

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN PADA TN.Z DI
KELURAHAN TANJUNGSARI KECAMATAN
SUKOMANUNGGAL SURABAYA**



Oleh :

ANGGIE SAFITRI AMIRA ZAIN, S.Kep
NIM. 203.0012

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

2021

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN PADA TN.Z DI
KELURAHAN TANJUNGSARI KECAMATAN
SUKOMANUNGGAL SURABAYA**



Oleh :

ANGGIE SAFITRI AMIRA ZAIN, S.Kep
NIM. 203.0012

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

2021

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 22 Juli 2021

Penulis,

TTD, MATERAI 10.000



Angie Safitri Amira Zain

NIM. 203.0012

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Anggie Safitri Amira Zain

NIM : 203.0012

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien Tn.Z dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan di Kelurahan Tanjungsari Kecamatan Sukomanunggal Surabaya.

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

NERS (Ns.,)

Surabaya, 22 Juli 2021

Pembimbing



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

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal :

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Anggie Safitri Amira Zain, S.Kep

NIM : 203.0012

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien Tn.Z dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan di Kelurahan Tanjungsari Kecamatan Sukomanunggal Surabaya.

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

Penguji I : Dyas Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes

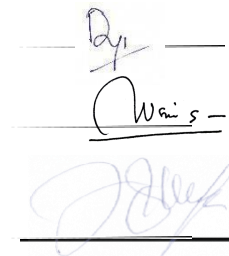
NIP. 03007

Penguji II : Dr. A.V Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes

NIP. 04014

Penguji II : Lela Nurlela, S.Kp., Ns., M.Kes

NIP. 03021



Three handwritten signatures in blue ink are positioned to the right of the examiner names. The first signature is above the first name, the second is above the second name, and the third is above the third name.

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda., M.Kep., Sp., Kep.MB

NIP. 03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Segala puji dan Hormat hanya bagi Tuhan Yang Maha Esa, dengan segala anugerah-Nyayang telah memberikan kesempatan penulis dapat menyusun Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari Kecamatan Sukomanunggal Surabaya.”.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan skripsi ini peneliti mendapat pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama Dr AV Sri Suhardiningsih, S.Kep.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk menjadi mahasiswa Prodi Profesi Ners sekaligus sebagai penguji yang telah memberikan arahan pada ujian akhir Profesi Ners.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Prodi Profesi Ners
3. Bapak Nuh Huda,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Kepala Program Studi Prodi Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.yang telah
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing terima kasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Lela Nurlela, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji terima kasih memberikan arahan dan kesempatan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

6. Seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu proses kelancaran selama perkuliahan untuk menempuh studi di STIKES Hang Tuah Surabaya
7. Mama dan Papa tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan, memberi motivasi, dan semangat kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan

DAFTAR ISI

KARYA TULIS AKHIR.....	1
KARYA TULIS AKHIR.....	2
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	3
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG.....	4
HALAMAN PENGESAHAN	5
KATA PENGANTAR.....	6
DAFTAR ISI	8
DAFTAR GAMBAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR TABEL.....	10
BAB I PENDAHULUAN	11
1.1 Latar Belakang.....	11
1.2 Rumusan Masalah.....	13
1.3 Tujuan	13
1.3.1 Tujuan Utama.....	13
1.3.2 Tujuan Khusus	13
1.4 Manfaat.....	14
1.4.1 Manfaat Teoritis	14
1.4.2 Manfaat Praktis	14
1.5 Metode Penulisan.....	14
1.6 Sistematika Penulisan.....	15
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	17
2.1 Definisi	17Error! Bookmark not defined.
2.2 Rentang Respon	17
2.3 Tanda dan Gejala	18
2.4 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan.....	19
2.5 Mekanisme Koping.....	20
2.6 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	22
2.6.1 Pengkajian.....	22
2.6.2 Diagnosa	24
2.6.3 Intervensi	24
2.6.4 Implementasi.....	26
2.6.5 Evaluasi.....	28
BAB 3 TINJAUANKASUS	29
3.1 Pengkajian	29
3.1.1 Identitas Klien	29
3.1.2 Keluhan Utama.....	29
3.1.3 Penampilan Umum dan Perilaku Fisik	29
3.1.4 Faktor Predisposisi	30
3.1.5 Psikososial.....	30
3.1.6 Stasul Mental.....	32
3.1.7 Tingkat kosentrasi dan Berhitung	33
3.1.8 Kemampuan Penilaian.....	33

3.1.9	Kebutuhan Perencanaan Pulang	34
3.1.10	Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobby?	35
3.1.11	Mekanisme Koping	35
3.1.12	Masalah Psikososial dan Lingkungan	36
3.1.13	Pengetahuan kurang tentang PK.....	36
3.1.14	Aspek Medis	36
3.2	Daftar Masalah Keperawatan.....	36
3.3	Daftar Diagnosa Keperawatan.....	36
3.4	POHON MASALAH	37
3.5	ANALISA DATA	38
3.6	INTERVENSI KEPERAWATAN.....	40
3.7	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN.....	42
BAB 4	PEMBAHASAN	45
4.1.	Pengkajian Keperawatan	45
4.2.	Diagnosa Keperawatan	46
4.3.	Perencanaan Keperawatan.....	47
4.4.	Tindakan Keperawatan.....	48
4.5.	Evaluasi Keperawatan.....	49
BAB 5	PENUTUP.....	51
5.1	Kesimpulan.....	51
5.2	Saran.....	52

DAFTAR TABEL

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh pasien yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan social atau konflik dengan masyarakat (Tri dkk, 2018) . Gangguan jiwa merupakan sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, Menginterpretasi kan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi (Isaacs, 2005 dalam Pardede, dkk 2016).Gangguan Jiwa menimbulkan distorsi pikiran sehingga pikiran itu menjadi sangat aneh, juga distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku yang dapat mengarah ke risiko perilaku kekerasan yang dapat berbahaya dengan diri sendiri maupun orang lain sekitar (Baradero, 2016). Menurut Afnuhazi (2015), Perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri.

Menurut *World Health Organization* (2018) penderita gangguan jiwa pada tahun 2018 menyerang lebih dari 23 juta orang dari populasi di dunia dan lebih umum diderita oleh laki-laki 12 juta orang dibanding dengan perempuan yaitu 9 juta orang. Berdasarkan data dari hasil riset kesehatan dasar nasional (2018) menunjukkan prevalensi pada tahun 2018 seseorang menderita

gangguan jiwa sebesar 7 per 1000 dengan cakupan pengobatan 84,9%. Gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala gejala depresi dan kecemasan dan perilaku kekerasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia dan prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1000 penduduk. Menurut Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur (2016) penderita gangguan jiwa di Jawa Timur pada tahun 2016 mencapai 2369 orang. Jumlah itu naik sebesar 750 orang dibandingkan tahun 2015 lalu yang hanya 1629 penderita .

Perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang, bila kondisi tersebut tidak teratasi, maka dapat menyebabkan harga diri rendah, sehingga sulit untuk berinteraksi dengan orang lain kemudian dari sini akan muncul halusinasi berupa suara-suara atau bayangan yang meminta klien untuk melakukan tindak kekerasan. Hal tersebut dapat berdampak pada keselamatan dirinya, orang lain, dan lingkungan sekitarnya (Yosep, 2016). Perilaku kekerasan sendiri mempunyai beberapa faktor sehingga menyebabkan perilaku kekerasan timbul, dibagi dalam 5 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, mekanisme coping. Pada orang dengan gangguan jiwa, perilaku kekerasan, klien merasa terancam kemudian klien tidak bisa coping dengan masalahnya sehingga klien akan cemas dan stress, klien akan merasa kuat dan menantang, akhirnya masalah tidak terselesaikan karena coping klien yang tidak adekuat, akhirnya klien mengungkapkan marahnya dengan marah pada orang lain maupun dirinya sendiri dan timbul sikap agresif/ amuk, muncul rasa bermusuhan secara menahun

Dari pernyataan tersebut penulis melihat perlu dilakukan asuhan keperawatan pada perilaku kekerasan dengan upaya mengurangi gangguan kesehatan mental pada perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan. membina

hubungan saling percaya dengan pasien, dapat membantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, dapat membantu pasien dengan mengenali tanda dan gejala yang di rasakan, dapat mengajarkan teknik relaksasi dalam agar pasien merasa tenang, dapat mengajarkan pasien teknik pukul bantal unuk mengurangi emosi yang dirasakan pasien dan dapat membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara pengendalian fisik atau secara verbal, secara spiritual serta secara obat-obatan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari Kecamatan Sukomanunggal Surabaya ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Utama

Mengidentifikasi Proses Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari Kecamatan Sukomanunggal Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari kecamatan Sukomanunggal Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari kecamatan Sukomanunggal Surabaya
3. Merencanakan tindakan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari kecamatan Sukomanunggal Surabaya
4. Melaksanakan tindakan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari kecamatan Sukomanunggal Surabaya
5. Melakukan evaluasi asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari kecamatan Sukomanunggal Surabaya

6. Mendokumentasikan asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjungsari kecamatan Sukomanunggal Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Melalui karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah serta rujukan ilmiah dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa tentang perilaku kekerasan

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah pengetahuan, sehingga dapat mengembangkan wawasan tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan
2. Bagi Profesi Keperawatan Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan serta pengalaman profesi keperawatan mengenai asuhan keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan.
3. Bagi Penulis Selanjutnya Diharapkan karya ilmiah ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau dikembangkan tentang gambaran yang berhubungan dengan asuhan keperawatan jiwa pada masalah utama tentang perilaku kekerasan

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, ataupun keluarga pasien.

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.

c. Studi kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang tujuan, manfaat dan sistematika penulisan studi kasus.
 - b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep Perilaku Kekerasan dan Konsep Asuhan Keperawatan.
 - c. BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

- d. BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

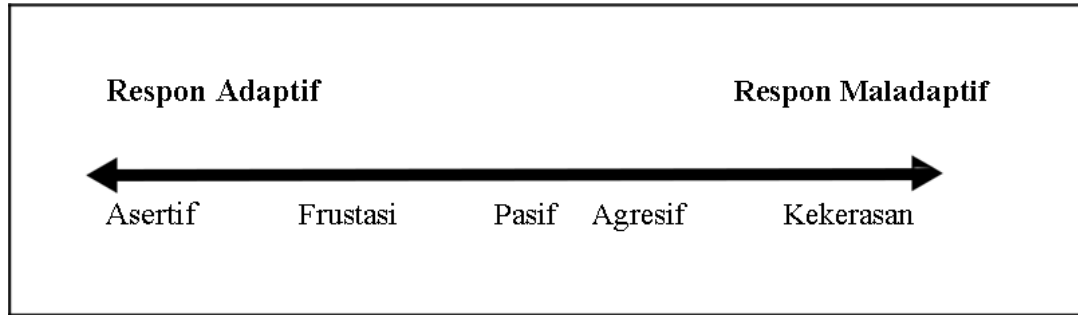
2.1 Konsep Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi

Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan ditujukan pada diri sendiri/orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Siti musmini,2019)

2.1.2 Rentang Respon

Menurut Yosep (2010) perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasiakn 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 tidsak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1.2 Rentang Respon

Keterangan :

1. Asertif yaitu klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberi kelegaan.
2. Frustrasi yaitu klien gagal mencapai tujuan kepuasan atau saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.
3. Pasif yaitu merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.
4. Agresif yaitu klien mengekspresikan secara fisik, tetapi tidak terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
5. Kekerasan yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang control, disertai amuk, merusak lingkungan.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan Tanda dan gejala yang muncul pada klien dengan Resiko perilaku kekerasan menurut (Rusdi, 2013 dalam Muh.Zulfikar 2018) adalah sebagai berikut:

1. Muka merah dan tegang.
2. Pandangan tajam.

3. Mengatup rahang dengan kuat.
4. Mengepalkan tangan.
5. Bicara kasar.
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak.
7. Mengancam secara verbal dan fisik.
8. Melempar atau memukul benda/orang lain.
9. Merusak barang atau benda.
10. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan.

2.1.4 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Menurut Badan (PPSDM, 2013 dalam Muh.Zulfikar 2018) Proses terjadinya Resiko perilaku kekerasan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi stressor dari faktor predisposisi dan presipitasi :

1. Faktor Predisposisi

- a. Faktor Biologis

Meliputi adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA.

- b. Faktor Psikologis

Pengalaman marah adalah akibat dari 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, seperti kesehatan fisik terganggu, hubungan social yang terganggu. Salah satu kebutuhan manusia adalah “berprilaku” apabila kebutuhan

tersebut tidak dapat dipenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut berperilaku destruktif.

c. Faktor Sosiokultural

Fungsi dan hubungan social yang terganggu disertai lingkungan social yang mengancam kebutuhan individu, yang mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma dan budaya dapat mempengaruhi individu untuk berperilaku asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi, merupakan proses meniru dari lingkungan yang menggunakan perilaku kekerasan sebagai cara menyelesaikan masalah.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan orang yang lain. Stressor tersebut dapat merupakan penyebab yang bersifat faktor eksternal maupun internal dari individu. Faktor internal meliputi keinginan yang tidak terpenuhi, perasaan kehilangan dan kegagalan dalam kehidupan (pekerjaan, pendidikan, dan kehilangan orang yang dicintai), kekhawatiran terhadap penyakit fisik. Faktor eksternal meliputi kegiatan atau kejadian social yang berubah seperti serangan fisik atau tindakan kekerasan, kritikan yang menghina, lingkungan yang terlalu ribut, atau putusnya hubungan social/kerja/sekolah.

