pak Z setelah melakukan latihan cara fisik 2 tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihan cara fisik untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali Pak Z sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.”

c. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang Pak Z sudah bisa ya menerapkan cara fisik 1 dan 2 yang telah diajarkan“ Kalau perasaan marah muncul coba mas

praktikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.” “Untuk selanjutnya apakah Pak Z mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.”

d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara 3 yaitu mengungkapkan marah dengan verbal yang baik ya Pak Z”

“Disini ya kita bisa mengobrol kembali besok mas?” “Baik kita bertemukembali besok pada pukul 09.00 WIB.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 3

Pertemuan : Ke-3

Hari/ Tanggal : Kamis, 15 November 2022

Nama Pasien (Inisial) : Tn. Z

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa

Keperawatan

Resiko Perilaku

Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 3 yaitu menggunakan verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengontrol marah dengan latihan yang telah diajarkan
- c. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marahnya

- d. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 3 dengan mengungkapkan verbal yang baik

5. Tindakan Keperawatan

SP 3 : Membantu pasien latihan cara 3 yaitu menggunakan verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak Z, masih ingat dengan saya kan?”

b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 2 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara katiga.” “Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Made : “Kemarin Pak Z kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 3 yaitu mengungkapkan verbal dengan baik”

Perawat Made : “Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan Pak Z marah dan muncul perasaan kesal atau mengejek Pak Z, Pak Z juga dapat melampiaskannya dengan cara membalas verbal yang baik seperti tidak berkata kasar atau berteriak, meminta tolong dengan baik, menolak dengan perkataan yang sopan dan mengungkapkan marah dengan baik“

Perawat Made : “Nah sekarang ayo coba kita latihan bersama-sama bagaimana berbicara dengan baik ya Pak Z” “Nah benar seperti itu Pak Z dengan nada rendah dan tidak tegang.”

Perawat Made : “Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah Pak Z muncul. Jangan lupa untuk memasukkan latihan ini ke jadwal harian mas ya.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Pak Z setelah melakukan latihan cara 3 tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihan cara fisik untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali Pak Z sudah melakukan latihanyang telah diberikan dengan benar.”

c. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang Pak Z sudah bisa ya menerapkan cara fisik 1, 2 dan 3 yang telah diajarkan “ Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.”

d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaiman kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara 4 dan 5 yaitu spiritual dan obat”

“Disini ya kita bisa mengobrol kembali besok mas?” “Baik kita bertemukembali besok pada pukul 09.00 WIB.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 4

Pertemuan : Ke-4

Hari/ Tanggal : Jumat, 16 November 20022

Nama Pasien (Inisial) : Tn. Z

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa

Keperawatan

Resiko Perilaku

Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 4 yaitu dengan spiritual:beribadah dan berdoa

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengontrol dan mengendalikan marahnya secaraspiritual
- b. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 4 secara spiritual

5. Tindakan Keperawatan

SP 4 : Membantu pasien latihan cara 4 yaitu dengan spiritual :

beribadah(sholat 5 waktu) dan berdoa

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak Z, masih ingat nama saya kan?” “Betul mas saya Made”.

b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 3 ya. Apakah sudahdicoba sendiri saat berada di ruangan?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar caramengontrol perasaan marah dengan latihan cara 4.”

“Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Made : “Kemarin Pak Z kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 3 yaitu dengan mengungkapkan verbal dengan baik. Nah sekarang kita akan belajar latihancara 4 yaitu dengan cara spiritual ya mas”

Perawat Made : “Nah jadi gini mas, ada acara lainnya untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara spiritual: beribadah dan berdoa. “Apakah Pak Z beribadah dengan sholat 5 waktu?” “Coba mas sebutkan pukul berapa saja sholat 5 waktu dilakukan?”

Perawat Made : “Bagus mas jika sudah diterapkan dalam kegiatan harian Pak Z.”

Perawat Made : “Jika perasaan Pak Z sedang tidak baik, coba untuk menerapkan latihan secara spiritual yaitu sholat dan berdoa ya”.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Pak Z setelah melakukan latihan secara spiritual yaitu dengan sholat dan berdoa?”

