

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. I MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG PAV VI JIWA
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

MUTROPI

NIM. 2222026

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

2024

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. I MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG PAV VI JIWA
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

MUTROPI

NIM. 2222026

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH SURABAYA**

2024

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan tindakan plagiat sesuai dengan peraturan di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, saya siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Januari 2024



Mutropi

NIM. 2222026

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : Mutropi

NIM : 2222026

Program Studi : D3 RPL Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. I Masalah Utama

Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci Di

Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan

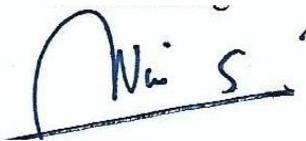
Surabaya.

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 22 Januari 2024

Pembimbing



Dr. AV. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes., FISQua

NIP. 04.015

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 22 Januari 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Mutropi

NIM : 2222026

Program Studi : D3RPL Keperawatan

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. I Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci Di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya

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

Penguji Ketua : Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes.

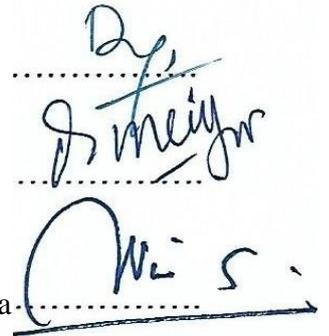
NIP. 03007

Penguji I : Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP. 03011

Penguji II : Dr. AV. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes.,FISQua

NIP. 04015



Mengetahui

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka. Prodi D-III RPL Keperawatan

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

NIP: 03007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 01 Februari 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu menulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp, M.Kes., FISQua. selaku ketua STIKES Hang Tuah Surabaya, dan selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini, dan memberikan kesempatan untuk menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr. Benny Jovie, SpJP.,FIHA. selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis ilmiah diruang PAV VI Jiwa RSPAL Ramelan Surabaya
3. Letkol Marinir Tri Yudha Ismanto, S.E., MSDA Danyonif 3 Marinir yang telah memberikan izin dan kesempatan untuk menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Hang Tuah Surabaya

4. Dr. Dya Sustrami, S.Kep,Ns., M.Kes selaku Kepala Program Pendidikan D III RPL Keperawatan dan Penguji ketua yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Puket I Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes. Puket II Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep. dan Puket III Dr. Dhian Satya R.,S.Kep.,Ns.,M.Kep. yang telah membagikan bekal bagi penulis melalui motivasi dan materi- materi yang diberikan sehingga menambah wawasan penulis selama melaksanakan pendidikan di Stikes Hangtuah Surabaya.
6. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan, bimbingan serta masukan dalam penyusunan hingga penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah membagikan bekal bagi penulis melalui materi- materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan KaryaTulis ini. Juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Untuk keluarga tercinta terutama kedua orang tua bapak Tameri Mustaqim ibu Sumarni dan isteri tercinta Ike kemalasari AMd. Keb serta anak kami tercinta kakak Dhea Syaravana Ramadhani dan adik Achmad Zainurrahman, yang telah memberikan dukungan, motivasi baik moril d Pendidikan D-III Keperawatan diStikes Hangtuah Surabaya

9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, semoga silaturahmi tetap terjaga sampai dimanapun kita bertugas.
10. Untuk ibu I serta Bapak M yang telah membantu dalam rangka penulisan KTI selama dirawat Di PAV VI Jiwa RSPAL Ramelan Surabaya
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 22 Januari 2024



Mutropi
NIM 2222026

DAFTAR ISI

COVER.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB 1.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2.....	9
2.1 Konsep Skizofrenia.....	9

2.1.1 Pengertian Skizofrenia	9
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	10
2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	13
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia.....	14
2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia.....	18
2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	20
2.2.1 Pengertian Perilaku Kekerasan.....	20
2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan	21
2.2.3 Proses Terjadinya Marah	23
2.2.4 Rentang Respon Marah	23
2.2.5 Mekanisme Koping Perilaku Kekerasan.....	26
2.2.6 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan.....	27
2.3 Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan	28
2.3.1 Pengkajian	28
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	29
2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan	29
2.3.4 Implementasi Tindakan Keperawatan	33
2.3.5 Evaluasi.....	35
2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik.....	37
2.4.1 Pengertian Konsep Komunikasi Terapeutik.....	37

2.4.2 Prinsip Komunikasi Terapeutik.....	38
2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik.....	39
2.4.4 Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik	40
2.5 Konsep Stress Adaptasi.....	42
2.5.1 Pengertian Stress.....	42
2.5.2 Jenis Stress.....	43
2.5.3 Penyebab Stress.....	43
2.5.4 Faktor Yang Mempengaruhi Stress	44
2.5.5 Reaksi Terhadap Stress.....	46
2.5.6 Teknik Manajemen Stress	48
BAB 3	54
3.1 Pengkajian	54
3.2 Pohon Masalah.....	65
3.3 Analisa Data	66
3.4 Rencana Tindakan Keperawatan	68
3.5 Pelaksanaan Dan Catatan Perkembangan.....	71
BAB 4.....	74
4.1 Pengkajian	74
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	75
4.3 Perencanaan	76

4.4 Pelaksanaan.....	76
4.5 Evaluasi	77
BAB 5	79
5.1 Kesimpulan.....	79
5.2 Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	82
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN.....	87

DAFTAR TABEL

2.1	Perbandingan perilaku pasif , asertif, dan agresif	18
3.3	Analisa Data Pada Pasien Perilaku Kekerasan.....	68
3.4	Rencana Tindakan Keperawatan Perilaku Kekerasan.....	71
3.5	Pelaksanaan dan Catatan Perkembangan.....	79

DAFTAR GAMBAR

2.1	Gambar Rentang Respon Marah.....	17
3.1	Gambar Genogram.....	54
3.2	Gambar Pohon Masalah	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pertemuan 1 Sp 1.....110

Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pertemuan 2 Sp 2.....114

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pertemuan 3 Sp 3.....121

DAFTAR SINGKATAN

DALY	: Disability Adjusted Life Year
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
NAPZA	: Narkotik, Psikotropika Dan Zat Aditif Lainnya
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSPAL	: Rumah Sakit Pusat Angkatan laut
SP	: Strategi Pelaksanaan
PK	: Perilaku kekerasan
WHO	: World Health Organization
TAK	: Terapi Aktifitas Kelompok
MA	: Madrasah Aliyah

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan utama secara internasional. Salah satu masalah gangguan jiwa yang di alami penduduk di dunia adalah skizofrenia. Gambaran gangguan jiwa Skizofrenia beraneka ragam dari mulai gangguan pada alam pikir, perasaan dan perilaku yang mencolok sampai pada yang tersamar. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan (Yusuf, A.H, Fitryasari, R & Nihayati, 2015).

Penyakit jiwa saat ini merupakan salah satu penyakit yang banyak di derita oleh penduduk dunia. Jumlah penderita gangguan jiwa di dunia saat ini di perkirakan sebanyak 450 jiwa termasuk skizofrenia (Kementrian Kesehatan RI, 2019). Presentase tahun hilang akibat kesakitan dan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit jiwa di dunia mencapai angka 14,4% dan untuk kawasan Asia Tenggara mencapai 13,5%.Di Indonesia, pada tahun 2017, skizofrenia menduduki peringkat ketiga sebagai jenis penyakit gangguan jiwa terbanyak. Peringkat ini meningkat satu tingkat dari pendataan yang dilakukan pada 1990 (Kementrian Kesehatan RI, 2019). data riset kesehatan dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menunjukkan bahwa ada peningkatan Skizofrenia di Indonesia. Peningkatan ini dilihat dari kenaikan pravalensi rumah tangga yang memiliki anggota dengan skizofrenia 7 keluarga dengan Skizofrenia.

Prevalensi rumah tangga dengan Skizofrenia di Jawa Timur sebesar 6,4 permil sementara Surabaya tercatat sebanyak 7,4 permil.

Data 3 bulan terakhir berdasarkan hasil pencatatan data rekam medik di Ruang PAV VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya terdapat total 79 pasien, dengan rincian 50% dengan gangguan halusinasi (40 Pasien), 40% dengan gangguan Perilaku kekerasan (31 pasien), 10% dengan Gangguan Lain lain.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang tujuannya untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis bisa dilakukan secara verbal, yang diarahkan pada diri sendiri dan orang lain dan lingkungan (Sunarsih et al., 2017). Menurut Stuart 2013 dalam (Suteja, 2017) masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi faktor yang melatar belakangi munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah). Di dalam faktor predisposisi, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya masalah perilaku kekerasan, seperti faktor biologis, psikologis dan sosiokultural. Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stressor dari luar maupun dalam. Stressor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Stressor yang berasal dari dalam berupa, kehilangan keluarga atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam dan lain-lain. Selain itu, lingkungan yang kurang kondusif, seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan. Perilaku klien dengan gangguan perilaku kekerasan dapat membahayakan bagi dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar. Adapun perilaku kekerasan yang ditunjukkan antara

lain menyerang, memberontak, dan tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Tindakan keperawatan yang tepat dan baik ditatanan pelayanan rumah sakit atau dimasyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan ini. tindakan pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian teknik mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi tarik nafas dalam serta penyaluran energi, obat, verbal, atau sosial dan spiritual. Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien lalu pasien diberikan jadwal kegiatan sehari-hari dalam upaya mengevaluasi kemampuan klien mengontrol perilaku kekerasan pasien (Prasetya, 2018). Oleh sebab itu, berdasarkan uraian di atas penulis menarik kesimpulan untuk mengambil masalah keperawatan jiwa perilaku kekerasan diRuang PAV VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya. Tujuannya agar penulis dapat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kekerasan dan berusaha untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang masalah keperawatan ini maka penulis merumuskan masalah: Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa pada Ny. I masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Karya ilmiah ini disusun agar mahasiswa mampu mengidentifikasi

masalah utama pasien, dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. I. dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pasien dengan gangguan jiwa pada Ny. I. masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Ny. I. masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan jiwa pada Ny. I. masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan jiwa pada Ny. I. masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Ny. I. masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. I. masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini disusun diharapkan dapat memberikan banyak manfaat diantaranya :

1. Dari segi akademis

Karya tulis ini dapat dijadikan tambahan referensi tentang bagaimana pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, intervensi, implementasi, evaluasi sampai dalam pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah perilaku kekerasan.

2. Dari segi praktis, tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus dapat menambah pengetahuan bagi perawat di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa, khususnya untuk klien dengan masalah keperawatan utama perilaku kekerasan.

b. Bagi penulis

Hasil asuhan keperawatan ini dapat menambah pengetahuan bagi kami sebagai penulis sehingga mampu meningkatkan kemampuan dan mengambil tindakan yang tepat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan.

c. Bagi profesi kesehatan

Karya tulis ini berguna untuk menambah ilmu pengetahuan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat

Angkatan Laut Ramelan Surabaya

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi literatur / kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah yaitu : pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data obyektif yang diambil ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien saat itu.

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, dan rekam medik.

4. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya mempermudah dalam mempelajari dan memahami karya ilmiah ini, maka karya tulis ini disusun menjadi tiga bagian:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, surat pernyataan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut :

BAB 1 :

Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 :

Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep dasar penyakit dari sudut medis, konsep dasar masalah keperawatan dan konsep asuhan keperawatan perilaku kekerasan.

BAB 3 :

Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, masalah, diagnosa, analisa data, pohon masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 :

Pembahasan, yang berisi tentang perbandingan antara tinjauan pustaka

dan tinjauan kasus yang ada di lapangan.

BAB 5 :

Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit, konsep dasar masalah perilaku kekerasan dan asuhan keperawatannya. Konsep penyakit dan konsep dasar masalah akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganannya. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia. Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan dan perilaku individu. Menurut Sadock, dkk (2014) skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan distorsi gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku (Sutejo, 2017) dikutip dalam (Herawati et al., 2020).