2.1.5 Mekanisme Koping

Menurut (Eko Prabowo , 2014 dalam Ade Tri 2020) mekanisme koping yang dipakai pada pasien perilaku kekerasan untuk melindungi diri antara lain:

1. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyaluran secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas-remas adonan kue, meninju tembok dan lain sebagainya. Tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2. Proyeks

Menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu dan mencumbunya.

3. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat berci 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

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.

5. Deplacement

Melepaskan elepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang mebangkitkan emosi itu. Misalnya Timmy

berusia empat tahun marah karena ia baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan bersamatemannya.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/ pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan adalah metode Asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah), diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penilaian tindakan keperawatan (evaluasi).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hierarki perilaku agresif dan kekerasan. Disamping itu, perawat harus mengkaji pula efek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif (Abdul Muhith, 2015).

1. Kelengkapan pengkajian dapat membantu perawat :
 - a. Membangun hubungan yang terapeutik dengan klien
 - b. Mengkaji perilaku klien yang berpotensi kekerasan
 - c. Mengembangkan suatu perencanaan
 - d. Mengimplementasikan perencanaan
 - e. Mencegah perilaku agresif dan kekerasan dengan terapi
2. Bila pasien dianggap hendak melakukan kekerasan, maka perawat harus

- a. Melaksanakan prosedur klinik yang sesuai untuk melindungi klien dan tenaga kesehatan
 - b. Beritahu ketua tim
 - c. Bila perlu, minta bantu keamanan
 - d. Kaji lingkungan dan buat perubahan yang perlu
3. Perilaku yang berhubungan dengan agresi
- a. Agitasi motorik: bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengapit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik tiba-tiba
 - b. Verbal: mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacu minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi pikiran paranoid
 - c. Afek: marah, permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, *euphoria* tidak sesuai atau berlebihan, afek labil
 - d. Tingkat kesadaran: bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan
4. Pada pengkajian awal dapat diketahui alasan utama klien dibawah kerumah sakit adalah perilaku kekerasan dirumah. Kemudian perawat dapat melakukan pengkajian dengan cara:
- a. Observasi: muka merah, pandangan tajam, otot tegang, nada suara tinggi, berdebat. Sering pula tampak klien memaksakan kehendak: merampas makanan, memukul jika tidak semngang.
 - b. Wawancara: diarahkan pada penyebab marah, perasaan marah, tanda-tanda marah yang dirasakan pasien.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Yusuf *et al* (2015) diagnose keperawatan yang didapatkan pada kasus perilaku kekerasan yaitu :

1. Perilaku kekerasan (SDKI D.0132 Hal 288)

a. Data Mayor :

Subjektif : Mengancam, Mengumpat kata-kata kasar, Suara keras, Bicara Ketus

Objektif : Menyerang orang lain, Melukai diri sendiri/orang lain, Merusak lingkungan, Perilaku agresif

b. Data Minor :

Objektif : Mata melotot dengan pandangan tajam, Tangan mengepal, Rahang mengatup, Wajah memerah, Postur tubuh kaku

2. Resiko Mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

3. Harga Diri Rendah Situasional (SDKI D.0087 Hal 194)

a. Data Mayor :

Subjektif : Menilai diri negative (mis. Tidak berguna, Tidak tertolong), Merasa malu/bersalah, Melebih-lebihkan penilaian negative tentang diri sendiri, Menolak penilaian positif tentang diri sendiri.

Objektif : Berbicara pelan dan lirih, Menolak berinteraksi dengan orang lain, Berjalan menunduk, Postur tubuh menunduk

b. Data Minor :

Subjektif : Sulit berkonsentrasi

Objektif : Kontak mata kurang, Lesu dan tidak bergairah, Pasif, Tidak mampu membuat keputusan

4. Koping Tidak Efektif (SDKI D.0096 Hal 210)

a. Data Mayor :

Subjektif : Mengungkapkan tanda tidak mampu mengatasi masalah

Objektif : Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan, menggunakan mekanisme koping tidak sesuai

b. Data Minor :

Subjektif : Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, Kekhawatiran kronis.

Objektif : Penyalahgunaan zat, Memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginan sendiri, Partisipasi social kurang

5. Isolasi Sosial (SDKI D.0121 Hal 268)

a. Data Mayor :

Subjektif : Merasa ingin sendirian, Merasa tidak aman ditempat umum

Objektif : Menarik diri, Tidak berminat/menolak berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan

b. Data Minor :

Subjektif : Merasa berbeda dengan orang lain, Merasa tidak mempunyai tujuan yang jelas

Objektif : Afek datar, Afek sedih, Riwayat ditolak, Menunjukkan permusuhan, Tidak ada kontak mata

2.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tujuan Asuhan Keperawatan

1. Kognitif, klien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan, menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, menyebutkan akibat yang

ditimbulkan, dan menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan

2. Psikomotor, klien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi : tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, senam, dan jalan-jalan, melakukan deeskalasi (mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis), melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain, dan patuh minum obat dengan 8 benar.
3. Afektif, klien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan

2.2.4 Implementasi

1. Menurut (Keliat,2019) Tindakan pada klien,
 - a. Pengkajian : kaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, penyebab, kemampuan mengatasinya, dan akibatnya
 - b. Diagnosis : jelaskan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan
 - c. Tindakan Keperawatan
 - 1) Latih klien untuk melakukan relaksasi : Tarik napas dalam, pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan
 - 2) Latih klien untuk berbicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
 - 3) Latih deeskalasi secara verbal maupun tertulis
 - 4) Latih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut
 - 5) Latih klien minum obat dengan cara 8 benar
 - 6) Bantu klien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika klien

mengalami kesulitan

- 7) Diskusikan manfaat yang di dapatkan setelah mempratekkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan
- 8) Berikan pujian pada klien saat mampu mempratekkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan

2. Tindakan pada Keluarga

- 1) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan yang dialami klien
- 3) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien
- 4) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan klien :
 - a) Menghindari penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan
 - b) Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang dilatih perawat ke klien
 - c) Memberi pujian atas keberhasilan klien
- 5) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman : mengurangi stress didalam keluarga dan memberi motivasi pada klien
- 6) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan ollow up ke pelayanan kesehatan secara teratur