“Coba mas sebutkan kembali cara spiritual yang dapat dilakukan untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali Pak Z jawabannya sudah benar, setelah ini coba Pak Z lakukan sholat sesuai jamnya ya.”

b. Evaluasi Obyektif

“Sekarang Pak Z sudah bisa ya menerapkan latihan secara spiritual yang telah diajarkan “Pasien terlihat sholat dhuhur berjama’ah dengan teman diruangannya.”

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 5

Pertemuan : Ke-5

Hari/ Tanggal : Sabtu 17 November 2022

Nama Pasien (Inisial) : Tn. R

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa

Keperawatan

Resiko Perilaku

Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 5 yaitu minum obat secara teratur

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasannya dengan terapi psikofarmaka
- b. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 5 minum obat secara teratur dengan prinsip 5T (tepat pasien, tepat nama obat, tepat cara minum obat, tepat waktu minum obat dan tepat dosis)

obat) disertai penjelasan guna minum obat dan akibat berhenti minum obat.

5. Tindakan Keperawatan

SP 5 : Membantu pasien latihan cara 5 yaitu dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 5T (tepat pasien, tepat nama obat, tepat cara minum obat, tepat waktu minum obat dan tepat dosis obat) disertai penjelasan gunaminum obat dan akibat berhenti minum obat.

C. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

d. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak Z, masih ingat nama saya kan?”

e. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Kemarin kan kita sudah latihan secara spiritual ya. Apakah sudah dicoba dalam kegiatan sehari-hari saat berada di ruangan?”

f. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol/ mencegah perilaku kekerasan dengan latihan cara 5 minum obat secara teratur.” “Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Made : “Kemarin Pak Z kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1, 2,

3 dan 4 yaitu dengan tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur, mengungkapkan verbal dengan baik dan mengontrol secara spiritual. Nah apakah latihan tersebut sudah diteraokan secara rutin di ruangan Pak Z?”

Perawat Made : “Pak Z sudah dapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang diminum? Dan jam berapa saja Pak Z minum obat tersebut?” “Menurut Pak Z apa efek setelah minum obat itu?”

Perawat Made : “Bagus mas jika sudah minum obat secara teratur” “Harus rutin minum obatnya ya jangan sampai putus obat agar tidak terjadi kekambuhan”

Perawat Made : “Jika mas dapat menerapkan 5 cara yang telah saya ajarkan, insyaallah akan segera sembuh dan bisa pulang kerumah.”

Perawat Made : “Terimakasih atas kerjasamanya ya Pak Z, saya mau pamit karena hari ini praktik yang terakhir dan saya sudah tidak kesini kembali. Saya doakan semoga Pak Z segera sembuh dan jangan lupa diterapkan semua latihan yang sudah saya ajarkan saat sudah pulang ke rumah jika tanda marah muncul ya.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Pak Z setelah melakukan cara pengendalian perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihan cara untuk

mengontrol marah?” Nah bagus sekali Pak Z sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.”

“Sekarang Pak Z sudah bisa ya menerapkan 5 cara fisik yang telah diajarkan “ Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.”

Lampiran 4 Analisa Proses Interaksi

Analisa Proses Interaksi

Nama : Tn. Z

Usia : 47 Tahun

Interkasi : Pertemuan SP 1 hari ke (1)