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang

paling sering. Tipe skizofrenia menurut ICD-X adalah skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lainnya dan skizofrenia yang tak tergolongkan (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016a)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Terdapat beberapa penyebab terjadinya skizofrenia menurut (Kaplan et al., 2010):

a. Teori stress model

Teori stress model ini menggabungkan antara faktor biologis, psikososial dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis. Faktor biologis, hasil kajian secara biologis dikenal suatu hipotesis dopamine yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergic yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia

b. Faktor Biologis

Beberapa bukti menunjukkan bahwa skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas neurotransmitter dopamine yang berlebihan di bagian-bagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap

dopamine. Banyak ahli berpendapat bahwa aktivitas dopamine yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa neurotransmitter lain seperti serotonin dan norepinephrine tampaknya juga memainkan peranan. Berbagai teknik imaging seperti MRI dan PET telah membantu para ilmuwan untuk menemukan abnormalitas struktural spesifik pada otak pasien skizofrenia. Misalnya pasien skizofrenia yang kronis cenderung memiliki ventrikel otak yang lebih besar. Mereka juga memiliki volume jaringan otak yang lebih sedikit daripada orang normal. Pasien skizofrenia menunjukkan aktivitas yang sangat rendah pada lobus frontalis otak. Ada juga kemungkinan abnormalitas di bagian-bagian lain otak seperti di lobus temporalis, basal ganglia, thalamus, hippocampus dan superior temporal gyrus. *Magnetic resonance imaging* (MRI) menunjukkan perbedaan struktural antara otak orang dewasa normal di sebelah kiri dengan otak pasien skizofrenia di sebelah kanan. Otak pasien skizofrenia menunjukkan pembesaran ventrikel, namun tidak semua pasien skizofrenia menunjukkan abnormalitas ini.

c. Genetika

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa gen yang diwarisi seseorang sangat kuat mempengaruhi resiko seseorang mengalami skizofrenia. Studi pada keluarga telah menunjukkan bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien skizofrenia, makin besar resikonya untuk mengalami penyakit tersebut. Sebenarnya skizofrenia bukanlah penyakit keturunan, tetapi kecenderungan sifat anak diwariskan dari genetika orang tuanya. Anak belajar perilaku orang tuanya, jika orang pemaarah atau pendiam maka

anak cenderung belajar dari perilaku orang tuanya. Keluarga adalah tempat yang pertama dan utama dalam proses sosialisasi dan pembelajaran anak. Apapun yang terjadi anak lebih sering mirip dengan sifat orang tuanya meskipun ada yang dominan atau resisten. Sama dengan diabetes mellitus dan hipertensi adalah penyakit yang terjadi karena pewarisan sifat genetika. Dengan demikian meskipun salah satu anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa, diabetes mellitus atau hipertensi, asal anak dapat mengantisipasi dengan memperbaiki pola perilaku dan konsumsi yang adekuat sifat-sifat genetika orang tua tidak bisa dominan.

d. Faktor Psikososial

Faktor psikososial mempelajari risiko terjadinya skizofrenia karena pengaruh teori perkembangan, teori belajar dan teori keluarga. Ahli teori perkembangan Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan tidak tercapainya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia. Menurut ahli teori belajar, anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berpikir irrasional orang tua yang mungkin memiliki emosional yang bermakna. Teori keluarga sebenarnya menyimpulkan tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia. Namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsi. Komunikasi keluarga yang tidak efektif dapat menyebabkan perkembangan komunikasi verbal yang unik pada keluarga tidak dimengerti oleh orang di luar keluarga dan dapat

menimbulkan masalah ketika anak meninggalkan rumah dan berhubungan dengan orang lain. Emosi yang diekspresikan seringkali disingkat EE (*expressed emotion*) biasanya didefinisikan sebagai kecaman, permusuhan, dan keterlibatan yang berlebihan dapat menyebabkan angka kekambuhan yang tinggi bagi pasien skizofrenia.

2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia ditandai adanya penyimpangan yang mendasar dan karakteristik dari pikiran, persepsi, serta afek emosi yang tidak wajar atau tumpul. Menurut PPDGJ III (2001) skizofrenia dapat ditegakkan bila ada sedikitnya satu gejala berikut ini (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas (Maslim, 2001) :

a. Isi pikiran

- 1) *Thought of echo*, isi pikiran tentang diri sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya, adanya pengulangan isi pikiran dengan kualitas yang berbeda.
- 2) *Thought insertion or withdrawal*, isi pikiran dimana merasa sesuatu yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*)
- 3) *Thought broadcasting*, isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.

b. Delusi

- 1) *Delusion of control*, waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan dari luar

- 2) *Delusion of influence*, waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar.
- 3) *Delusion of passivity*, waham tentang dirinya tidak berdaya atau pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar.
- 4) *Delusion perception*, pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.

c. Halusinasi

Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

d. Waham

Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa.

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ

III (Maslim, 2001) yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori

yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal, halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.

- c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.

2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)

- a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
- b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
- c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
- d. Gejala bertahan 2-3 minggu.
- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
- f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
- g. Afek dangkal (shallow) dan tidak wajar (in appropriate), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
- h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren

3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)

- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
 - f. Rigiditas (kaku).
 - g. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
 - h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi

mendominasi gambaran klinisnya).

- c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
 - b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
 - c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
 - d. Tidak terdapat dementia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)
 - a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pematapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:
 - 1.) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
 - 2.) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.
 - b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtype skizofrenia lainnya
8. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia chenessopathic (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.
9. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

Terapi pada pasien skizofrenia diberikan secara komprehensif sesuai tanda gejala dan penyebab terjadinya penyakit. Berikut adalah beberapa alternative terapi yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia menurut (Yusuf et al., 2019)

a. Terapi farmakologi

Pendekatan farmakologis pada pasien skizofrenia biasanya dengan diberikan obat antipsikotik. Pengobatan antipsikotik membantu mengendalikan perilaku skizofrenia yang mencolok dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan rumah sakit jangka panjang apabila dikonsumsi pada saat pemeliharaan atau secara teratur setelah episode akut. Prinsip pemberian farmako terapi pada pasien skizofrenia adalah start low go slow dimulai dengan dosis rendah ditingkatkan sampai dosis optimal kemudian diturunkan perlahan untuk pemeliharaan. Pemberian terpai farmakologi dengan memberikan obat-obatan saja tidak cukup untuk membantu penderita skizofrenia untuk memenuhi sisi kebutuhan hidupnya. Terapi farmakologi juga harus ditunjang dengan pemberian terapi yang lain yang bersifat membantu penderita agar dapat kembali ke lingkungan sosial melalui psikoedukasi dan pelatihan-pelatihan keterampilan sosial.

b. Terapi psikososial

Terapi psikososial diberikan kepada pasien skizofrenia dengan tujuan pasien mampu berinteraksi atau menjalin hubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan. Dengan kemampuan interkasi diharapkan pasien mampu beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri dan tidak bergantung pada orang lain.

c. Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya diberikan di bagian tersendiri rumah sakit jiwa yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan rehabilitasi, diantaranya terapi okupasi yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi dan lain-lain.

d. Program intervensi keluarga

Intervensi keluarga memiliki banyak variasi, namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan bagaimana cara berhubungan dengan cara yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga dan memacu pemecahan masalah dan keterampilan coping yang baik.

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang tujuannya untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis bisa dilakukan secara verbal, yang diarahkan pada diri sendiri dan orang lain dan lingkungan (Sunarsih et al., 2017). Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015). Perilaku

kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun non-verbal. Dari pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan atau agresifitas dapat didefinisikan, yaitu suatu perilaku mencederai atau melukai diri sendiri, orang lain/sekelompok orang dan lingkungan, baik secara verbal, fisik, dan psikologis yang akan mengakibatkan beberapa kerugian seperti trauma fisik, psikologis, dan bahkan kematian. Untuk mengatasi maupun meminimalkan dampak tersebut, maka perawat perlu mengetahui karakteristik perilaku yang ditunjukkan oleh individu melakukan perilaku kekerasan mulai dari kondisi memperlihatkan permusuhan sampai pada tingkat yang serius seperti memukul atau melukai dan reaksi perilaku kekerasan yang ditunjukkan setiap individu berbeda-beda dan berfluktuasi (Ernawati et al., 2020).

2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya perilaku kekerasan pada pasien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi (Nurhalimah, 2018).

a. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, meliputi :

1. Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan

jiwa, adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkoti, psikotropika dan zat aditif lainnya).

2. Faktor Psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat. Salah satu kebutuhan manusia adalah "berperilaku", apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut berperilaku destruktif

3. Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*social learning theory*).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan yang lain. Stresor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun luar individu.

Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti (putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dll. Sedangkan faktor luar individu meliputi serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu

ribut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan.

2.2.3 Proses Terjadinya Marah

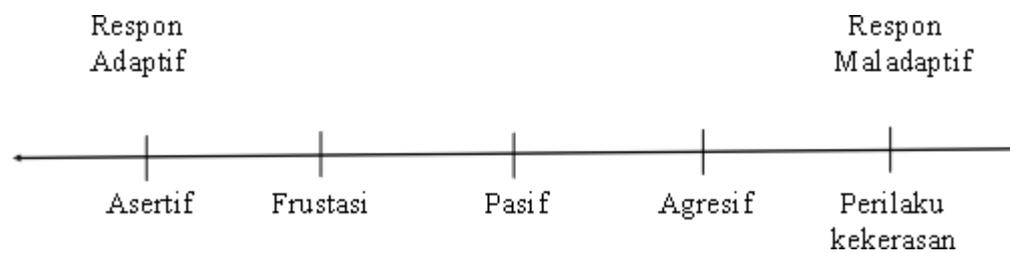
Amuk atau marah merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat, 1991) dalam (Yusuf, A.H, Fitryasari, R & Nihayati, 2015). Amuk adalah respons marah terhadap adanya stres, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan.

Respons marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menantang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk (Yusuf, A.H, Fitryasari, R & Nihayati, 2015)

2.2.4 Rentang Respon Marah

Dalam (Yusuf, A.H, Fitryasari, R & Nihayati, 2015) perilaku kekerasan merupakan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu

bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa “ia” tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 Rentang respon marah

Keterangan :

1. Asertif: Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain dan ketenangan.
2. Frustrasi: Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.
3. Pasif: Perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
4. Agresif: memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku

untuk tidak melukai orang lain.

5. Kekerasan: Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri atau hilang kontrol.

Tabel 2.1 Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif (Yusuf, A. et al., 2014).

Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada bicara	1.Negatif 2.Menghina diri 3.Dapatkah saya lakukan? 4.Dapatkah ia lakukan?	1.Positif 2.Menghargai diri sendiri 3.Saya dapat/akan lakukan	1.Berlebihan 2.Menghina orang lain 3.Anda selalu/tidak pernah?
Nada suara	1.Berlebihan 2.Menghina orang lain 3.Anda selalu/tidak pernah?	Diatur	1.Tinggi 2.Menuntut
Sikap tubuh	1.Melotot 2.Menundukan	1.Tegak 2.Relaks	1.Tegang 2.Bersandar

	kepala		ke depan
Personal Space	Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	1.Menjaga jarak yang menyenangkan 2.Mempertahankan hak tempat/teritorial	Memiliki teritorial orang lain
Gerakan	1 Minimal 2.Lemah 3.Resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak mata	Sedikit/tidak ada	Sekali-sekali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan Interaksi	Melotot

2.2.5 Mekanisme Koping Perilaku Kekerasan

Menurut (Yoseb & Sutini, 2016) perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang karena ditinggal oleh seseorang yang dianggap sangat berpengaruh dalam hidupnya. Bila kondisinya tersebut tidak berakhir dapat menyebabkan perasaan harga diri rendah sehingga sulit untuk bergaul dengan orang lain. Bila ketidakmampuan bergaul dengan orang lain tidak diatasi akan timbul halusinasi yang menyuruh untuk melakukan tindakan kekerasan dan ini berdampak terhadap resiko tinggi mencederai diri, orang lain, dan lingkungan.

Menurut (Stuart & Laraia (Azizah et al., 2016)), mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

1. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mngurangi ketegangan akibat rasa marah.
2. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mecumbunya.
3. Represi yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seorang anak yang benci pada orang tua yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
4. Reaksi formasi yaitu mencegah keinginannya yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

2.2.6 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi.

a. Data Subyektif :

- Ungkapan berupa ancaman
- Ungkapan kata-kata kasar
- Ungkapan ingin memukul/melukai

b. Data Obyektif :

- 1) Wajah memerah dan tegang
- 2) Pandangan tajam
- 3) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 4) Mengepalkan tangan
- 5) Bicara kasar
- 6) Suara tinggi, menjerit dan berteriak
- 7) Mondar mandir
- 8) Melempar atau memukul benda/orang lain

2.3 Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu perilaku kekerasan saat sedang berlangsung atau perilaku kekerasan terdahulu / riwayat perilaku kekerasan (Keliat & Akemat, 2019) .