3. Tindakan pada Kelompok Klien

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi Persepsi

- 1) Sesi 1 : Mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

- 2) Sesi 2 : Mencegah perilaku kekerasan secara fisik
- 3) Sesi 3 : Mencegah perilaku kekerasan dengan cara verbal
- 4) Sesi 4 : Mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 5) Sesi 5 : Mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi minum obat

4. Tindakan Kolaboratif

- a. Melakukan kolaborasi dengan dokter menggunakan ISBAR dan Tbk
- b. Membeikan program terapi dokter (Obat) : Edukasi 8 benar pemberian obat dan memberikan sesuai dengan konsep safety pemberian obat
- c. Mengobservasi manfaat dan efek samping obat

5. *Discharge Planning*

- a. Menjelaskan rencana-rencana persiapan pasca rawat dirumah untuk memandirikan klien
- b. Menjelaskan rencana tindak lanjut perawatan dan pengobatan
- c. Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan

2.2.5 Evaluasi

Menurut Keliat Evaluasi Pasien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan Pasien dapat mengidentifikasi penyebab Perilaku Kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, akibat Perilaku Kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat dengan benar (Dermawan dan Rusdi, 2013).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 tinjauan kasus akan menjelaskan mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 06 Juli 2020 dimulai pukul 10.00 WIB via wawancara dan secara objektif dengan sumber informasi dari pasien dan keluarga pasien.

3.1.1 Identitas Klien

Pasien bernama Tn.Z , lahir di Surabaya pada tanggal 17 february 197x, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, berstatus menikah, berkerja di pabrik dan bertempat tinggal di Tanjungsari kelurahan Tanjungsari Kecamatan Sukomanunggal Surabaya.

3.1.2 Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian Tn.Z mengatakan sering dimarahin atasannya karena pekerjaannya yang selalu salah akhirnya saya melampiaskan kekesalan saya ke keluarga saya.

Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan

3.1.3 Penampilan Umum dan Perilaku Fisik

Pada saat dilakukan wawancara oleh Tn.Z, Tn.Z mengatakan berat badan 67 Kg, Tinggi badan 170 cm, Tanda-tanda vital dengan suhu 36,3 °C, Tekanan Darah 158/100 mmHg

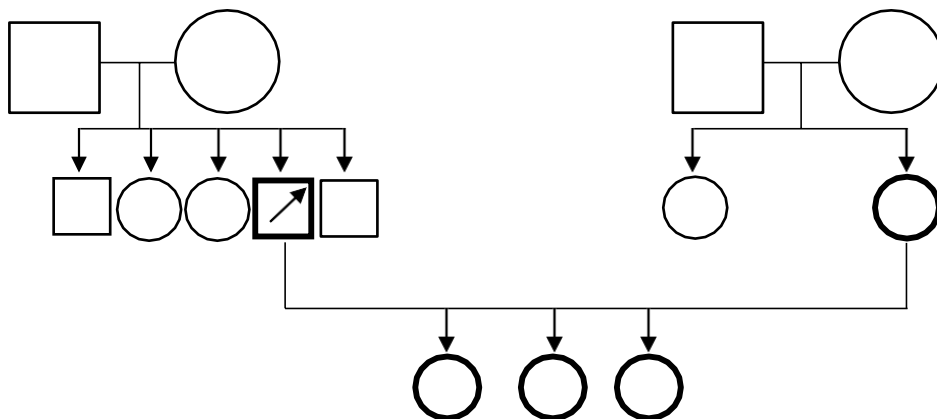
Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.4 Faktor Prepitasi

Tn.Z tidak pernah mengalami gangguan jiwa dan belum pernah dilakukan pengobatan sebelumnya, Tn.Z mengalami trauma karena sering dimarahi oleh atasnya sehingga Tn.Z melampiaskan amarahnya kepada keluarganya apabila ada yang tidak sependapat dengan dirinya dia akan mudah marah dan membanting barang yang ada disekitarnya. Respon Pasca Trauma, Keluarga Tn.Z tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masalah Tn.Z pada waktu berumur 9 tahun sering mendapatkan aniaya fisik oleh orangtuanya.

Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan dan Respon Pasca Trauma

3.1.5 Genogram



1. Konsep Diri

a. Citra Tubuh

Tn.Z mengatakan menyukai seluruh bagian tubuhnya

b. Identitas Diri

Tn.Z mengatakan dia adalah seorang laki-laki dan masih mampu untuk bekerja

c. Peran

Tn.Z mengatakan dia adalah seorang ayah dari 3 Anak perempuannya.

d. Ideal Diri

Tn.Z mengatakan ingin mengontrol amarahnya dan bisa lebih bersabar lagi dan tidak mau marah-marah serta membanting barang lagi

e. Harga Diri

Tn.Z mengatakan merasa sering diremehkan dan malu dengan teman kerjanya karena sering mendapat cacian dan makian dari atasannya.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

2. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Tn.Z mengatakan bahwa orang terdekat yang paling berharga adalah kedua orang tua nya, istrinya dan anak-anaknya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Tn.Z mengatakan pernah mengikuti kegiatan di sekitar lingkungannya, seperti kerja bakti atau rapat RT.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tn.Z mengatakan tidak memiliki hambatan berhubungan dengan orang lain

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3. Kerusakan Interaksi Sosial

a. Spiritual

b. Nilai dan Keyakinan

Tn.Z mengatakan bahwa dia beragama Islam dan dia percaya kepada Allah SWT.

c. Kegiatan dan Ibadah

Tn.Z mengatakan bahwa dia sholat 5 waktu tetapi jarang untuk sholat shubuh dikarenakan bangun kesiangan

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.6 Stasul Mental

1. Penampilan

Penampilan Tn.Z tampak bersih dan rapi

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Pembicaraan

Tn.Z berbicara dengan nada yang tinggi dan keras, sedikit apatis,

Masalah Keperawatan : Kerusakan Komunikasi Verbal

3. Aktivitas Motorik

Tn.Z saat di wawancarai tampak marah, tegang, dan gelisah

Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain

4. Afek dan Emosi

Tn.Z tampak datar dan mata melotot

Masalah Keperawatn : Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain

5. Alam Perasaan (Emosi)

Selama proses wawancara dengan Tn.Z emosinya tampak takut dan marah

Masalah Keperawatan : Resiko diri membahayakan

6. Interaksi Selama Wawancara

Selama wawancara dengan Tn.Z didapatkan kontak mata kurang dan mudah

tersinggung

Masalah Keperawatan : Kerusakan interaksi sosial

7. Persepsi-Sensoric

Tn.Z tidak mengalami gangguan persepsi sensori, tidak mengalami halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan serta tidak mengalami ilusi

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8. Proses Pikir

Proses Pikir (Arus dan Bentuk Pikir), Tn.Z tidak mempunyai gangguan proses pikir, tidak mempunyai tanda gejala waham