Nama Mahasiswa : Ni Made Oktavia

Tgl Pengkajian : 11 November 2022

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>P : Selamat pagi pak K : Selamat pagi mbak P : Perkenalkan nama saya Nava mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di Ruang Gelatik ini, kalau boleh tau nama mas siapa? K : Nama saya Z mbak P : Bapak senang dipanggil apa? K : Pak Z saja mba P: Baik Pak Z, bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang resiko perilaku kekerasan mas? Waktunya selama 30</p>	<p>P : Tersenyum, duduk disamping klien K : Menatap kearah perawat. P : Tetap tersenyum K : Dengan kontak mata dan tegang P : Duduk disamping klien dengan tersenyum K : Menjawab dengan ekspresi tegang P : Bertanya dan tersenyum pada klien K : Menjawab dengan wajah datar P : Bertanya dan tersenyum pada klien K : Menjawab dengan wajah datar</p>	<p>Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat memfokuskan topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap Perawat mempertahankan sikap dan menawarkan kenyamanan klien Perawat memastikan latihan yang dilakukan diterapkan klien Perawat ingin menggali penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan klien</p>	<p>Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam Klien bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi Klien menyampaikan sikap dan perasaannya Klien memperhatikan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan Klien memperhatikan saat perawat menjelaskanKlien mengutarakan perasaan yang membuatnya marah</p>	<p>Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi Memberikan kesempatan kepada klien dengan pertanyaan terbuka untuk menceritakan keadaannya Memberikan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilakukan klien Mendemonstrasikan kegiatan agar klien mudah untuk mengingat dan mempraktikkannya di ruangan maupun di rumah</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>menit saja mas K : Iya mbak boleh P : Mas mau ngobrol dimana? K : Duduk disini saja mbak P : Apa Pak Z mengetahui resiko perilaku kekerasan? K : Gatau mbak P : Baik mas, resiko perilaku kekerasan yaitu luapan marah atau amuk yang mas keluarkan dan lakukan. Apa yang Pak Z rasakan saat ini? K : Oh.. iya mbak saya merasa ingin marah kadang-kadang mbak P : Apa yang menyebabkan Pak Z marah? K : saya kesal bila teringat saya tidak punya uang dan saya sudah tidak punya pekerjaan, saya ingin memberi anak saya uang P : Saat Pak Z marah apa ada perasaan tegang, kesal bahkan mengepalkan tangan dan mondar-</p>	<p>P : Bertanya dengan suara yang jelas dan tersenyum K : Menjawab dengan tegas P : Menjelaskan dengan tenang dan jelas serta menggali pengalaman klien K : Menjawab dengan suara yang keras dan wajah tegang P : Bertanya dengan nada pelan dan tersenyum K : Menjawab dengan ekspresi tegang, mata melotot dan suara yang keras P : Bertanya dengan jelas dan tersenyum memerhatikan klien K : Dengan ekspresi tegang dan nada suara</p>	<p>Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara fisik 1 Perawat memperagakan cara perelaksasi tarik nafas dalam Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar Perawat menawarkan pertemuan selanjutnya dan membuat jadwal kegiatan untuk klien Perawat mengontrak waktu untuk melakukan latihan cara fisik ke 2 Perawat mengakhiri dengan sikap ramah</p>	<p>Klien menunjukkan sikap bingung seolah tidak mengetahui akibat marahnya muncul Klien menunjukkan sikap tegang wajah datar, mata melotot, dan suara keras Klien memperhatikan perawat dengan baik Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 1 yang telah diajarkan perawat Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat Klien menjelaskan kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat</p>	<p>Klien mampu melakukan cara fisik 1 dengan relaksasi tarik nafas dalam Memvalidasi perasaan klien setelah dilakukan diskusi Memberikan pujian atas kemampuan klien dalam menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan Salam penutup memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Anlisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>mandir seperti gelisah? K : Saya mengepalkan tangan dan mondar-mandir karena jengkel P : Lalu apa ada tindakan saat Pak Z sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang? Dan apa akibat dari tindakan yang Pak Z lakukan K : Saya mengamuk pada orang orang, mengancam akan memukul dan merusak kasur di liponsos mbak P : Baik Pak Z kalau begitu saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas, jadi pertama Pak Z tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah ayo kita coba bersama-sama ya Pak Z? K : Iya mbak,gini ya</p>	<p>tinggi P : Bertanya dengan serius dan tersenyum memperhatikan klien K : Menjelaskan dengan kesal dan mengepalkan kedua tangan, mata melotot serta nada bicara keras P : Tersenyum dan memperhatikan pasien K : mempraktikkan apa yang telah dicontohkan dengan benar P : Memberikan apresiasi dengan memuji klien K : Tersenyum</p>		<p>Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari Klien merespon perawat dengan baik Klien menyetujui pertemuan selanjutnya untuk latihan fisik cara ke 2</p>	