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

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

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun Diagnosa keperawatan pasien yang muncul pasien dengan gangguan perilaku kekerasan sebagai berikut : (Azizah et al,2016)

1. Isolasi social
2. Perilaku kekerasan
3. Resiko perilaku kekerasan menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

2.3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Setelah menegakkan diagnosis keperawatan, perawat melakukan beberapa tindakan keperawatan, baik pada pasien maupun keluarganya (Keliat

& Akemat, 2019).

a. Tindakan keperawatan pada pasien

1. Tujuan keperawatan

- a) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
- d) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
- e) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya
- f) Pasien dapat mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka

2. Tindakan keperawatan

- a) Bina hubungan saling percaya. Dalam membina hubungan saling percaya, pasien harus merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Tindakan yang harus perawat lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :
 - 1) Mengucapkan salam terapeutik
 - 2) Berjabat tangan
 - 3) Menjelaskan tujuan interaksi
 - 4) Membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali

bertemu pasien

- b) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu
- c) Diskusikan perasaan, tanda, dan gejala yang dirasakan pasien jika terjadi perilaku kekerasan.
 - 1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - 2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - 3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan intelektual
- d) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah :
 - 1) Verbal
 - 2) Terhadap orang lain
 - 3) Terhadap diri sendiri
 - 4) Terhadap lingkungan
- e) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan yang ia lakukan
- f) Diskusikan bersama pasien cara mengendalikan perilaku

kekerasan, yaitu dengan cara berikut :

- 1) Fisik : pukul kasur / bantal, Tarik napas dalam
 - 2) Obat
 - 3) Sosial / Verbal : Menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - 4) Spiritual : Beribadah sesuai keyakinan pasien
- g) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik:
- 1) Latihan napas dalam dan pukul kasur / bantal
 - 2) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
- h) Bantu latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial /verbal
- i) Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual :
- 1) Bantu pasien mengendalikan marah secara spiritual : Kegiatan ibadah yang biasa dilakukan
 - 2) Buat jadwal latihan ibadah dan berdoa
- j) Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan patuh minum obat :
- 1) Bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, dan benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan mengenai kegunaan obat akibat berhenti minum obat

- 2) Susun jadwal minum obat secara teratur
 - k) Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi Persepsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan
- b. Tindakan keperawatan pada keluarga
1. Tujuan keperawatan
Keluarga dapat merawat pasien di rumah
 2. Tindakan keperawatan
 - a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
 - b) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)
 - c) Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda / orang lain
 - d) Bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
 - 1) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
 - 2) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala

perilaku kekerasan

- 3) Buat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.4 Implementasi Tindakan Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Yang biasa dilakukan perawat adalah menggunakan rencana tidak tertulis, yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan, itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal (Keliat et al., 2015).

Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan,, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien saat ini (*here and now*). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat et al., 2015). Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan menurut (Keliat & Akemat, 2019) meliputi :

1. Strategi pelaksanaan pasien:

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

SP 2 Pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi latihan napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul kasur dan bantal)

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

SP 4 pasien : Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan social/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah / berdoa) **SP 5** pasien : Membantu pasien melatih perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar [benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, benar dosis obat] disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur)

2. Strategi pelaksanaan keluarga

SP 1 Keluarga : Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah (diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, diskusikan bersama keluarga tentang

perilaku kekerasan(penyebab, tanda dan gejala perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut) diskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda / orang lain)

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

SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon klien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan (Keliat et al., 2015).

Rencana tindak lanjut dapat berupa :

1. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah
2. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan sudah dijalankan, tetapi hasil belum memuaskan

3. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada; diagnose lama juga dibatalkan.
4. Rencana atau diagnosis selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Klien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi agar dapat melihat adanya perubahan , serta berupaya mempertahankan dan memelihara perubahan tersebut. Pada evaluasi sangat diperlukan *reinforcement* untuk menguatkan perubahan yang positif. Klien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan *self- reinforcement* (Keliat et al., 2015). Evaluasi kemampuan pasien perilaku kekerasan berhasil apabila pasien menurut (Nurhalimah, 2018) :

- 1) Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasadilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan.
- 2) Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal :
 - a) Secara fisik : Tarik napas dalam dan pukul bantal / kasur
 - b) Secara social / verbal : meminta, menolok dan mengungkapkan perasaan dengan baik
 - c) Secara spiritual
 - d) Secara psikofarmaka
- 3) Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan
 - a. Evaluasi kemampuan keluarga (pelaku rawat) perilaku kekerasan apabila

keluarga dapat :

- 1) Mengetahui masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan)
- 2) Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
- 3) Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
- 4) Memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
- 5) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
- 6) Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
- 7) Melakukan follow up ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan.

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Pengertian Konsep Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan suatu komunikasi yang sangat memperhatikan kemampuan berbahasa, karena sifatnya yang ditujukan untuk memberi terapi kepada pasien/klien atau lawan bicara. Komunikasi terapeutik sendiri merupakan bagian dari komunikasi interpersonal dalam dunia kesehatan khususnya bidang keperawatan yang membutuhkan rasa percaya/kepercayaan (*trust*), sikap suportif (*supportiveness*), dan sikap terbuka (*open mindedness*) dari masing-masing pihak. Dalam kajian Afnuhazi (2015a), komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan oleh perawat, direncanakan secara sadar dengan tujuan dan kegiatan difokuskan untuk menyembuhkan

klien. Oleh karena itu, dalam menyampaikan pesan komunikasi terapeutik dibutuhkan kehati-hatian, karena menyentuh psikologis seseorang dan harus memahami kondisi lawan bicara atau seseorang yang ingin diberi terapi klien/pasien (Fasya & Supratman, 2018).

Dalam melakukan komunikasi terapeutik harus memperhatikan teknik-teknik dalam penyampaiannya agar dapat diterima dengan baik oleh klien sehingga klien pun paham. Beberapa teknik komunikasi terapeutik menurut Stuart (1998) antara lain: mendengarkan dengan sepenuh perhatian, menunjukkan penerimaan, menanyakan pertanyaan yang berkaitan, menyatakan hasil observasi, menawarkan informasi, memberikan penghargaan, menawarkan diri, memberikan kesempatan pada klien untuk memulai pembicaraan, memberikan kesempatan kepada klien untuk menguraikan persepsinya, refleksi dan humor. Seorang perawat harus memiliki keterampilan komunikasi terapeutik. Dengan keterampilan tersebut seorang perawat akan mudah membangun kepercayaan terhadap klien atau pasien, yang pada akhirnya mencapai tujuan keperawatan sehingga pasien mudah memahami dan mengikuti proses terapi, pada akhirnya memberikan kesembuhan pada klien atau pasien itu sendiri.

2.4.2 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Prinsip Komunikasi Terapeutik meliputi:

- 1) Perawat harus mengenal diri sendiri dengan menghayati, memahami diri dan nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi ditandai dengan sikap saling menerima, percaya dan menghargai.

- 3) Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut klien.
- 4) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan biopsikososialsexual dan spiritual klien.
- 5) Perawat harus menciptakan suasana bebas rasa takut.
- 6) Perawat harus menciptakan motivasi klien untuk mengubah diri agar lebih “matang”
- 7) Perawat harus mampu menguasai perasaan diri seperti perasaan embira, sedih, marah, berhasil atau frustrasi.
- 8) Memahami betul arti empati yang terapeutik dan simpati yg tidak terapeutik
- 9) Kejujuran dan komunikasi terbuka merup dasar dari hubungan terapeutik.
- 10) Mampu berperan sebagai role model.
- 11) Mempunyai sifat Altruisme.
- 12) Berpegangan pada etika.
- 13) Bertanggung jawab terhadap diri dan orang lain.

2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Karakteristik perawat dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik :

a. Kejujuran

Kejujuran merupakan modal utama agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran mustahil dapat membina hubungan saling percaya.

b. Empati (*Empathy*)

Empati merupakan perasaan “pemahaman” dan “penerimaan” perawat

terhadap perasaan yang dialami pasien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif dan tidak dibuat-buat (objektif) didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara orang yang terlibat komunikasi.

c. *Kehangatan (Warmth)*

Dengan kehangatan, perawat akan mendorong pasien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi. Suasana yang hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap pasien. Sehingga pasien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam.

2.4.4 Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik

1. *Prainteraksi*

Prainteraksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan klien dapat dipertanggung jawabkan. Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna untuk lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan. Ia seharusnya mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dg orang lain dan berpegangan pada kenyataan dalam menolong klien.

2. *Fase Orientasi*

Fase ini dimulai dengan pertemuan pertama dengan klien, hal utama yang

perlu dikaji adalah alasan utama klien minta tolong yang akan mempengaruhi hubungan perawat-klien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian dan komunikasi yang terbuka serta perumusan kontrak dengan klien. Elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas agar kerjasama P-K bisa optimal. Diharapkan peran serta klien secara penuh dalam kontrak, kecuali kondisi tertentu seperti gangguan realita, sehingga perawat melakukan kontrak sepihak.

3. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif pasien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas pasien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada pasien.

4. Fase Terminasi

Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan pasien, melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik.

2.5 Konsep Stress Adaptasi

2.5.1 Pengertian Stress

Stres didefinisikan sebagai reaksi atau stimulus yang berasal dari lingkungan yang bersifat konsisten dengan perubahan spesifik yang dialami

sistem biologis manusia (Papathanasion et al., 2015). Stress dapat menciptakan situasi emosional meliputi kecemasan, kemarahan dan agresi, serta apatis dan depresi (Eunike et al., 2012). Sedangkan Menurut (Kozier, 2011) stress dapat diartikan sebagai stimulus, respon dan transaksi (mencakup respon kognitif, afektif dan adaptasi). Jadi dapat disimpulkan bahwa stress merupakan reaksi atau stimulus yang berasal dari lingkungan, keluarga, orang lain yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari sehingga menyebabkan ketegangan pada aspek biopsikososial sehingga tercipta situasi emosional terdiri dari kecemasan, kemarahan dan agresi, apati serta depresi.

Keperawatan jiwa menggunakan model stres adaptasi dalam mengidentifikasi penyimpangan perilaku. Model ini mengidentifikasi sehat sakit, mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, dan sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Ada beberapa faktor yang dikembangkan dalam model ini yaitu: faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan antara adaptif sampai maladaptif. Secara lengkap komponen pengkajian model stres adaptasi dalam keperawatan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut (Stuart et al., 2016).

2.5.2 Jenis Stress

Jenis jenis stres berdasarkan pengaruhnya terhadap individu dibedakan menjadi dua (Shahsavarani et al., 2015) , yaitu:

a. Distress (stres negatif)

Distress yaitu hasil dari respon terhadap stres yang bersifat tidak sehat, negatif, dan destruktif (bersifat merusak). Hal tersebut

termasuk konsekuensi individu dan juga organisasi seperti penyakit kardiovaskular dan tingkat ketidakhadiran (absenteeism) yang tinggi, yang diasosiasikan dengan keadaan sakit, penurunan, dan kematian. Distress merupakan jenis stres yang diakibatkan oleh hal-hal yang tidak menyenangkan. Sebagai contoh: pertengkaran, kematian pasangan hidup, dan lain-lain.

b. Eustress (stres positif)

Eustress yaitu stres yang sangat berguna lantaran dapat membuat tubuh menjadi lebih waspada. Eustress membuat tubuh dan pikiran menjadi siap untuk menghadapi banyak tantangan, bahkan bisa tanpa disadari. Tipe stres ini dapat membantu memberi kekuatan dan menentukan keputusan, contohnya menemukan solusi untuk masalah. Eustress merupakan jenis stres yang diakibatkan oleh hal-hal yang menyenangkan. Sebagai contoh: perubahan peran setelah menikah, kelahiran anak pertama, dan lain-lain

2.5.3 Penyebab Stress

Sumber stres atau penyebab stres dikenali sebagai stresor. Stresor adalah segala situasi atau pemicu yang menyebabkan individu merasa tertekan atau terancam. Penyebab stres dapat dibagi menjadi dua, yaitu stresor eksternal dan stresor internal .