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

9. Tingkat Kesadaran

Tn.Z tampak sehat dan baik-baik saja

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10. Memori

Tn.Z tidak mengalami gangguan memori

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7 Tingkat konsentrasi dan Berhitung

Tn.Z tidak mengalami gangguan konsentrasi dan berhitung

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Kemampuan Penilaian

Tn.A tidak mempunyai gangguan kemampuan penilaian

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.9 Kebutuhan Perencanaan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Kemampuan Memenuhi Kebutuhan	Ya	Tidak
Makanan	√	
Keamanan	√	
Perawatan Kesehatan	√	
Pakaian	√	
Transportasi	√	
Tempat tinggal	√	
Keuangan	√	

Jelaskan : Tn.Z mengatakan mampu memenuhi kebutuhannya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

a. Perawatan Diri

Kegiatan Hidup Sehari-hari	Bantuan	Bantuan
	Total	Minimal
Mandi		√
Kebersihan		√
Makan		√
BAK		√
BAB		√
Ganti Pakaian		√

Jelaskan : Tn.Z mengatakan mampu melakukan perawatan diri

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

b. Nutrisi

Tn.Z puas dengan pola makannya, Tn.Z makan 3x sehari dengan nafsu makan meningkat

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Tidur

Tn.Z tidak mempunyai masalah tidur dan dan merasa segar ketika bangun tidur, Tn.Z tidak terbiasa tidur siang karena saat siang Tn.Z sedang berkerja

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

d. Kemampuan Klien dalam hal :

Tn.Z mengatakan mampu mengantisipasi kebutuhan sendiri, membuat keputusan, mengatur penggunaan obat, dan mengatur pemeriksaan kesehatan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

e. Klien memiliki sistem pendukung

Tn.Z merasa mendapatkan dukungan dari keluarganya

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.10 Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobby

Tn.Z mengatakan selama kerja dia tidak bisa menikmati hobynya karena perkerjaan yang begitu padat dan produktif

Masalah Keperawatan : Defisit aktivitas deversional hiburan

3.1.11 Mekanisme Koping

Maladaptif, Tn.Z mengatakan bahwa dirinya masih suka marah dan kesal serta merasa ini tidak akan pernah ada akhirnya

Masalah Keperawatan : Koping individu tidak efektif

3.1.12 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Tn.Z mengatakan pernah mengikuti kegiatan di sekitar lingkungannya, seperti kerja bakti atau rapat RT.

3.1.13 Pengetahuan kurang tentang PK

Tn.Z mengatakan masih belum mengerti tentang perilaku kekerasan

3.1.14 Aspek Medis

Tn.Z mengatakan tidak pernah meminum obat-obatan karena merasa dirinya tidak sakit

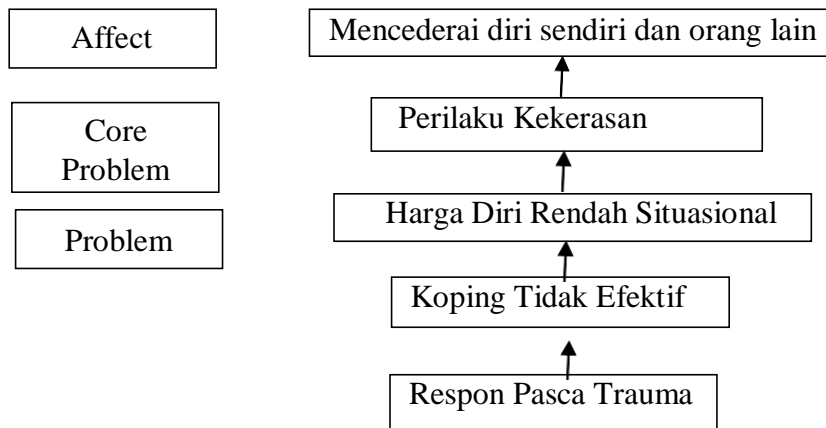
3.2 Daftar Masalah Keperawatan

1. Perilaku Kekerasan
2. Respon Pasca Trauma
3. Harga Diri Rendah Situasional (HDRS)
4. Kerusakan Komunikasi Verbal
5. Kerusakan Interaksi Sosial
6. Resiko Mencederai Diri Sendiri dan Orang lain
7. Defisit Aktivitas Deversional Hiburan
8. Koping Individu Tidak Efektif

3.3 Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah Situasional (HDRS)
3. Mencederai Diri dan Orang Lain

3.4 POHON MASALAH



3.5 ANALISA DATA

NO	Data	Masalah	Tanda Tangan
1	<p>Data Subyektif :</p> <p>Tn.Z mengatakan sering dimarahin atasannya karena perkerjaannya yang selalu salah akhirnya saya melampiaskan kekesalan saya ke keluarga saya. Saat disinggung stresornya nada pembicaraan klien tampak sedikit tinggi serta mukanya tampak tegang. Keluarga mengatakan klien sering marah-marrah</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>Pandangan tajam</p> <ol style="list-style-type: none">1. Melotot2. Gelisah3. Nada Bicara tinggi dan Kasar	<p>Perilaku Kekerasan (SDKI D.0132 Hal 288)</p>	<p>Anggie Safitri, S.Kep</p>

2	<p>Data Subyektif :</p> <p>Tn.Z mengatakan merasa sering diremehkan dan malu dengan teman kerjanya karena sering mendapat cacian dan makian dari atasannya.</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>Kontak mata kurang Pasif Menolak berinteraksi dengan orang lain</p>	<p>Harga Diri Rendah Situasiona 1 (SDKI D.0087 Hal 194)</p>	<p>Anggie Safitri, S.Kep</p>
3	<p>Data Subyektif :</p> <p>Tn.Z mengatakan melampiaskan kekesalan saya ke keluarga saya. Saat disinggung stresornya nada pembicaraan klien tampak sedikit tinggi serta mukanya tampak tegang. Keluarga mengatakan klien sering marah-marah dan sering membanting barang-barang yang berada di dekatnya.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>Membanting barang Memukul orang rumah Berbicara kasar</p>	<p>Mencederai diri sendiri dan orang lain</p>	<p>Anggie Safitri, S.Kep</p>

4.	<p>Ds : Tn.Z mengatakan bahwa dirinya masih suka marah dan kesal serta merasa ini tidak akan pernah ada akhirnya.</p> <p>Do : Perilaku tidak asertif Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan.</p>	Koping Tidak efektif (SDKI D.0096 Hal 210)	Anggie Safitri, S.Kep
----	--	--	--------------------------