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Anlisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>mbak P : Baik Pak Z, benar sekali ya cara fisik 1 yang sudah dilakukan dan sesuai yang saya ajarkan K : Iya mbak P : Jangan lupa masukkan ke dalam jadwal harian Pak Z ya untuk diterapkan jika marah muncul K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya P : Bagaimana perasaan Pak Z setelah berbincang-bincang dengan saya? K : Sangat senang mbak karena mau mendengar cerita saya dan mengajarkan cara mengontrol marah P : Baik Pak Z, kalau begitu kita berbincang kembali besok ya dan belajar untuk cara fisik 2 K : Siap mbak, besok jam berapa ya? P : Kita bertemu disini lagi ya mas pada pukul 09.00 WIB K : Iya mbak</p>	<p>P : Mengingatn dengan baik K : Menjawab dengan tenang dan tersenyum P : Bertanya dengan senyuman K : Tersenyum dan bernafas lega P : Menjawab dengan baik dan memberi penawaran untuk latihan selanjutnya K : Antusias dan tersenyum P : Menjawab dengan tersenyum K : Tersenyum</p>			

Analisa Proses Interaksi

Nama : Tn. Z

Nama Mahasiswa : Ni Made Oktavia

Usia : 47 Tahun

Tgl Pengkajian : 11 November 2022

Interkasi : Pertemuan SP 1 hari ke (2)

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>P : Selamat pagi pak K : Selamat pagi mbak P : Perkenalkan nama saya Nava mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di Ruang Gelatik ini, kalau boleh tau nama mas siapa? K : Nama saya Z mbak P : Bapak senang dipanggil apa? K : Pak Z saja mba P: Baik Pak Z, bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang resiko perilaku kekerasan mas? Waktunya selama 30 menit saja mas K : Iya mbak boleh</p>	<p>P : Tersenyum, duduk disamping klien K : Menatap kearah perawat. P : Tetap tersenyum K : Dengan kontak mata dan tegang P : Duduk disamping klien dengan tersenyum K : Menjawab dengan ekspresi tegang P : Bertanya dan tersenyum pada klien K : Menjawab dengan wajah datar P : Bertanya dan tersenyum pada klien K : Menjawab dengan wajah datar P : Bertanya dengan suara</p>	<p>Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat memfokuskan topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap Perawat mempertahankan sikap dan menawarkan kenyamanan klien Perawat memastikan latihan yang dilakukan diterapkan klien Perawat ingin menggali penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan klien Perawat ingin mengetahui</p>	<p>Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam Klien bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi Klien menyampaikan sikap dan perasaannya Klien memperhatikan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan Klien memperhatikan saat perawat menjelaskanKlien mengutarakan perasaan yang membuatnya marah Klien menunjukkan sikap</p>	<p>Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi Memberikan kesempatan kepada klien dengan pertanyaan terbuka untuk menceritakan keadaannya Memberikan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilakukan klien Mendemonstrasikan kegiatan agar klien mudah untuk mengingat dan mempraktikkannya di ruangan maupun di rumah Klien mampu melakukan</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>P : Mas mau ngobrol dimana? K : Duduk disini saja mbak P : Apa Pak Z mengetahui resiko perilaku kekerasan? K : Gatau mbak P : Baik mas, resiko perilaku kekerasan yaitu luapan marah atau amuk yang mas keluarkan dan lakukan. Apa yang Pak Z rasakan saat ini? K : Oh.. iya mbak saya merasa ingin marah kadang-kadang mbak P : Apa yang menyebabkan Pak Z marah? K : saya kesal bila teringat saya tidak punya uang dan saya sudah tidak punya pekerjaan, saya ingin memberi anak saya uang P : Saat Pak Z marah apa ada perasaan tegang, kesal bahkan mengepalkan tangan dan mondar-mandir seperti gelisah? K : Saya mengepalkan</p>	<p>yang jelas dan tersenyum K : Menjawab dengan tegas P : Menjelaskan dengan tenang dan jelas serta menggali pengalaman klien K : Menjawab dengan suara yang keras dan wajah tegang P : Bertanya dengan nada pelan dan tersenyum K : Menjawab dengan ekspresi tegang, mata melotot dan suara yang keras P : Bertanya dengan jelas dan tersenyum memerhatikan klien K : Dengan ekspresi tegang dan nada suara tinggi P : Bertanya dengan serius dan</p>	<p>tindakan marah klien terhadap masalahnya Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara fisik 1 Perawat memperagakan cara perelaksasi tarik nafas dalam Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar Perawat menawarkan pertemuan selanjutnya dan membuat jadwal kegiatan untuk klien Perawat mengontrak waktu untuk melakukan latihan cara fisik ke 2 Perawat mengakhiri dengan sikap ramah</p>	<p>bingung seolah tidak mengetahui akibat marahnya muncul Klien menunjukkan sikap tegang wajah datar, mata melotot, dan suara keras Klien memperhatikan perawat dengan baik Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 1 yang telah diajarkan perawat Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat Klien menjelaskan kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat Klien tidak keberatan</p>	<p>cara fisik 1 dengan relaksasi tarik nafas dalam Memvalidasi perasaan klien setelah dilakukan diskusi Memberikan pujian atas kemampuan klien dalam menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan Salam penutup memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>tangan dan mondar-mandir karena jengkel P : Lalu apa ada tindakan saat Pak Z sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang? Dan apa akibat dari tindakan yang Pak Z lakukan K : Saya mengamuk pada orang orang, mengancam akan memukul dan merusak kasur di liponsos mbak P : Baik Pak Z kalau begitu saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas, jadi pertama Pak Z tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah ayo kita coba bersama-sama ya Pak Z? K : Iya mbak,gini ya mbak P : Baik Pak Z, benar</p>	<p>tersenyum memperhatikan klien K : Menjelaskan dengan kesal dan mengepalkan kedua tangan, mata melotot serta nada bicara keras P : Tersenyum dan memperhatikan pasien K : Mempraktikkan apa yang telah dicontohkan dengan benar P : Memberikan apresiasi dengan memuji klien K : Tersenyum P : Mengingatkan dengan baik</p>		<p>untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari Klien merespon perawat dengan baik Klien menyetujui pertemuan selanjutnya untuk latihan fisik cara ke 2</p>	