- a. Stresor eksternal merupakan stresor berasal dari luar individu seperti stresor yang berada di lingkungan dan stresor sosial yaitu tekanan dari luar disebabkan oleh interaksi individu dengan lingkungannya, banyak stresor sosial yang bersifat traumatic yang tak dapat

dihindari, seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pensiun dari pekerjaan, perceraian, masalah keuangan, pindah rumah dan lain-lain.

- b. Stressor internal merupakan stresor yang berasal dari dalam individu seperti stresor psikologis tekanan dari dalam diri individu biasanya yang bersifat negatif seperti frustrasi, kecemasan (anxiety), rasa bersalah, takut berlebihan, marah, benci, sedih, cemburu, rasa kasihan pada diri sendiri, serta rasa rendah diri. Stresor biologis seperti pelepasan neurotransmitters saat stres dari kelenjar adrenal, medula yaitu epinefrin dan norepinefrin dalam respon terhadap stres. Pelepasan neurotransmitter menyebabkan efek fisiologis seperti denyut jantung meningkat, peningkatan kewaspadaan dan lain-lain.

2.5.4 Faktor Yang Mempengaruhi Stress

Berikut ini adalah beberapa faktor yang mempengaruhi stres menurut Santrock, yaitu:

- a. Faktor Lingkungan

Stres muncul karena suatu stimulus menjadi semakin berat dan berkepanjangan sehingga individu tidak lagi bisa menghadapinya. Ada tiga tipe konflik yaitu mendekat-mendekat (*approach - approach*), menghindar - menghindar (*avoidance - avoidance*) dan mendekat- menghindar (*approachavoidance*). Frustrasi terjadi jika individu tidak dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Stres dapat muncul akibat kejadian besar dalam hidup maupun gangguan sehari-hari dalam kehidupan individu.

b. Faktor Kognitif

Lazarus percaya bahwa stres pada individu tergantung pada bagaimana mereka membuat penilaian secara kognitif dan menginterpretasi suatu kejadian. Penilaian kognitif adalah istilah yang digunakan Lazarus untuk menggambarkan interpretasi individu terhadap kejadian-kejadian dalam hidup mereka sebagai suatu yang berbahaya, mengancam, atau menantang (penilaian primer) dan keyakinan mereka apakah mereka memiliki kemampuan untuk menghadapi suatu kejadian dengan efektif sekunder). Strategi "pendekatan" biasanya lebih baik dari pada strategi "menghindar".

c. Faktor Kepribadian

Pemilihan strategi mengatasi masalah yang digunakan individu dipengaruhi oleh karakteristik kepribadian seperti kepribadian optimis dan pesimis. Menurut Carver dkk (1989) individu yang memiliki kepribadian optimis lebih cenderung menggunakan strategi mengatasi masalah yang berorientasi pada masalah yang dihadapi. Individu yang memiliki rasa optimis yang tinggi lebih mensosiasikan dengan penggunaan strategi *coping* yang efektif. Sebaliknya, individu yang pesimis cenderung bereaksi dengan perasaan negatif terhadap situasi yang menekan dengan cara menjauhkan diri dari masalah dan cenderung menyalahkan diri sendiri.

d. Faktor Sosial-Budaya

Akulturasinya mengacu pada perubahan kebudayaan yang merupakan akibat dari kontak yang sifatnya terus menerus antara dua kelompok kebudayaan yang berbeda. Stres akulturasi adalah konsekuensi negatif dari akulturasi. Anggota kelompok etnis minoritas sepanjang sejarah telah mengalami sikap permusuhan,

prasangka, dan ketiadaan dukungan yang efektif selama krisis, yang menyebabkan pengucilan, isolasi sosial, dan meningkatnya stres.

2.5.5 Reaksi Terhadap Stress

1. Aspek Fisiologis

Walter Canon (dalam sarafino, 2014) memberikan deskripsi mengenai bagaimana reaksi tubuh terhadap suatu peristiwa yang mengancam. Ia menyebutkan reaksi tersebut sebagai *fight-or-flight response* karena respon fisiologis mempersiapkan individu untuk menghadapi atau menghindari situasi yang mengancam tersebut. *Fight-or-flight response* menyebabkan individu dapat berespon dengan cepat terhadap situasi yang mengancam. Akan tetapi bila arousal yang tinggi terus menerus muncul dapat membahayakan kesehatan individu. Selye (dalam Sarafino, 2014) mempelajari akibat yang diperoleh bila stressor terus menerus muncul. Ia mengembangkan istilah *General Adaptation Syndrome* (GAS) yang terdiri atas rangkaian tahapan reaksi fisiologis terhadap stressor yaitu:

a) Fase reaksi yang mengejutkan (*alarm reaction*)

Pada fase ini individu secara fisiologis merasakan adanya ketidakberesan seperti jantungnya berdegup, keluar keringat dingin, muka pucat, leher tegang, nadi bergerak cepat dan sebagainya. Fase ini merupakan pertanda awal orang terkena stres.

b) Fase perlawanan (*Stage of Resistance*)

Fase ini tubuh membuat mekanisme perlawanan pada stres, sebab pada tingkat tertentu, stres akan membahayakan. Tubuh dapat mengalami disfungsi, bila stres dibiarkan berlarut-larut. Selama

masa perlawanan tersebut, tubuh harus cukup tersuplai oleh gizi yang seimbang, karena tubuh sedang melakukan kerja keras (Lumban Gaol, 2016) .

c) Fase Keletihan (*Stage of Exhaustion*)

Fase disaat orang sudah tak mampu lagi melakukan perlawanan. Akibat yang parah bila seseorang sampai pada fase ini adalah penyakit yang dapat menyerang bagian – bagian tubuh yang lemah.

2. Aspek psikologis

Reaksi psikologis terhadap stressor meliputi:

- a. Kognisi, Cohen menyatakan bahwa stres dapat melemahkan ingatan dan perhatian dalam aktifitas kognitif.
- b. Emosi, emosi cenderung terkait stres. Individu sering menggunakan keadaan emosionalnya untuk mengevaluasi stres dan pengalaman emosional. Reaksi emosional terhadap stres yaitu rasa takut, phobia, kecemasan, depresi, perasaan sedih dan marah.
- c. Perilaku Sosial, stres dapat mengubah perilaku individu terhadap orang lain. Individu dapat berperilaku menjadi positif dan negatif (dalam Sarafino, 2014). Stres yang diikuti dengan rasa marah menyebabkan perilaku sosial negatif cenderung meningkat sehingga dapat menimbulkan perilaku agresif (Lumban Gaol, 2016).

2.5.6 Teknik Manajemen Stress

1. Psikoterapi

Psikoterapi adalah upaya intervensi oleh psikoterapis terlatih agar kliennya bisa mengatasi persoalannya. Pada dasarnya metode psikoterapi adalah

wawancara tatap muka perorangan, tetapi dalam praktik banyak variasi teknik psikoterapi tergantung pada teori yang mendasarinya dan jenis masalah yang sering dihadapi klien. Tujuan psikoterapi adalah untuk mengembalikan keadaan kejiwaan klien yang terganggu (mulai dari masalah ringan sampai gangguan mental berat) agar bisa berfungsi kembali dengan optimal sehingga klien tersebut merasa bisa merasa dirinya lebih sehat mental (Hawari, 2011).

Berdasarkan teori dan teknik yang diterapkan ada beberapa jenis psikoterapi:

a) Psikoanalisis

Teknik ini diperkenalkan oleh Sigmund Freud. Sesuai dengan teorinya, Freud mencoba menjelajahi alam ketidaksadaran pasiennya melalui wawancara yang dinamakannya asosiasi bebas sampai pasien menemukan sumber masalahnya yang biasanya terdapat dalam alam ketidaksadaran itu. Pasien harus berbaring di sofa dan psikoterapis duduk di belakangnya sambil member pertanyaan – pertanyaan dan mencatat. Gunanya adalah agar pasien bisa bebas berasosiasi tidak terhambat oleh kehadiran terapis. Tahap penting dari teknik ini adalah jika terjadi katarsis yaitu pasien bisa meluapkan emosinya sehingga menimbulkan perasaan lega. Kelemahan teknik ini adalah bahwa proses penyembuhan bisa berlangsung bertahun-tahun.

b) Hypnoterapy

Sebelum teknik psikoanalisis diperkenalkan psikeater menggunakan teknik hipnotis untuk menurunkan ambang kesadaran dan mensugesti pasien untuk sembuh. Teknik ini bisa langsung menghilangkan gejala,

tetapi hanya berlangsung sesaat dan akan kambuh lagi jika pengaruh sugesti sudah hilang. Oleh karena itu sekarang dikembangkan teknik hypnoterai baru sehingga pasien / klien bisa mensugesti dirinya sendiri dan bisa sembuh total tanpa tergantung pada psikoterapis lagi (Hawari, 2011).

c) Terapi Humanistik

Disebut juga terapi client centered. Teknik yang dianjurkan oleh Carl Rogers ini beranggapan bahwa semua orang punya aspek positif dalam dirinya. Psikoterapis bertugas untuk membantu klien menelusuri semua potensi positif dalam dirinya, agar dia bisa mengembangkan dirinya secara positif dan meninggalkan gejala-gejala gangguan mentalnya.

a) Terapi Perilaku.

Dasar teorinya adalah teori belajar dari J.B. Watson yang menyatakan bahwa perilaku bisa ditimbulkan atau dihambat dengan memberinya reinforcement (ganjaran) yang positif (untuk mendorong) atau negative (menghambat). Teknik ini digunakan untuk mengatasi phobia. Caranya adalah mendekati benda yang ditakuti itu dengan hal-hal yang menyenangkan klien sehingga timbul asumsi positif antara benda yang ditakuti dengan hal yang menyenangkan dan lama kelamaan fobia bisa hilang. Kelemahan teknik ini adalah sewaktu-waktu bisa timbul kembali kalau ada trauma (peristiwa yang tidak dikehendaki) baru atau jika persoalan intinya belum terpecahkan bisa muncul dalam gejala / keluhan lain.

1) Berpikir Positif

Optimisme dapat menangkal dampak negatif stres, ketegangan dan

kecemasan telah di sistem kekebalan tubuh Anda dan kesejahteraan. Sangat penting untuk mengelilingi diri dengan orang-orang positif. Getaran negatif dari teman-teman dan rekan kerja dapat menyebar, sehingga sulit bagi Anda untuk bersantai. Lihatlah situasi tertentu berbeda. Mungkin cara Anda mencari mungkin menyebabkan tekanan yang banyak.

2) Tidur

Aktivitas ini bisa dibilang efektif Mendapatkan tidur nyenyak yang cukup memiliki dampak besar pada tingkat stres Anda. Fungsi kekebalan dan ketahanan terhadap penyakit pun bangkit. Tidur tidak hanya mengurangi tingkat pemulihan Anda Tapi ingat, ini bisa juga meningkatkan tingkat stres dalam tubuh Anda jika kadarnya berlebih Jadi jangan kesiangan karena ini akan membuat Anda bertambah lesu.

3) Tertawa

Tawa luka stres dan mempromosikan relaksasi Itu pada gilirannya membantu sel-sel kekebalan tubuh berfungsi lebih baik. Temukan humor dalam hal-hal dan terlibat dalam aktivitas yang membuat Anda tertawa untuk meningkatkan fungsi kekebalan tubuh dan ketahanan terhadap penyakit.

4) Olahraga

Latihan akan merevitalisasi tubuh dan pikiran Anda dan Anda akan siap untuk menghadapi apa pun. Olahraga teratur dan aktivitas fisik tidak hanya memperkuat sistem kekebalan tubuh, sistem kardiovaskular, jantung, otot dan tulang, tetapi juga membantu dalam manajemen stres

dengan menyediakan gangguan dari situasi stres dan meningkatkan endorfin (merasa-baik tubuh kimia).Penelitian menunjukkan bahwa 20 menit setiap hari adalah semua yang diperlukan untuk pengalaman manfaat.Jadi mendapatkan beberapa memompa darah dan melepaskan beberapa endorfin.

5) Meditasi

Meditasi sangat bagus tidak hanya untuk menghilangkan stres, tetapi juga untuk relaksasi otot.Penelitian telah menunjukkan bahwa meditasi dapat membantu dalam menurunkan tekanan darah. Cobalah mulai sekarang renungkan untuk memanggil energi positif.Caranya mudah, cukup hanya mengambil nafas panjang dan mengosongkan pikiran Anda.Lakukan meditasi 10 menit saja dan reguk manfaatnya.