<p>5.</p>	<p>Ds : Tn.Z mengatakan memiliki pengalaman masalah Tn.Z pada waktu berumur 9 tahun sering mendapatkan aniaya fisik oleh orangtuanya</p> <p>Do : Waspada berlebihan Ketakutan berulang</p>	<p>Respon Pasca Trauma (SDKI D.0104)</p>	<p>Anggie Safitri, S.Kep</p>
------------------	---	--	-----------------------------------

3.6 RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Tindakan	Rasional
1.	Selasa, 6 Juli 2021 11.00 s/d 11.30	Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan intervensi diharapkan pasien menunjukkan peningkatan kognitif,Psikomotor dan afektif Kriteria Hasil : 1. Perilaku melukai diri sendiri atau orang lain menurun 2. Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun 3. Perilaku agresif menurun 4. Suara keras dan Bicara ketus menurun	1. Kaji tanda dan gejala, penyebab dan akibat perilaku kekerasan. 2. Latih pasien untuk melakukan relaksasi Tarik nafas dalam 3. Latih pasien untuk melakukan relaksasi pukul bantal 4. Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. 5. Diskusikan cara merawat perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan konsisi pasien	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala, penyebab, dan akibat perilaku kekerasan 2. Agar Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan 4. Untuk mengetahui masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien 5. Agar keluarga mampu merawat perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien
2.	Rabu 7 Juli 2021 10.00 s/d 10.30	Perilaku kekerasan	Setelah dilakukan intervensi diharapkan pasien menunjukkan peningkatan kognitif,Psikomotor dan afektif Kriteria Hasil : 1. Perilaku melukai diri sendiri atau orang lain menurun 2. Perilaku merusak	1. Latih pasien untuk berbicara dengan baaik 2. Latih curhat secara verbal atau tertulis 3. Latih keluarga menghindari penyebab terjadinya perilaku kekerasan	1. Agar pasien dapat mengontrol perkataan kasar 2. Agar pasien mampu mengontrol kekesalannya dengan bercerita ke orang terdekat 3. Agar keluarga mampu menghindari penyebab

			lingkungan sekitar menurun 3. Perilaku agresif menurun 4. Suara keras dan Bicara ketus menurun	4. Latih keluarga dalam membimbing pasien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan	terjadinya perilaku kekerasan 4. Agar keluarga mampu dalam membimbing pasien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan
--	--	--	---	--	--

3.7 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Perilaku Kekerasan	6/7/20 11.00 s/d 11.15 11.16 s/d 11.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tanda dan gejala, penyebab, dan akibat resiko perilaku kekerasan 2. Melatih pasien untuk melakukan Latihan Relaksasi (Tarik nafas dalam dan Pukul bantal) 3. Mengkaji salah satu keluarga, menanyakan apa yang dirasakan keluarga dalam merawat klien 4. Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien 	<p>S : Tn.Z mengatakan agak sedikit lega dengan latihan hari pertama Keluarga mengatakan paham dengan materi yang di sampaikan</p> <p>O : Tn.Z mampu mengenal tanda gejala, menyebutkan penyebab, dan akibat dari RPK Tn.Z mampu mengulangi latihan yang di ajarkan dengan baik tanpa ada salah</p> <p>A : Masalah Teratasi Sebagian (Peningkatan pada psikomotor, afektif, kognitif)</p> <p>P : <ol style="list-style-type: none"> 1. Intervensi di lanjutkan untuk hari ke-2 2. Membuat jadwal harian untuk latihan 3. Evaluasi buku jadwal harian </p>	Anggie SAZ, S.Kep

2	Perilaku Kekerasan	7/7/2021 10.00 s/d 10.15 10.16 s/d 10.30	<p>1. Mengevaluasi latihan kemarin di buku jadwal harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien untuk berbicara dengan baik</p> <p>3. Melatih keluarga menghindari penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Melatih keluarga dalam membimbing pasien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>	<p>S :</p> <p>Tn.Z mengatakan sedikit senang sudah bisa latihan yang di ajarkan hari pertama dengan baik</p> <p>Keluarga juga membantu keberhasilan latihan dari pasien.</p> <p>Tn.Z mengatakan paham dengan latihan kedua</p> <p>Keluarga mengatakan paham dengan materi yang di sampaikan</p> <p>O :</p> <p>Tn.Z sudah mampu melakukan tarik napas dalam dan pukul bantal saat marah di bantu dengan keluarga</p> <p>Tn.Z sudah mengulangi latihan ke-2 tetapi masih belum cukup baik (kata-kata masih kasar).</p> <p>Keluarga tampak paham dan membantu dalam</p>	Anggie SAZ,S.Kep,
---	--------------------	--	--	--	-------------------

				saat belajar SP 1 dan 2 A : Masalah Teratasi Sebagian (Peningkatan pada psikomotor, afektif,	
--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 pembahasan akan diuraikan pembahasan tentang Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn.Z di Kelurahan Tanjung Sari Kecamatan Sukomanunggal Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 06 Juli 2021 sampai dengan tanggal 07 Juli 2021. Melalui pendekatan wawancara dan observasi untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajia, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi

4.1. Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan dalam pertemuan pertama. Kemudian, penulis melakukan BHSP dan menjelaskan maksud serta tujuan yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan sehingga klien dapat terbuka dan kooperatif. Menurut (Sri Maryatun,2017) Gejala pada harga diri rendah darisegi kognitif adalah kemarahan, kecemasan, rasa kesal, murung, ketidakberdayaan, keputusasaan, kesepian dan kesedihan, merasa berdosa, dan kurang motivasi. Tanda dan gejala respon sosial yang terjadi pada pasien harga diri rendah berupa bergantung pada pendapat orang lain, berlebihan mencari penguatan, menolak umpan balik positif diri sendiri, pengurungan diri/menarikdiri secara sosial.

Data yang didapatkan, Pasien bernama Tn.Z , seorang laki-laki berusia 45 tahun beragama islam. Pada saat dilakukan pengkajian Tn.Z mengatakan sering dimarahin atasannya karena pekerjaannya yang selalu salah akhirnya saya melampiaskan kekesalan saya ke keluarga saya. Saat disinggung stresornya nada pembicaraan klien tampak sedikit tinggi serta mukanya tampak tegang. Keluarga mengatakan klien sering marah-marah Menurut penelitian (Titik Suerni,2019)

Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh beberapa faktor baik faktor predisposisi ataupun presipitasi yang keduanya dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan terjadi karena adanya hasil akumulasi frustrasi yang berulang dan dikarenakan keinginan individu yang tidak tercapai atau bahkan gagal, sehingga individu berperilaku agresif

Menurut (Herman 2011 dalam Anggit Madhani,2020) Menurut Herman (2011) pasien yang perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala, fisik (mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku), Verbal (mengancam, mengumpat dengan kata – kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus), Perilaku (menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif), Emosi (tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut), intelektual (mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata – kata bernada sarkasme), spiritual (Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu – raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat), sosial (menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sendirian), dan perhatian (bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual).