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>sekali ya cara fisik 1 yang sudah dilakukan dan sesuai yang saya ajarkan K : Iya mbak P : Jangan lupa masukkan ke dalam jadwal harian Pak Z ya untuk diterapkan jika marah muncul K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya P : Bagaimana perasaan Pak Z setelah berbincang-bincang dengan saya? K : Sangat senang mbak karena mau mendengar cerita saya dan mengajarkan cara mengontrol marah P : Baik Pak Z, kalau begitu kita berbincang kembali besok ya dan belajar untuk cara fisik 2 K : Siap mbak, besok jam berapa ya? P : Kita bertemu disini lagi ya mas pada pukul 09.00 WIB K : Iya mbak</p>	<p>K : Menjawab dengan tenang dan tersenyum P : Bertanya dengan senyuman K : Tersenyum dan bernafas lega P : Menjawab dengan baik dan memberi penawaran untuk latihan selanjutnya K : Antusias dan tersenyum P : Menjawab dengan tersenyum K : Tersenyum</p>			

Analisa Proses Interaksi

Nama : Tn. Z

Nama Mahasiswa : Ni Made Oktavia

Usia : 47 Tahun

Tgl Pengkajian : 11 November 2022

Interkasi : Pertemuan SP 2 hari ke (3)

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>P : Selamat pagi mas, masih ingat dengan saya kan?</p> <p>K : Selamat pagi mbak, iya masih mbak Nava kan?</p> <p>P : Bagaimana perasaan Pak Z saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 1 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?</p> <p>K : Tidak ada mbak, saya sudah merasa lebih tenang dengan melakukan cara fisik nafas dalam</p> <p>P: Baik Pak Z, seperti</p>	<p>P : Tersenyum, duduk disamping klien</p> <p>K : Menatap kearah perawat.</p> <p>P : Tetap tersenyum</p> <p>K : Dengan kontak mata dan tenang</p> <p>P : Mengajak klien untuk demonstrasi cara fisik 2 dan tersenyum pada klien</p> <p>K : Menjawab dengan suara keras</p> <p>P : Tersenyum pada klien</p> <p>K : Menjawab dengan tegas</p>	<p>Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka</p> <p>Perawat menfokuskan topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap</p> <p>Perawat mempertahankan sikap dan menawarkan kenyamanan klien</p> <p>Perawat memastikan latihan yang dilakukan diterapkan klien</p> <p>Perawat ingin menggali penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan klien</p>	<p>Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam</p> <p>Klien bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi</p> <p>Klien menyampaikan sikap dan perasaannya</p> <p>Klien memperhatikan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan</p> <p>Klien memperhatikan saat perawat menjelaskan</p> <p>Klien mengutarakan perasaan yang membuatnya marah</p> <p>Klien menunjukkan sikap bingung seolah tidak mengetahui akibat marahnya muncul</p>	<p>Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi</p> <p>Memberikan kesempatan kepada klien dengan pertanyaan terbuka untuk menceritakan keadaannya</p> <p>Memberikan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilakukan klien</p> <p>Mendemonstrasikan kegiatan agar klien mudah untuk mengingat dan mempratikkannya di ruangan maupun di rumah</p> <p>Klien mampu melakukan cara fisik 2 dengan pukul bantal dan kasur</p> <p>Memvalidasi perasaan</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara fisik 2. Waktunya selama 30 menit saja mas</p> <p>K : Iya mbak boleh</p> <p>P : Kita duduk disini ya sambil belajar cara fisik selanjutnya ya Pak Z</p> <p>K : Ya mbak duduk disini saja P : Kemarin Pak Z kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 yaitu relaksasi nafas dalam. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 ya mas</p> <p>K : Iya mbak siap</p> <p>P : Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan Pak Z</p>	<p>P : Mengevaluasi tindakan sebelumnya dan ajak klien untuk lakukan cara fisik selanjutnya</p> <p>K : Menjawab dengan suara yang keras</p> <p>P : Bertanya dengan nada pelan dan tersenyum</p> <p>K : Klien terlihat antusias dan memahami</p> <p>P : Mengajak klien untuk latihan cara fisik</p> <p>K : Klien menunjukkan tempat tidurnya</p> <p>P : BMemberikan apresiasi untuk latihan yang dilakukan klien dengan benar</p> <p>K : Klien memahami dan dapat mempraktikkan cara fisik 2</p> <p>P : Memberi arahan dengan tersenyum dan</p>	<p>Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya</p> <p>Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara fisik 2</p> <p>Perawat memperagakan cara pukul bantal/ kasur</p> <p>Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien</p> <p>Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar</p> <p>Perawat menawarkan pertemuan selanjutnya dan membuat jadwal kegiatan untuk klien</p> <p>Perawat mengontrak waktu untuk melakukan latihan cara fisik ke 3</p>	<p>Klien menunjukkan sikap tenang, suara keras dan adanya kontak mata</p> <p>Klien memperhatikan perawat dengan baik</p> <p>Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 2 yang telah diajarkan perawat</p> <p>Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat</p> <p>Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat</p> <p>Klien menjelaskan kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat</p> <p>Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya</p> <p>Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Klien merespon perawat dengan baik</p>	<p>klien setelah dilakukan diskusi</p> <p>Memberikan pujian atas kemampuan klien dalam menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan</p> <p>Salam penutup</p> <p>memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar dan mata melotot selain relaksasi nafas dalam, Pak Z juga dapat melampiaskannya dengan memukul bantal atau kasur</p> <p>K : Oala jadi begitu mbak</p> <p>P : Nah sekarang ayo coba kita latihan bersama-sama memukul bantal dan kasur, dimana tempat tidur Pak Z</p> <p>K : Iya mbak ada di sebelah sana</p> <p>P : Nah, benar seperti itu mas. Jika perasaan marah Pak Z muncul sampai ingin memecahkan barang atau memukul orang, Pak Z harus cepat-cepat mencari bantal/kasur dan melampiaskan dengan cara memukulnya</p> <p>K : Iya mbak, nanti kalau</p>	<p>memperhatikan pasien</p> <p>K : Klien mengerti</p> <p>P : Mengevaluasi klien</p> <p>K : Tersenyum</p> <p>P : Mengingat dengan baik</p> <p>K : Menjawab dengan tenang dan tersenyum</p> <p>P : Bertanya dengan senyuman dan kontrak untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>K : Tersenyum dan antusias</p> <p>P : Menjawab dengan baik dan memberi tahu waktu</p>	<p>Perawat mengakhiri dengan sikap ramah</p>	<p>Klien menyetujui pertemuan selanjutnya untuk latihan fisik cara ke 3</p>	