6) Dengarkan Musik

Apakah Anda terjebak dalam kemacetan lalu lintas atau bersiap untuk hari yang berat di tempat kerja, mendengarkan musik favorit Anda merupakan metode yang bagus untuk mengurangi stres dan menghilangkan kecemasan. Musik yang menenangkan dapat memiliki efek relaksasi pada gelisah, tegang pikiran.Hal ini juga dapat menurunkan tekanan darah, memperlambat pernapasan dan detak jantung. Cari tahu apa jenis musik yang bisa membantu Anda bekerja yang terbaik dan kemudian membuat koleksi musik untuk membantu Anda rileks dan merasa baik.

7) *Massage* / Pijat

Pijat seluruh tubuh membantu untuk melepaskan ketegangan dan

rasa sakit dari stres otot tegang. Selain kiat-kiat di atas, untuk menghadapi stres dengan cara sehat atau harmonis, tentu banyak hal yang dapat dikaji. Dalam menghadapi stres, dapat dilakukan dengan tiga strategi yaitu :

- a) Memperkecil dan mengendalikan sumber-sumber stress
- b) Menetralkan dampak yang ditimbulkan oleh stres, dan
- c) Meningkatkan daya tahan pribadi.

Dalam **strategi pertama**, perlu dilakukan penilaian terhadap situasi sumber-sumber stres, mengembangkan - alternatif tindakan, mengambil tindakan yang dipandang paling tepat, mengambil tindakan yang lebih positif, memaniaatkan umpan balik dan sebagainya. **Strategi kedua**, dilakukan dengan mengendalikan berbagai reaksi baik jasmaniah, emosional, maupun bentuk-bentuk mekanisme pertahanan diri. Dalam membentuk mekanisme pertahanan diri dapat dilakukan dengan berbagai cara. Misalnya menangis, menceritakan masalah kepada orang lain, humor (melucu), istirahat dan sebagainya. Sedangkan dalam menghadapi reaksi emosional, adalah dengan mengendalikan emosi secara sadar, dan mendapatkan dukungan sosial dari lingkungan. **Strategi ketiga**, dilakukan dengan memperkuat diri sendiri, yaitu dengan lebih memahami diri, memahami orang lain, mengembangkan ketrampilan pribadi, berolahraga secara teratur, beribadah, polapola kerja yang teralur dan disiplin, mengembangkan tujuan dan nilai-nilai yang lebih realistic (Lumban Gaol, 2016).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada hari senin tanggal 27 November s/d 29 November 2023 dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Ruang rawat : Ruang Pav VI Jiwa RSPAL Ramelan Surabaya kamar 1
Tanggal dirawat/MRS : 14 November 2023, Pengkajian pasien pada tanggal 27 Nov s/d 29 Nov 2023

3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang perempuan bernama Ny. I tanggal lahir 01 Feb 1995 usia 28 tahun, beragama Islam, status menikah , pendidikan MA, pekerjaan mengurus rumah tangga dan mempunyai satu orang anak, bahasa yang digunakan adalah bahasa Jawa, klien bertempat tinggal di Keputih 3-D/4 Surabaya

3.1.2 Alasan masuk

Sebelum masuk rumah sakit, keluarga pasien mengatakan pasien marah-marah dan ngamuk sampai merusak barang - barang sejak 1 bulan yang lalu, terakhir 2 hari yang lalu pasien tertawa dan ngomong - ngomong sendiri mondar mandir. Kemudian pada tanggal 14 november 2023, keluarga membawa pasien di Ruang Pav VI Jiwa kamar 1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya.

3.1.3 Faktor predisposisi

1. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, pada tanggal 14 November 2023 keluarga pasien membawa pasien di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya. .
2. Dari catatan data pasien mengatakan pasien sering mengamuk, marah marah sampai merusak barang - barang di sekitarnya.

Masalah keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

3. Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa
4. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kekerasan fisik dari orang lain

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan fisik

1. Tanda vital

Tekanan darah : 120/80mmhg Nadi : 88x/menit

Suhu : 36,5⁰c

Pernafasan : 0 x/menit

2. Ukuran

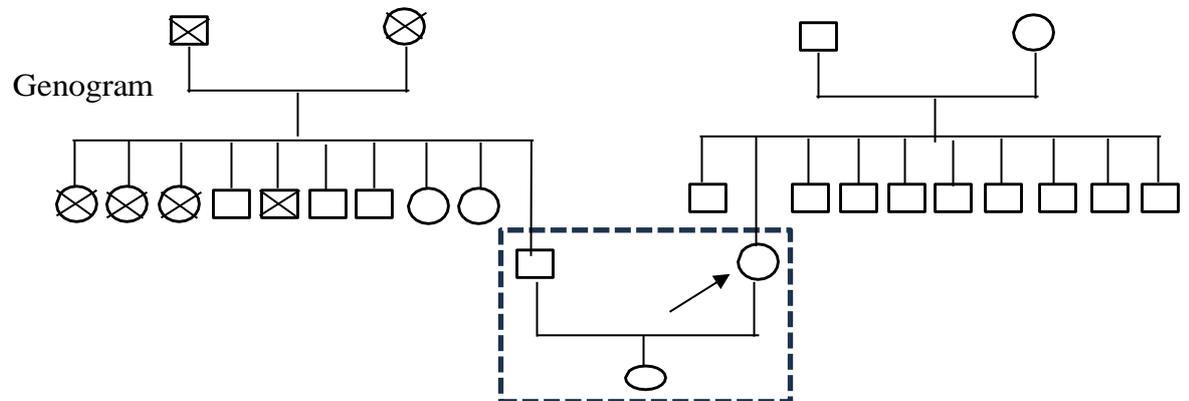
Berat badan (BB) : 52 kg Tinggi badan (TB) : 154 cm

3. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak mempunyai keluhan fisik

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

3.1.5 Psikososial



Gambar. 3.1 Genogram

Keterangan :

-  : laki-laki
-  : perempuan
-  : meninggal
-  : orang yang tinggal serumah
-  : Klien
-  : saling berhubungan

Pasien mengatakan anak kedua dari sepuluh bersaudara yang mempunyai seorang suami bernama Masrukan berusia 47 tahun dan satu anak putri Bernama Hasibah Amelia berusia 7 tahun dan sampai saat ini masih tinggal satu rumah.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan bagian tubuh yang paling disukai yaitu tangan dan kaki. Pasien mengatakan tanpa adanya tangan dan kaki tidak bisa berbuat apa - apa

b. Identitas diri

Pasien mengatakan seorang istri yang berumur 28 tahun dan memiliki satu orang anak putri berusia 7 tahun kelas 2 SD

c. Peran

Pasien mengatakan merasa selalu khawatir apabila tidak bisa menjadi seorang istri yang baik yaitu saat mengurus rumah bersih bersih, belanja, memasak, merawat anak, mengantar sekolah anak, merawat suami,

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang supaya bisa kembali berkumpul bersama keluarganya.

e. Harga diri

Pasien mengatakan dia merasa minder/malu di lingkungannya , menganggap dirinya berbeda dengan orang normal pada umumnya.

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri ; Harga diri rendah.

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan bahwa orang yang berarti adalah orang tua, suami dan anak

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat Di rumah sakit pasien jarang berkomunikasi dengan orang lain. Pada saat sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan sering ikut kegiatan PKK, pengajian dzibaan di lingkungan rumahnya.

- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain Pasien mengatakan minder untuk berhubungan dengan orang lain dengan penyakit yang dideritanya.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan:

Pasien mengatakan beragama islam dan sholat,dan berdoa membuat hatinya lebih tenang

- b. Kegiatan ibadah:

Pasien mengatakan selalu melaksanakan sholat lima waktu, Ikut kegiatan Pengajian, dzibaan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Pasien cukup rapi, cukup bersih, mengganti pakaiannya setiap 2 kali sehari, mandi 2 kali sehari, kramas 2 kali seminggu, rambut di sisir, memakai hijab dan kuku tangan bersih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

2. Pembicaraan

Cenderung diam, mampu menjawab saat ditanya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas Motorik

Pada saat pengkajian pasien tampak gelisah, tangan mengepal, jari2 sedikit tremor, rahang mengatup, suara tinggi/keras, saat ada kata kata

yang menyinggung perasaan, pasien mampu menjawab pertanyaan yang di berikan.

Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

4. Alam perasaan

Pada saat pengkajian pasien tampak gelisah/khawatir. Jika ada kata kata yg menyinggung perasaanya

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek dan emosi

Pasien masih tampak labil terlihat dari ekspresi wajah pasien berubah menjadi serius apabila ada kata kata menyinggung perasaannya.

Masalah Keperawatan : Perilaku kekerasan

6. Interaksi Selama Wawancara

Pada saat wawancara pasien hanya menatap lawan bicara saat ada pembicaraan dan ekspresi wajahnya memerah, mata melotot bila ada kata-kata yang salah atau menyinggung perasaan dari lawan bicara.

Masalah Keperawatan: Perilaku kekerasan

7. Persepsi-Sensori

Pasien mengatakan tidak pernah mendengarkan, melihat, dan merasakan hal-hal yang aneh

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

8. Proses pikir

Saat di wawancara klien mampu menjawab pertanyaan sesuai topik pembicaraan,

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan.

9. Isi pikir

Pasien mengatakan selalu kepikiran anak dan suaminya, meskipun sudah dialihkan dengan kegiatan lain .

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

10. Tingkat Kesadaran

Saat pengkajian pasien ditanya sekarang ada dimana pasien mengatakan bahwa dirinya berada di Ruang PAV VI jiwa Kamar 1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut surabaya

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

11. Memori

Pasien mampu mengingat dengan siapa pada saat datang ke rumah sakit, pasien mengatakan datang kerumah sakit diantar suami ortu dan keluarganya. Selain itu pasien mampu mengingat umur dari suami dan anaknya.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu menghitung penghitungan sederhana $1000 - 500 = 500$

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Pasien menjawab setelah bangun tidur mandi dulu terus sholat baru makan.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan sadar bahwa dirinya saat ini sedang sakit kejiwaan

berobat supaya sembuh.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Perencanaan Pulang

1. Kemampuan Klien memenuhi kebutuhan

a. Makanan

Dari pengamatan dan observasi didapatkan porsi makan dihabiskan , berat badan 52 kg , dan nafsu makan baik, tidak ada pantangan makanan, makanan kesukaan Rendang

b. Keamanan

Pasien mengatakan merasa aman selama di Rumah sakit tidak ada yang mengganggu.

c. Perawatan Kesehatan

Pasien mengatakan selalu meminum obat yang diberikan perawat.

d. Pakaian

Pasien keadaan rapi, pasien mengatakan berganti pakaian dua kali sehari.

e. Transportasi

Pasien diantar dan dijemput keluarganya.

f. Tempat tinggal

Pasien mengatakan tinggal bersama suami dan anaknya di keputih 3-D4 Surabaya

g. Keuangan

Biaya pasien ditanggung oleh BPJS.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

a. Perawatan diri

1) Mandi

Pasien mandi sehari tiga kali

2) Kebersihan

Dari hasil pengamatan/observasi pasien tampak rapi, rambut disisir dan kuku tangan bersih.

3) Makan

Dari hasil pengamatan/observasi didapatkan porsi makan dihabiskan dan berat badan 52 kg.

4) Buang air kecil

hasil pengamatan/observasi didapatkan pasien BAK ke kamar mandi.

5) Buang air besar

Dari pengamatan/observasi didapatkan pasien BAB ke kamar mandi.

6) Ganti pakaian

Dari pengamatan/observasi didapatkan cara berpakaian sudah sesuai dan rapi.

Masalah Keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

b. Nutrisi

1) Dari observasi/pengamatan, pasien merasa puas dengan makanan yang diberikan.

2) Frekuensi tiga kali sehari berat badanya 52 kg .