4.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Budi Anna Keliat, *et al* (2019), asuhan keperawatan jiwa dengan Perilaku Kekerasan adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional

Penulis mengangkat diagnose berdasarkan pohon masalah terutama pada core problem yaitu Perilaku kekerasan. Berdasarkan data pengkajian, banyak data yang sesuai dengan tanda dan gejala

perilaku kekerasan . Dapat dilihat yang tertera pada pohon masalah Respon pasca trauma yang dimana ini adalah masalah Tn.Z sehingga dapat menyebabkan terjadinya coping individu tidak efektif yang menyebabkan harga diri rendah sehingga munculah masalah utama yaitu perilaku kekerasan yang mengakibatkan mencederai diri sendiri dan orang lain.

Menurut (Anggit Madhani,2020) Diagnosa Keperawatan, diagnosa keperawatan adalah respon individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar (Nursalam, 2016) sedangkan menurut Damaiyanti (2012) mengatakan diagnosa keperawatan adalah interpretasi dari data pengkajian yang digunakan untuk mengarahkan perencanaan, impementasi dan evaluasi. Sesuai dengan pohon masalah diagnosa keperawatan utama yaitu resiko perilaku kekerasan maka diagnosa ini sama dengan teori dari Yosef (2010) yang menyatakan core problem dari perilaku kekerasan adalah resiko perilaku kekerasan akan menimbulkan Effetc resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan dan lingkungan kemudian causa atau etiologi dari resiko perilaku kekerasan adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah

4.3. Perencanaan Keperawatan

Tujuan Asuhan Keperawatan

- 1.Kognitif, klien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan, menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, menyebutkan akibat yang ditimbulkan, dan menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan
- 2.Psikomotor, klien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi : tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, senam, dan jalan-jalan, melakukan deeskalasi (mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis), melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain, dan patuh minum obat dengan 8 benar.
- 3.Afektif, klien mampu merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan dan membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan

Menurut Keliat dkk (2019) menyebutkan tujuan dari dilakukan intervensi keperawatan pada

pasien dengan resiko perilaku kekerasan ada tiga yaitu kognitif, psikomotor, dan afektif. Tujuan kognitif sebagai berikut, klien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan, klien mampu menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan dan klien mampu menyebutkan

akibat yang ditimbulkan. Tujuan psikomotor sebagai berikut, klien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan relaksasi: tarik nafas dalam, pukul bantal, pukul kasur atau bantal, senam, dan jalan – jalan, klien mampu berbicara dengan baik: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik, klien mampu melakukan deeskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis, klien mampu melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain dan patuh minum obat (benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluawarsa dan benar dokumentasi). Tujuan afektif sebagai berikut klien merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan dan klien mampu membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan

4.4. Tindakan Keperawatan

Implementasi keperawatan, implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter dan Perry, 2011). Yang dimana tindakan kepada pasien terdiri dari :

1. Tindakan pada klien

Pengkajian dilakukan dengan mengkaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, penyebab, kemampuan mengatasinya, dan akibatnya setelah itu menentukan Diagnosis dengan cara menjelaskan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan

2. Tindakan Keperawatan

Yang pertama dilakukan yaitu dengan cara melatih klien untuk melakukan relaksasi dengan tarik napas dalam, pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan. Yang kedua yaitu dengan cara melatih klien untuk berbicara dengan baik dengan mengungkapkan perasaan meminta dengan baik dan menolak dengan baik. Yang ketiga yaitu dengan melatih berbicara secara

verbal maupun tertulis yang ke empat dengan melatih klien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut, yang ke lima dengan melatih klien minum obat dengan cara 8 benar. Yang ke enam dengan membantu klien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika klien mengalami kesulitan. Yang ke tujuh dengan mendiskusikan manfaat yang di dapatkan setelah mempratekkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan. Yang terakhir dengan memberikan pujian pada klien saat mampu mempratekkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan

3. Tindakan pada Keluarga

Tindakan yang pertama yaitu mengkaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. Yang kedua menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan yang dialami klien. Yang ke tiga Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi klien yang ke empat Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan klien. Yang ke lima Menghindari penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan. Yang ke enam Membimbing klien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang dilatih perawat ke klien. Yang ke tujuh Memberi pujian atas keberhasilan klien. Yang ke delapan Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman : mengurangi stress didalam keluarga dan memberi motivasi pada klien. Yang terakhir yaitu dengan Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respon objektif pasien terhadap

tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan)(Kusumawati dan Yudi, 2010 dalam Anggit,2020) Pasien sudah mampu melakukan teknik Tarik nafas dalam dan sudah mampu melakukan latihan fisik satu pukul bantal yang dimana juga dibantu oleh keluarga pasien.

BAB 5

PENUTUP

Penutup ini menyajikan tentang simpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan pada bab sebelumnya.

5.1 Kesimpulan

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa didapatkan pasien mengalami perilaku kekerasan, yang dimana pasien mengatakan mengatakan sering dimarahin atasannya karena perkerjaannya yang selalu salah akhirnya saya melampiaskan kekesalan saya ke keluarga saya. Saat disinggung stresornya nada pembicaraan klien tampak sedikit tinggi serta mukanya tampak tegang. Keluarga mengatakan klien sering marah-marah.
2. Pada diagnosa keperawatan jiwa yang muncul pada pasien yaitu dengan masalah utama perilaku kekerasan disertai Respon pasca trauma yang dimana ini adalah masalah Tn.Z sehingga dapat menyebabkan terjadinya koping individu tidak efektif yang menyebabkan harga diri rendah sehingga munculah masalah utama yaitu perilaku kekerasan yang mengakibatkan mencederai diri sendiri dan orang lain
3. Pada rencana keperawatan jiwa disesuaikan dengan masalah utama yang muncul dengan menggunakan strategi penatalaksanaan tindakan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan
4. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan jiwa yang sudah disusun sesuai kesepakatan
5. Pada evaluasi keperawatan jiwa didapatkan hasil evaluasi yang melihat dari tiga aspek psikomotor, aspek kognitif, dan aspek afektif yang dimana pasien sudah dapat melakukan pengendalian perilaku kekerasan.

5.2 Saran

1. Bagi Penulisan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengalaman bagi penulis dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa secara umum ataupun secara khusus

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan serta pengalaman.

DAFTAR PUSTAKA

Afnuhazi, R.(2015). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Damaiyanti, M, dan Iskandar.(2012). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: Refika Aditama.

Herman, T, Helther.(2009). NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi 2009 – 2012. Jakarta: EGC. Kadji,

Irfan R.(2017).Pengaruh latihan asertif (role playing) terhadap kemampuan mengendalikan marah pada klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan dikomunitas.