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>saya merasa ingin marah akan melampiaskan dengan cara pukul bantal/ kasur</p> <p>P : Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah Pak Z muncul. Jangan lupa untuk merapikan kembali tempat tidurnya</p> <p>K : Iya mbak saya akan lakukan cara 2 pukul bantal/ kasur</p> <p>P : Baik Pak Z, bagaimana perasaannya setelah melakukan latihan cara fisik 2 tadi?</p> <p>K : Sedikit lega mbak</p> <p>P: Jangan lupa masukkan ke dalam jadwal harian Pak Z ya cara fisik 2 ini untuk diterapkan jika marah muncul</p> <p>K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya</p>				

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>P : Baik Pak Z, kalau begitu kita berbincang kembali besok ya dan belajar untuk cara fisik 3 dengan cara verbal yang baik</p> <p>K : Oke mbak kita bertemu lagi disini ya</p> <p>P : Kita bertemu disini lagi ya mas pada pukul 09.00 WIB</p>				

Analisa Proses Interaksi

Nama : Tn. Z

Nama Mahasiswa : Ni Made Oktavia

Usia : 47 Tahun

Tgl Pengkajian : 11 November 2022

Interkasi : Pertemuan SP 4 dan 5 hari ke (5)

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>P : Selamat sore Pak, Pakih ingat dengan saya kan?</p> <p>K : Selamat pa mbak, iya Pakih mbak Made kan?</p> <p>P : Bagaimana perasaan Pak Z saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak Z marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 1, 2, 3 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?</p> <p>K : Sudah saya coba semuanya mbak. Alhamdulillah saya sudah tenang</p> <p>P: Baik Pak Z, seperti kesepakatan kita kemarin,</p>	<p>P : Tersenyum, duduk disamping klien</p> <p>K : Menatap kearah perawat.</p> <p>P : Tetap tersenyum</p> <p>K : Dengan kontak mata dan menjelaskan yang dirasakan</p> <p>P : Mengajak klien untuk demonstrasi cara fisik 4 dan 5 dan tersenyum pada klien</p> <p>K : Menjawab dengan suara keras</p> <p>P : Tersenyum pada klien dengan mengajak latihan cara selanjutnya</p> <p>K : Menjawab dengan antusias</p> <p>P : Menjelaskan dengan</p>	<p>Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka</p> <p>Perawat menfokuskan topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap</p> <p>Perawat mempertahankan sikap dan menawarkan kenyamanan klien</p> <p>Perawat memastikan latihan yang dilakukan diterapkan klien</p> <p>Perawat ingin menggali penyebab, tanda dan gejala, akibat perilaku kekerasan klien</p> <p>Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya</p> <p>Perawat memfokuskan</p>	<p>Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam</p> <p>Klien bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi</p> <p>Klien menyampaikan sikap dan perasaannya</p> <p>Klien memperhatikan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan</p> <p>Klien memperhatikan saat perawat menjelaskan</p> <p>Klien mengutarakan perasaan yang membuatnya marah</p> <p>Klien menunjukkan sikap bingung seolah tidak mengetahui akibat</p>	<p>Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi</p> <p>Memberikan kesempatan kepada klien dengan pertanyaan terbuka untuk menceritakan keadaannya</p> <p>Memberikan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilakukan klien</p> <p>Mendemonstrasikan kegiatan agar klien mudah untuk mengingat dan mempratikkannya di ruangan maupun di rumah</p> <p>Klien mampu melakukan cara 4 dan 5 secara spiritual yaitu beribadah</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>bahwa sore ini kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara 4 dan 5. Waktunya selama 