Dari observasi/ pengamatan, pasien menghabiskan makanan yang diberikan.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

c. Tidur

1) Pasien mengatakan tidak ada masalah tidur

2) Pasien mengatakan bisa tidur siang jam 13.00 -15.00 ± lamanya 2 jam

3) Pasien mengatakan tidur jam 08.00-04.00 ± lamanya 8 jam

Dari pengamatan/observasi didapatkan kondisi pasien tampak baik

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. Kemampuan Pasien

a. Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri

b. Pasien mampu membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri

c. Penggunaan obat diatur oleh perawat saat dirawat di Ruang Pav VI Jiwa, saat dirumah pasien mengatakan Mampu Minum obat sendiri sesuai dosis yang diberikan dokter

d. Pasien mampu memeriksakan kesehatan kepada perawat

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

4. Pasien mengatakan baru dua kali dikunjungi keluarganya, dan keluarganya mengatakan kepada pasien bahwa dia dirawat agar lebih tenang.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

5. Apakah klien menikmati saat menjadi IRT, kegiatan yang menghasilkan atau hobi ? Pasien mengatakan senang dengan pekerjaannya IRT, pasien mempunyai hobi memasak dan bersholawat dziba'.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Maladaptif : Pasien mengatakan akan marah bila ada yang menyinggung perasaanya .

Masalah keperawatan: Ketidakefektifan koping individu

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok , spesifiknya : pasien mengatakan keluarganya tidak dapat memahami perasaannya.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya : pasien mengatakan merasa minder di lingkungan sekitar.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifiknya : pasien mengatakan lulusan Madrasah Aliyah / MA
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya : pasien mengatakan jika sembuh ingin menjadi IRT yang baik dapat mengurus rumah tangga suami dan anak.
5. Masalah dengan perumahan, spesifiknya : pasien mengatakan tinggal di Keputih 3-D4 Surabaya bersama suami dan anaknya .
6. Masalah dengan ekonomi dan , spesifiknya : pasien mengatakan tidak mempunyai penghasilan/tidak bekerja dan hanya bergantung

dari suaminya. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya : pasien mengatakan menggunakan BPJS saat berobat.

7. Masalah lainnya, spesifiknya : pasien mengatakan khawatir apabila tidak bisa menjadi istri yang baik dan pasien ingin cepat sembuh supaya bisa berkumpul kembali dengan suami dan anaknya..

Masalah keperawatan: Ketidakmampuan

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat dikaji Pasien mengatakan sudah mengerti tentang penyakit yang di deritanya dan dapat mengendalikan emosinya.

Masalah keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan.

3.1.11 Aspek Medik

Diagnosa medik : F. 20. 3 (Schizophrenia Undifferentiated/Tak

Terinci) Terapi medik :

No	Obat	Dosis	Indikasi	Efek
1	Govotil 2mg	1-0-1	Antipsikotik untuk mengobati skizofrenia	1. Pusing atau sulit menjaga keseimbangan 2. Mengantuk 3. Gangguan tidur 4. Mual dan muntah

2	Heximer 2 mg	1-0-1	Antipsikotik untuk mengatasi gejala penyakit Parkinson dan Gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan obat tertentu	1. Konstipasi 2. Pusing 3. Mulut kering 4. Mual dan Muntah 5. Sakit kepala 6. Lelah, lemas dan Mengantuk
3	Soroquin 25 mg	0-0-1	untuk mengobati gejala psikotis pada skizofrenia , meredakan mual muntah, atau cegukan	1. Pusing 2. Sakit kepala 3. Mulut kering 4. Penglihatan Kabur 5. Mual, Cemas berlebihan 6. . Detak Jantung tak beraturan
4	Ikalep 250 mg	1-1-1	Untuk pengobatan Gangguan syaraf pusat	1. Sakit kepala 2. Mual, Muntah 3. Sakit perut 4. Diare Mual, Cemas

3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

2. Perilaku kekerasan
3. Gangguan Konsep diri : Harga diri rendah
4. Isolasi sosial
5. Ketidakefektifan koping individu
6. Ketidakmampuan

3.1.13 Daftar Diagnosa Keperawatan

Pada kesempatan ini penulis hanya mengambil diagnosis Perilaku kekerasan

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah

Surabaya, Januari 2024


Mutropi

NIM 2222026

2	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan dia merasa minder/malu di lingkungannya .</p> <p>DO :</p> <p>Pada saat pengkajian, pasien terlihat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berbicara pelan dan lirih 2. Postur tubuh menunduk 3. Kontak mata kurang 4. Pasif 	<p>Harga Diri Rendah</p> <p>(SDKI D. 0087)</p>	
3	<p>DS :</p> <p>Dari catatan data, pasien mengatakan pasien sering mengamuk, marah marah sampai merusak barang barang disekitarnya</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mata melotot 2. Bicara keras 3. Wajah memerah 4. Mengepal ,rahang mengatup 	<p>Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan</p> <p>(SDKI D.0146)</p>	

3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Nama : Ny.I Nama Mahasiswa : Mutropi
 No.RM : 50.xx.xx Institusi : Stikes Hang tuaH Surabaya
 Ruangan : Pav VI Jiwa Kamar

Tabel 3.2 Rencana tindakan keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional
			Tujuan & Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan (SP 1-5nb)	
1.	Senin 27 Nov 2023	Perilaku Kekerasan	1. Kognitif, klien mampu: a. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan b. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik (beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan jelaskan maksud dan tujuan interaksi jelaskan kontak yang akan dibuat	- Hubungan saling percaya merupakan Langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat - Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana

			<p>kekerasan</p> <p>2. Psikomotor, klien mampu:</p> <p>a. Mengendalikan perilaku kekerasan dengan relaksasi: Tarik Nafas dalam, pukul kasur dan bantal, senam dan jalan- jalan.</p> <p>b. berbicara dengan baik: Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik</p> <p>c. Melakukan deskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis</p> <p>d. Melakukan</p>	<p>SP I Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5) Menyebutkan cara mengontrol 6) Membuat pasien mempraktekkan Latihan cara fisik 1 : Tarik nafas dalam 7) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian <p>SP II Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan 	<p>selanjutnya</p> <p>- Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p> <p>- Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain.</p> <p>e. patuh minum obat</p> <p>3. Afektif, klien mampu:</p> <p>a. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>cara fisik II : Pukul bantal dan kasur</p> <p>3) Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan</p> <p>SP III Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal : meminta / menolak mengungkapkan dengan asertif 3) Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan harian <p>SP IV Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3) Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan harian 	<p>lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi.</p> <p>- Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>- Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar</p>
--	--	--	---	---	--

				<p>SP V Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan memanfaatkan minum obat 3) Menganjurkan pasien memasukkan jadwal kegiatan harian <p>SP I Keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 2. Menjelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien Menjelaskan cara-cara merawat pasien resiko kekerasan 	<p>- Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p> <p>- Memotivasi keluarga dalam memberikan perawatan kepada klien.</p> <p>- menambah pengetahuan bahwa keluarga sangat berperan dalam perubahan perilaku klien meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat klien</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>SP II Keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih keluarga, merawat pasien dengan perilaku kekerasan 2. Menjelaskan tentang obat untuk mengatasi perilaku kekerasan <p>SP III Keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) 2. Mendorong untuk memanfaatkan sumber rujukan yang tersedia. 	<p>secara bersama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengetahui sejauh mana keluarga menggunakan cara yang dianjurkan - mengetahui respon keluarga dalam merawat klien. - menambah pengetahuan klien dan keluarga tentang obat dan fungsinya. - memberikan informasi pentingnya minum obat dalam mempercepat penyembuhan. - Kontrol rutin Memanfaatkan rujukan dan faskes
--	--	--	--	---	---

3.5 Pelaksanaan Dan Catatan Perkembangan

Nama : Ny. I Nama Mahasiswa : Mutropi
 No.RM : 50.xx.xx Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya
 Ruangan : Pav VI jiwa kamar1

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

TGL	DIAGNOSA KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Senin 27/11/ 2 023	Perilaku Kekerasan	Membina hubungan saling percaya Sp 1 Mengidentifikasi perilaku kekerasan dan latihan mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan latihan fisik I : Tarik nafas dalam 1. "Selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya Ropi, saya adalah perawat yang dinas di ruangan Pav VI Jiwa ini, nama ibu siapa?" 2. "Bagaimana perasaan ibu saat ini?, apakah ada perasaan marah yang	S: 1. Pasien mampu menyapa menyebutkan namanya "Selamat pagi, nama saya I mas". 2. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya "Sekarang saya baik-baik saja mas." 3. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab marahnya "Saya sering marah- marah di rumah". O: 1. Klien mau berjabat tangan 2. Saat di tanya penyebab perilaku kekerasan klien mau menjelaskan.	

		<p>saat ini dirasakan?”</p> <p>3. “Apa penyebab sehingga ibu I di bawa ke ruang PAV VI jiwa ini?”</p> <p>4. “setelah itu apa yang ibu I lakukan?”</p> <p>5. “Apa yang ibu I dapatkan ketika ibu I melakukan itu semua saat marah</p> <p>6. “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, cara yang pertama adalah pada saat perasaan marah itu mulai muncul, coba untuk tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan- lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan, bagaimana bu bisa melakukannya?” melakukan itu semua saat marah?”</p>	<p>3. Saat di tanya tandanya perilaku kekerasan klien menjelaskan.</p> <p>4. Klien menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan, merusak barang disekitarnya</p> <p>5. Saat ditanya akibat dari melakukan perilaku kekerasan tersebut klien mengatakan dapat merugikan orang lain</p> <p>6. Klien dapat mempraktikkan tarik nafas.</p> <p>A: Sp 1 Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Sp 2</p>	
--	--	---	--	--

<p>Selasa 28 /11/ 2023</p>	<p>Perilaku kekerasan</p>	<p>Membina hubungan saling percaya Mengevaluasi jadwal harian pasien dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur dan bantal</p> <p>SP 2</p> <p>1. 1. “Selamat pagi ibu I bagaimana perasaan ibu saat ini? apa selama saya tidak ada, ada yang membuat ibu I marah marah ?” 2. Lalu apa yang ibu I lakukan ?” 3. “sekarang, mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kl ibu I marah langsung kekamar dan langsung lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul Kasur dan bantal”</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas Ropi. Kemarin saya cuman susah tidur”. 2. “Saya mencoba Tarik nafas dalam seperti kemarin pada saat saya mau marah,”. 3. “Iya mas, nanti kalau saya mulai marah , saya akan memukul bantal saja” <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengingat nama dan menyapa perawat 2. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (menarik nafas dalam) <p>A: Sp 2 Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Sp 3</p>	
------------------------------------	-------------------------------	---	---	---

<p>Rabu 29/11/ 2023</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>Membina hubungan saling percaya</p> <p>SP 3</p> <p>Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien dan melatih pasien dengan cara verbal : meminta/menolak mengungkapkan dengan asertif.</p> <p>1.</p> <p>“Selamat pagi ibu I, sesuai janji kita kemarin, kita akan membahas bagaimana cara mengungkapkan perasaan marah yang sehat ya?”</p> <p>“Pada saat ibu I mulai ada rasa marah, segera memakai cara 1 yaitu Tarik nafas dalam, kemudian ibu boleh mengatakan kalau ibu sedang marah, dengan nada pelan yang tujuannya untuk mengungkapkan perasaan ibu I, sebutkan juga alasan ibu I marah.”</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. “Selamat pagi mas Ropi, pagi ibu” 2. “Iya mas Ropi, nanti kalau saya mulai marah lagi, langsung mengungkapkan bahwa saya marah kepada orang yang membuat saya marah” <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menyapa dan tersenyum sambil mendekat ke perawat. 2. Klien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan , ketika emosi muncul dengan mengungkapkan marahnya dengan Tarik nafas dalam 3. Klien bisa mengungkapkan marah secara verbal <p>A: Sp 3 Teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Sp 3</p>	
<p>Rabu 29/11/ 2023</p>		<p>SP I Keluarga :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selamat pagi Bapak, perkenalkan nama saya Ropi, saya adalah perawat yang dinas di ruangan Pav VI Jiwa ini, yang merawat ibu I, nama bapak siapa?” 	<p>S : Selamat pagi mas Ropi Nama saya masrukin suami dari Ny. I</p> <p>O : keluarga mengerti untuk memberikan motivasi dalam memberikan perawatan kepada klien. NY I - mengetahui keluarga sangat berperan dalam perubahan</p>	

		<p>1. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien</p> <p>2. Menjelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien Menjelaskan cara-cara merawat pasien resiko kekerasan</p> <p>SP II Keluarga :</p> <p>1. Selamat pagi Bapak, perkenalkan nama saya Ropi, saya adalah perawat yang dinas di ruangan Pav VI Jiwa ini, yang merawat ibu I, nama bapak siapa?"</p> <p>2. Melatih keluarga, merawat pasien dengan perilaku kekerasan</p> <p>3. Menjelaskan tentang obat untuk mengatasi perilaku kekerasan</p> <p>SP III Keluarga :</p> <p>1. Selamat pagi Bapak, perkenalkan nama saya Ropi, saya adalah perawat yang dinas di ruangan Pav VI Jiwa ini, yang merawat ibu I, nama bapak siapa?"</p> <p>2. Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)</p> <p>3. Mendorong untuk memanfaatkan sumber rujukan yang tersedia</p>	<p>perilaku klien meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat klien saat dirumah.</p> <p>A : Sp 1 keluarga teratasi</p> <p>P : lanjutkan sp 2</p> <p>S : Selamat pagi mas Ropi Nama saya masrukin suami dari Ny. I</p> <p>O : keluarga mengetahui cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan yang dianjurkan</p> <p>- keluarga menegrti tentang obat dan fungsinya. Sesuai anjuran dokter</p> <p>A : Sp II keluarga teratasi</p> <p>P : lanjutkan sp 3</p> <p>S : selamat pagi mas Ropi Nama saya masrukin suami dari Ny. I</p> <p>O : keluarga mengerti pentingnya minum obat dalam mempercepat penyembuhan pasien saat dirumah</p> <p>- keluarga mengerti Kontrol rutin dan Memanfaatkan rujukan dan faskes</p> <p>A : Sp III keluarga teratasi</p> <p>P : pasien KRS</p>	
--	--	---	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang asuhan keperawatan jiwa pada Ny. I. masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya. yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien. Klien cukup kooperatif dan mengatakan sejauh ini baru satu kali keluarga mengunjunginya. Berikut adalah perbandingan antara tinjauan kasus dengan tinjauan pustaka:

1. Konsep diri

Pada saat diwawancarai pasien mengatakan merasa minder karena direndahkan oleh tetangganya karena sakit yang dideritanya. Sedangkan pada tinjauan pustaka harga diri yang dimiliki pasien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal pasien perilaku kekerasan yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga

.Dari uraian di atas ditemukan adanya kesamaan yaitu pasien dengan perilaku kekerasan menganggap dirinya tidak berharga dan merasa minder serta menganggap dirinya berbeda dengan orang normal

lainnya.

2. Status Mental

Pada status mental saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil pasien bicara dengan nada cepat dan nada bicaranya naik saat ada yang tidak sesuai dengan kemauannya. Kemudian pada saat wawancara pasien tampak gelisah, tangan mengepal, ekspresi wajah tampak labil, dan mudah tersinggung. Tanda-tanda diatas tidak jauh berbeda dengan tinjauan pustaka yang menyebutkan pasien dengan perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan (Yusuf, A.H & , R & Nihayati, 2015). Berdasarkan uraian diatas ditemukan adanya persamaan meskipun pada kenyataannya tidak ditemukan semua data yang sama sesuai tinjauan pustaka.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berikut adalah diagnosa keperawatan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sebagai berikut:

Pada tinjauan pustaka :

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
2. Perilaku kekerasan
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah

Pada tinjauan kasus :

1. Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan
2. Perilaku kekerasan
3. Gangguan konsep diri: harga diri rendah

4.3 Perencanaan

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan pada perencanaan keperawatan yaitu tujuan tujuan dan tindakan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan keperawatan ditambahkan kriteria evaluasi dan rasional dengan alasan penulis ingin supaya pasien dan keluarga dapat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri, melalui peningkatan pengetahuan yang (kognitif), keterampilan menangani masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku klien (psikomotor). rasional rencana keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, oleh karena itu rasional tetap mengacu pada sasaran serta kriteria yang sudah ditetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa harus menggunakan komunikasi terapeutik yang berarti perawat harus membina hubungan saling percaya dengan pasien. Perencanaan untuk keluarga Strategi pelaksanaan kepada keluarga (Atun, 2018) : SP 1 Keluarga: Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam rawat pasien. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami pasien beserta proses terjadinya. Menjelaskan cara-cara merawat pasien perilaku kekerasan. SP 2 Keluarga : Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan . Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien perilaku kekerasan. SP 3 Keluarga: Membantu keluarga membuat jadwal kegiatan aktifitas dirumah termasuk minum obat. Menjelaskan

follow-up pasien setelah pulang.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah hasil dari perwujudan perencanaan yang telah disusun. Pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan tanpa ada kasus nyata. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan diterapkan pada pasien disertai dengan pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Dalam proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan klien dalam keadaan gelisah tetapi masih dapat dilakukan interaksi dan pasien dapat menjawab pertanyaan dan melakukan tindakan keperawatan yang diberikan. Pada hari pertama pasien dapat melakukan SP 1 yaitu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan serta melakukan latihan fisik tarik nafas dalam. Pada SP 2 hari kedua pasien tidak dapat mempraktekannya karena belum ingin masuk ke kamar sehingga harus diulang pada hari berikutnya. Pada hari ketiga pasien mampu melakukan SP 2 dan pada hari selanjutnya dapat melakukan SP dengan baik. **SP I Keluarga** : Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien Menjelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien Menjelaskan cara-cara merawat pasien resiko kekerasan, **SP II Keluarga** : Melatih keluarga, merawat pasien dengan perilaku kekerasan Menjelaskan tentang obat untuk mengatasi perilaku kekerasan **SP III Keluarga** : Membantu keluarga membuat jadwal aktifitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning) Mendorong untuk memanfaatkan sumber rujukan yang tersedia Pada tinjauan pustaka, perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien tersebut terdapat SP yang akan dilaksanakan diantaranya yaitu :

1. SP 1 pasien: Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik pertama (latihan napas dalam).
2. SP 2 pasien: Latihan mengontrol perilaku secara fisik ke-2
 - a. Evaluasi latihan nafas dalam
 - b. Latih cara fisik ke-2: pukul kasur dan bantal
 - c. Susun jadwal kegiatan harian cara kedua
3. SP 3 pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara verbal/sosial
 - a. Evaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik
 - b. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik

Berdasarkan uraian di atas ditemukan adanya perbedaan yaitu pada tinjauan kasus ada strategi pelaksanaan yang harus diulang sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dijelaskan bila ada salah satu dari strategi pelaksanaan tidak berhasil.

4.5 Evaluasi

Pada prinsipnya evaluasi yang ada pada tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus tidak terdapat banyak perbedaan-perbedaan tetapi pada tinjauan kasus tidak disebutkan apa yang dilakukan apabila salah satu dari SP tidak berhasil untuk dilaksanakan

Pada tinjauan pustaka, evaluasi disusun berdasarkan observasi perubahan

tingkah laku dan respon klien. Sedangkan pada tinjauan kasus dilakukan evaluasi setiap hari dan menggunakan prinsip SOAP untuk mengetahui respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan observasi, pengkajian, dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya., maka penulis dapat menarik kesimpulan dan memberikan saran yang semoga dapat bermanfaat untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan.

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan observasi, pengkajian, dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. I dengan masalah utama perilaku kekerasan di Ruang Pav VI RSPAL Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan pada Ny. I dengan masalah utama perilaku kekerasan di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya, Pengkajian pada Ny. I Konsep diri Pada saat diwawancarai pasien mengatakan merasa minder direndahkan oleh tetangganya karena sakit yang dideritanya. Status mental Pada status mental saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil pasien bicara dengan nada cepat dan nada bicaranya naik saat ada yang tidak sesuai dengan kemauannya. Kemudian pada saat wawancara pasien tampak gelisah tangan mengepal, ekspresi wajah tampak labil, dan mudah tersinggung,

2. Diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama yang muncul pada pasien atas nama Ny. I adalah sebagai berikut: Gangguan konsep diri: Resiko mencederai diri, Perilaku kekerasan, Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah, Isolasi Sosial, Ketidakefektifan Koping Individu, dan Ketidakmampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, menilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini, memilih kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan pertama yang akan dipilih, memasukkan ke dalam jadwal kegiatan klien.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien Ny. I yaitu;

SP 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat dan tindakan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan serta membantu melakukan latihan fisik mengendalikan perilaku kekerasan yang pertama yaitu latihan tarik nafas dalam.

SP 2 Pasien: Mengevaluasi latihan fisik yang pertama, membantu pasien melakukan latihan fisik mengendalikan perilaku kekerasan yang kedua dengan pukul bantal atau kasur serta membantu menyusun jadwal kegiatan harian.

SP 3 Pasien: Mengevaluasi latihan fisik yang pertama dan kedua, membantu cara mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal atau sosial dan memasukkannya dalam jadwal kegiatan harian.
4. Tindakan keperawatan pada pasien Ny. I masalah utama perilaku kekerasan di Ruang Pav VI Jiwa Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Ramelan Surabaya dilakukan mulai pada hari tanggal Senin 27 November 2023 sampai dengan Rabu 29 November 2023 dengan menggunakan rencana yang

dibuat selama 3 hari dan pemberian sampai SP 1–3 tersebut pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik. Pada strategi pelaksanaan pasien, perawat telah memberikan mulai dari SP 1–5 pasien, dan pada strategi pelaksanaan keluarga dari SP 1–3 keluarga saat mengunjungi pasien di rumah sakit. Mampu memberikan motivasi pasien untuk segera sembuh dari sakitnya, menambah pengetahuan bahwa keluarga sangat berperan dalam perubahan perilaku klien meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat klien secara bersama, sekaligus memberikan edukasi keluarga saat merawat pasien dirumah memberikan informasi pentingnya minum obat dalam mempercepat penyembuhan, Kontrol rutin Memanfaatkan rujukan dan faskes

5. Evaluasi keperawatan pada pasien Ny. I didapatkan hasil pasien mampu mengontrol Perilaku kekerasan Selanjutnya memasukkan jadwal pada kegiatan harian dan mengkonsumsi obat secara teratur.
6. Dokumentasi kegiatan dilakukan setiap hari setelah melakukan strategi pelaksanaan, yang didokumentasikan adalah pendapat pasien atau data subjektif yang dikatakan pasien, data objektif yang bisa diobservasi setiap harinya, lalu asesmen dan yang terakhir yaitu planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

5.2 Saran

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien jiwa, sehingga mahasiswa lebih professional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pelayanan yang ada di Rumah Sakit terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia. Perawat harus meningkatkan ilmu tentang konsep manusia sehingga mampu melakukan asuhan keperawatan dengan baik

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa mengenai ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan perlu diadakan seminar atau diskusi membahas tentang masalah kesehatan yang diderita pasien.

Mahasiswa harus banyak belajar tentang ilmu keperawatan agar setelah lulus nanti dapat menjadi perawat yang professional.

DAFTAR PUSTAKA

Azizah, Lilik, M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (pertama)*.

Ernawati, E., Samsualam, S., & Suhermi, S. (2020). Pengaruh Pelaksanaan Terapi Spiritual Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan. *Window of Health : Jurnal Kesehatan*, 3(1), 49–56. <https://doi.org/10.33368/woh.v0i0.250>

Eunike, Rustiana, & Cahyati, W. H. (2012). Hubungan Antara stress Kerja Dengan Pemilihan Strategi Coping Pada Dosen. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Volume 7, No. 2, Januari 2012.

Fasya, H., & Supratman, L. P. (2018). *KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT PADA PASIEN GANGGUAN JIWA THERAPEUTIC COMMUNICATION OF NURSES*. 21(1), 15–28. <https://doi.org/10.20422/jpk.v21i1.491>

Hawari, D. (2011). *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Herawati, N., Afconneri, Y., Padang, P. K., Gadang, S., Padang, K., & Barat, S. (2020). *Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi*. 8(1).

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2010). *Sinopsis Psikiatrti, Jilid I*. Binarupa Aksara.

Keliat, B. A., & Akemat. (2019). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*.

EGC.

Keliat, B. A., Panjaitan, R. U., & Helena, N. (2015). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. EGC.

Kozier. (2011). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis. Edisi 7*. EGC.