30 menit saja Pak K : Iya mbak boleh</p> <p>P : Kemarin Pak Z kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 3 yaitu dengan mengungkapkan verbal dengan baik. Nah sekarang kita akan belajar latihan cara 4 dan 5 yaitu dengan cara spiritual dan minum obat K : Iya mbak siap</p> <p>P : Nah jadi gini Pak, ada cara lainnya untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara spiritual: beribadah dan berdoa lalu minum obat secara rutin/ teratur K : Saya selalu melaksanakan sholat tidak</p>	<p>perlahan pada klien K : Menjelaskan latihan yang sudah dilakukan P : Apresiasi kegiatan harian klien dan bertanya latihan yang telah dilakukan klien K : Klien menunjukkan harapan sembuh dengan menjelaskan obat yang dikonsumsi P : Mengingatkan klien tentang latihan yang dilakukan K : Klien memahami P : Mengingatkan klien tentang latihan yang sudah dilakukan K : Klien memahami P : Tersenyum kontrak untuk pertemuan selanjutnya K : Tersenyum dan bersalaman untuk memberikan rasa terimakasih</p>	<p>dan mendiskusikan latihan cara 4 dan 5 Perawat mengajarkan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan spiritual (beribadah dan berdoa) Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar Perawat mengingatkan untuk terus melakukan latihan dari jadwal kegiatan yang telah di tulis klien Perawat mengakhiri dengan sikap ramah dan mengucapkan terimakasih</p>	<p>marahnya muncul Klien menunjukkan sikap tenang, suara keras dan adanya kontak mata Klien memperhatikan perawat dengan baik Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 4 dan 5 yang telah diajarkan perawat Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat Klien menjelaskan kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari Klien merespon perawat</p>	<p>dan berdoa serta minum obat secara teratur Memvalidasi perasaan klien setelah dilakukan diskusi Memberikan pujian atas kemampuan klien dalam menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan Salam penutup memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>hanya di RSJ ini tetapi dirumah juga mbak. Jika minum obat saya selalu rutin karena diberikan oleh perawatnya</p> <p>P : Bagus Pak jika sudah diterapkan dalam kegiatan harian Pak Z Pak Z sudah dapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang diminum? Dan jam berapa saja Pak Z minum obat tersebut?</p> <p>Menurut Pak Z apa efek setelah minum obat itu</p> <p>K : Iya mbak saya ingin segera dijemput pulang karena sudah tidak marah-marah lagi. Untuk obat saya biasanya minum 2 jenis di minum pagi dan malam tapi saya gak suka karena efek sampingnya mengantuk dan lapar</p> <p>P : Jika Pak dapat menerapkan 5 cara yang telah saya ajarkan, insyaallah akan segera sembuh dan bisa pulang kerumah</p> <p>K : Oke mbak saya</p>			<p>dengan baik</p> <p>Klien memasukkan dalam jadwal harian latihan fisik cara ke 1 sampai 5</p>	

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
<p>Pakukkan ke dalam jadwal harian dan menerapkannya</p> <p>P : Jangan lupa Pakukkan ke dalam jadwal harian Pak Z ya latihan cara 4 dan 5 ini untuk mengendalikan marah Pak Z jika muncul</p> <p>K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya</p> <p>P : Terimakasih atas kerjasamanya ya Pak Z, saya mau pamit karena hari ini praktik yang terakhir dan saya sudah tidak kesini kembali. Saya doakan semoga Pak Z segera sembuh dan jangan lupa diterapkan semua latihan yang sudah saya ajarkan mulai dari cara 1 sampai 5 saat sudah pulang ke rumah jika tanda marah muncul ya</p> <p>K : Baik mbak, terimakasih juga</p>				