Lumban Gaol, N. T. (2016). *Teori Stress : Stimulus, Respon dan Transaksional*. Buletin Psikologi, 24(1), 1. <http://doi.org/10.22146/bpsi.11224>.

Maslim, R. (2001). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III*. PT. Nuh Jaya.

Nurhalimah. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa*. AIPVIKI.

Papathanasion, Konstatinos, Anna, & Aikaterini. (2015). Stress : concepts, theoretical models and nursing interventions. *American Journal of Nursing Science* Vol. 4, No. 2-1, 2015, Pp.45-50. Doi: 10.11648/j.Ajns.s.2015040201. 19.

Prasetya, A. (2018). *Efektifitas Jadwal Aktifitas Sehari-hari Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan*.

Shahsavarani, Azad, Abadi, & Kalkhoran. (2015). *Stress: Facts and Theories through Literature Review*. International Journal of Medical Reviews, 2(2).

Stuart, G. W., Budi, & Jessica. (2016). *Prinsip Dan Praktik kesehatan Jiwa*. Edisi Indonesia : Elseiver.

Sunarsih, Manurung, I., & Holiday. (2017). *Pengaruh Terapi Token Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa*.

XIII(2).

Yoseb, I., & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (M. Dandan Wildani (ed.); Cetakan Ke). PT. Refika Aditama.

Yusuf, A., P., Fitryasari, R., & Nihayati, Hanik Endang. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

Yusuf, A.H, Fitryasari, R & Nihayati, H. . (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366.
<https://doi.org/ISBN 978- xxx-xxx-xx-x>

Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016a). *Kajian Epidemiologis Skizofrenia. Majority*, 5(5), 160–166.

<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

Zahnia, & Wulan Sumekar, D. (2016b). *Kajian Epidemiologis Skizofrenia. Majority*.

Azizah, Lilik, M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa (pertama)*.

Ernawati, E., Samsualam, S., & Suhermi, S. (2020). Pengaruh Pelaksanaan Terapi Spiritual Terhadap Kemampuan Pasien Mengontrol Perilaku Kekerasan. *Window of Health : Jurnal Kesehatan*, 3(1), 49–56.
<https://doi.org/10.33368/woh.v0i0.250>

Eunike, Rustiana, & Cahyati, W. H. (2012). Hubungan Antara stress Kerja Dengan Pemilihan Strategi Coping Pada Dosen. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.

Volume 7, No. 2, Januari 2012.

Fasya, H., & Supratman, L. P. (2018). *KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT PADA*

PASIEN GANGGUAN JIWA THERAPEUTIC COMMUNICATION OF NURSES. 21(1), 15–28. <https://doi.org/10.20422/jpk.v21i1.491>

Hawari, D. (2011). *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi.* Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Herawati, N., Afconneri, Y., Padang, P. K., Gadang, S., Padang, K., & Barat, S. (2020).

Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi. 8(1).

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2010). *Sinopsis Psikiatrti, Jilid I.* Binarupa Aksara.

Keliat, B. A., & Akemat. (2019). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa.* EGC.

Keliat, B. A., Panjaitan, R. U., & Helena, N. (2015). *Proses Keperawan Kesehatan Jiwa.* EGC.

Kozier. (2011). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis. Edisi 7.* EGC.

Lumban Gaol, N. T. (2016). *Teori Stress : Stimulus, Respon dan Transaksional.* Buletin Psikologi,24(1), 1.<http://doi.org/10.22146/bpsi.11224>.

Maslim, R. (2001). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III.* PT. Nuh Jaya.

Nurhalimah. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa.* AIPVIKI.

Papathanasion, Konstatinos, Anna, & Aikaterini. (2015). Stress : concepts,theoretical models and nursing interventions. *American Journal of Nursing Science*Vol. 4, No. 2-1, 2015, Pp.45-50. Doi: 10.11648/j.Ajns.s.2015040201. 19.

Prasetya, A. (2018). *Efektifitas Jadwal Aktifitas Sehari-hari Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan*.

Shahsavarani, Azad, Abadi, & Kalkhoran. (2015). *Stress: Facts and Theories through Literature Review*. International Journal of Medical Reviews, 2(2).

Stuart, G. W., Budi, & Jessica. (2016). *Prinsip Dan Praktik kesehatan Jiwa*. Edisi Indonesia : Elseiver.

Sunarsih, Manurung, I., & Holiday. (2017). *Pengaruh Terapi Token Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa*. XIII(2).

Yoseb, I., & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (M. Dandan Wildani (ed.); Cetakan Ke). PT. Refika Aditama.

Yusuf, A., P., Fitryasari, R., & Nihayati, hanik endang. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

Yusuf, A.H, Fitryasari, R & Nihayati, H. . (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN 978- xxx-xxx-xx-x>

Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016a). *Kajian Epidemiologis Skizofrenia*. *Majority*, 5(5), 160–166.

<http://jke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

Zahnia, & Wulan Sumekar, D. (2016b). *Kajian Epidemiologis Skizofrenia.*

Majority.

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PERILAKU KEKERASAN
SP 1/Pertemuan Ke-1

Nama : Ny.I Hari/tanggal : Senin, 27 Nov 2023

Ruang : Pav VI Jiwa Waktu : 07.30 – 07.50 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Klien tampak gelisah dan wajah tampak muram

2. Diagnosa Keperawatan

Perilaku Kekerasan

3. Tujuan (Sp)

- a. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku yang pernah dilakukannya
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan dilakukannya
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah /mengendalikan perilaku kekerasannya Pasien dapat mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial dan dengan terapi psikofarmaka

4. Tindakan Keperawatan
 - a. BHSP
 - b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu
 - c. Diskusikan bersama pasien tanda dan gejala yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - d. Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
 - e. Diskusikan bersama klien akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
 - f. Diskusikan bersama klien cara mengendalikan perilaku kekerasan yaitu dengan cara berikut:
 - a) Fisik: pukul kasur/bantal, tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Social/verbal: meminta dan menolak, serta mengungkapkan perasaan dengan baik
 - d) Spirituil: Beribadah sesuai keyakinan pasien

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

a Salam Terapeutik

“Selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya Mutropi Mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya. Hari ini saya minta waktunya 20 menit. Nama ibu siapa?,senangnya dipanggil siapa?”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana kabar ibu hari ini? Masih ada perasaan marah atau kesal? Apa yang terjadi dirumah?”

c Kontrak

“Baiklah , kita sekarang berbincang-bincang masalah marah ibu.”

“Berapa lama kita mau berbincang-bincang ibu? Bagaiman kalau 20 menit.” “Bagaimana kalau kita berbincang-bincang di meja makan?”

2. FASE KERJA

“Apa yang menyebabkan ibu I marah? Apakah ibu sebelumnya pernah marah ? Terus penyebabnya apa? Samakah dengan yang sekarang?”

“Pada saat ibu marah, apa yang ibu rasakan?”

“Apakah ibu merasa kesal kemudian dada berdebar-debar,tangan mengempal, dan rahang terkatup rapat?”

“Setelah itu apa yang ibu lakukan?”

“Jadi ibu memaki dan memarahi anak dan suami ibu? Iya. Apa kerugian dengan cara yang ibu lakukan ini? Benar, anak dan suami saya menjadi takut. “Menurut ibu adakah

Cara lain yang lebih baik? Maukah ibu mengungkapkan kemarahan dengan cara yang baik tanpa menimbulkan kerugian?”

“ibu, ada beberapa cara untuk mengendalikan kemarahan ibu. Salah satunya dengan latihan fisik. Jadi,dengan latihan ibu dapat menyalurkan rasa marah kita.”

“Baik ibu, kita akan berlatih latihan fisik yang pertama yaitu latihan nafas

dalam. Caranya, pada saat tanda-tanda marah muncul, ibu tarik nafas lewat hidung, tahan sebentar, kemudian hembuskan lewat mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo ibu kita lakukan sama-sama, tarik lewat hidung..., tahan, dan hembuskan lewat mulut. Sekarang, lakukan 5x ya bu. Bagaimana perasaannya?” “Sebaiknya ibu melakukannya secara rutin sehingga saat rasa marah ibu muncul, ibu sudah terbiasa melakukannya.”

3. FASE TERMINASI

“Bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang tadi?”

“Jadi apa yang menyebabkan kemarahan ibu tadi? Apa yang ibu rasakan... (sebutkan) dan yang ibu lakukan...(sebutkan) serta apa akibatnya... (sebutkan)

“Coba, selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah ibu yang lalu, apa yang ibu lakukan kalau marah yang belum kita bahas, dan jangan lupa latihan nafas dalam ya bu.”

“Baik, besok saya akan datang lagi sekitar jam setengah 8 pagi dan latihan cara lain untuk mengendalikan marah.”

“Tempatnya disini lagi ya bu?” “Selamat pagi bu.”

“Selamat pagi ibu I,sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi.”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana kabarnya bu ?adakah hal yang membuat ibu marah hari ?”

c Kontrak

“Sekarang kita belajar lagi mengendalikan perasaan marah dengan melaksanakan latihan fisik yang kemarin belum selesai.” “Mungkin sekitar 20 menit,boleh bu?”

“Bagaimana kalau kita menuju ke kamar ibu?”

2. FASE KERJA

“Baik ibu, kita ulang lagi latihan mengendalikan rasa marah dengan latihan memukul bantal atau kasur. Sebelumnya ibu apakah masih mengingat latihan yang pertama yaitu latihan nafas dalam? Bagus, Coba praktekan bu! Bagus.” “Baik,sekarang,mari bu kita latihan memukul bantal/kasur. Jadi saat bapak ingin marah atau merasa kesal ibu dapat melampiaskannya dengan memukul bantal/kasur. Coba ibu lakukan,pukul bantal dan kasur. Ya, bagus sekali bu.”

“Nah,cara ini dapat dilakukan saat perasaan marah atau kesal itu muncul. Tapi, jangan lupa merapkannya lagi ya bu.”

3. FASE TERMINASI

“Apa yang ibu rasakan setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

“Ada dua cara latihan fisik yang telah kita latih,coba bapak sebutkan lagi?” Bagus!”

“Mari kita masukkan ke jadwal harian ibu. Pukul berapa mau

mempraktikkan pukul bantal atau kasur? Bagaimana kalau habis bangun tidur ? Jam 6 pagi dan jam 3 sore. Lalu, jika ada perasaan marah secara tiba-tiba, ibu dapat gunakan kedua latihan tadi ya bu.”

“Besok jam setengah 8 pagi, bagaimana kalau kita akan belajar mengendalikan marah dengan bicara yang baik. Di meja makan saja ya bu?”

Sampai bertemu besok ya bu.”

a Salam Terapeutik “Selamat pagi ibu I”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan ibu hari ini?”

c Kontrak

“Sebelum kita melakukan cara latihan fisik yang ketiga ,apakah ibu sudah melakukannya latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur?bagus!.
ibu lakukan latihan itu secara rutin ya bu.”

“Sekarang kita akan melakukan latihan mengendalikan marah dengan cara verbal atau sosial. Bagaimana kalau kita di sini berbincang-bincangnya? Mungkin sekitar 20 menit, Bagaimana ibu?”

2. FASE KERJA

“Sekarang kita latihan mengendalikan marah dengan bicara yang baik. Kalau marah sudah disalurkan lewat latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur dan sudah merasa lega,kita perlu bicara dengan orang yang membuat marah. Ada tiga cara ibu yaitu:

a. Meminta dengan baik tanpa marah dan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin ibu bilang penyebab marah karena suami Coba ibu meminta kepada suami dengan baik,katakan ”*pa*,
”Coba praktikkan,Bagus bu!”

b. Menolak dengan baik,jika ada yang menyuruh ibu dan ibu tidak ingin melakukannya,katakan, ”*maaf saya tidak bisa*”Coba ibu praktikkan,
Bagus!”

c. Mengungkapkan rasa kesal.Jika ada perlakuan dari orang lain yang membuat ibu kesal, ibu dapat mengatakan, ”*Saya jadi ingin marah karena*

perkataanmu . "Coba Praktikkan,Bagus!"

3. FASE TERMINASI

"Bagaimana perasaannya ibu setelah latihan mengendalikan marah dengan berbicara yang baik?"

"Coba ibu sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah dilatihkan!"

"Coba ibu masukkan ke jadwal harian sehari-hari,misalnya meminta obat,uang dan lain-lain. Nanti dicoba ya bu!"