Keliat, Budi A.,et al.(2019). Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC. Koziar, et al.(2010).Buku Fundamental Keperawatan Konsep Proses Dan Praktik Volume 1. Jakarta: EGC.

Kusumawati,

Farida., dan Yudi, H.(2010). Buku Ajaran Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.
Potter, dan Perry.(2011).Fundamental Keperawatan. Jakarta: EGC.

PPNI.(2018).Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

Riset Kesehatan Dasar.(2018). Kesehatan Jiwa hal 106-113. Jakarta: Depkes RI.

Setyoadi dan Kushariyadi.(2011). Terapi Modalitas Keperawatan Pada Klien Psikogeriatrik. Jakarta: Salemba Medika.

Stuart, Gail W., Budi A, K., Dan Jesika P.(2016). Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa. Singapore: Elsevier.

Sugiyono.(2014).Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kuantitatif, Dan R&D. Bandung: Alfabeta.

Yosep.(2010). Buku Ajaran Keperawatan Jiwa .Bandung : Refika Aditama.

Yusuf, Ah., Rizky, F., dan Hanik E, N.(2015). Buku Ajaran Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika.

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Anggie Safitri Amira Zain
NIM : 203.0012
Program Studi : Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 29 Maret 1999
Alamat : Jl Tanjungsari Jaya gg3/39
Agama : Islam
Email : safitrianggi72@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Muhajirin Surabaya Lulus Tahun 2004
2. SDN Tandes Kidul II Surabaya Lulus Tahun 2010
3. SMP Taman Pelajar Surabaya Lulus Tahun 2013
4. SMA Hang Tuah 1 Surabaya Lulus Tahun 2016.

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Libatkan allah dalam setiap tawa dan tangismu

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberi kesehatan, kemampuan dan mencukupi kebutuhan dengan perantara keluarga untuk menyelesaikan pendidikan hingga Sarjana.

Proposal ini saya persembahkan kepada :

1. Orang Tua saya tercinta serta adik saya (Yudha, Rifky, Nafa) dan nenek yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga KIA sayadapat selesai dengan tepat waktu.
2. Terimakasih kepada pembimbing saya (Ibu Dya Sustrami,S.Kep., Ns., M.Kes) yang telah banyak meluangkan waktu dan tenaga dalam memberi bimbingan dan arahan kepada saya selama pembuatan tugas akhir ini.
3. Terima kasih kepada Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing, memberi ilmu, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
4. Terima kasih kepada kelompok bimbingan KIA saya (Afni Pravita,Nimade Wahyu Chandra,Siti Akhirusannah,Putri Aprilia) yang telah bersedia berproses bersama dalam menyelesaikan KIA ini.

5. Terima kasih kepada sahabat seperjuangan (Desika Putri, Nimade Wahyu Chandra, Ainur Rahmah, Intan Maulida, Ika Putri, Afni Pravita) dan sahabat yang membantu saya dalam menyusun KIA ini (Yolanda Hananis Shofiyullah.) yang selalu dan tidak lupa memotivasi serta memberikan semangat sehingga KIA ini dapat selesai dengan baik.
6. Last but not least, I wanna thank me, for believing in me, for doing all this hard work, for having no days off, for never Quitting, for just being me at all times.

Lampiran 3

SPTK (STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN)

Hari ke-1 (SP 1)

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien
 - a. Data Subjektif : Tn.Z mengatakan sering dimarahin atasannya karena perkerjaannya yang selalu salah akhirnya saya melampiaskan kekesalan saya ke keluarga saya. Saat disinggung stresornya nada pembicaraan klien tampak sedikit tinggi serta mukanya tampak tegang. Keluarga mengatakan klien sering marah-marah
 - b. Data Obyektif : Pandangan tajam, Melotot, Gelisah, Nada Bicara tinggi dan Kasar
2. Diagnosa Keperawatan :Perilaku Kekerasan
3. Tindakan Keperawatan
 - a. Mengidentifikasi penyebab, tanda gejala, dan akibat RPK
 - b. Ajarkan pasien cara mengontrol RPK dengan Relaksasi (Tarik nafas dalam, pukul bantal, dan kasur, senam, serta jalan-jalan)
 - c. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal
 - d. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal harian

STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN

4. Orientasi
 - a. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Selamat Pagi. Perkenalkan saya Anggie mahasiwa Ners Stikes Hang Tuah Surabaya” “Kalau boleh tau siapa namanya Pak?” “Bapak Senang dipanggil siapa?” “Baik, Saya panggil Pak Zaenal ya”

b. Evaluasi

“Bagaimana kabarnya hari ini Pak Zaenal ?” “Apa yang pak Zaenal rasakan?”
“Jadi Mas Zaenal sering kesal atau marah”

c. Validasi

“Apa yang sudah pak Zaenal lakukan untuk mengatasinya?”

d. Kontrak

1) Tindakan dan Tujuan

“Baiklah pak Zaenal, kita sudah berkenalan. Bagaimana kalau saya periksa dulu tentang marah dan belajar cara mengendalikannya?”

2) Waktu

“Waktu 30 menit, apakah pak Zaenal setuju?”

3) Tempat

“Supaya pak Zaenal nyaman, Kita lakukan dimana?” “Oke baik, Kita lakukan disini saja ya?”

5. Kerja

a. Pengkajian

1) Penyebab

“Apa yang menyebabkan pak Zaenal marah?” “Apakah disertai rasa kesal atau kecewa dan ingin memukul?”

2) Tanda dan Gejala

“Apakah yang dirasakan saat marah, apakah merasa tegang, tangan terkepal, mengatupkan rahang dengan kuat?” “Apakah bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak?” “Apakah berjalan mondar mandir dengan marah dan melemparkan barang-barang atau memukul orang?”

3) Akibat

“Apakah akibat dengan cara marah demikian?” “Apakah dengan cara seperti itu marahnya bisa hilang?”

b. Diagnosis

“Pak Zaenal sering kesal dengan berteriak, melempar barang sampai memukul orang lain” “Jadi pak Zaenal masih sulit mengendalikan marah sehingga bisa terjadi perilaku kekerasan” “Apakah pak Zaenal ingin belajar mengendalikannya?”

c. Tindakan

“Baiklah saya akan bantu pak Zaenal untuk mengatasi marah dengan beberapa cara seperti relaksasi, deenskalasi (curhat), bicara yang baik, dan latihan spiritual” “Disini saya akan mengajarkan pak Zaenal mengontrol PK dengan latihan relaksasi napas dalam dan pukul bantal, gimana? Pak Zaenal bersedia? Atau sudah pernah melakukannya?”

1. Ajarkan cara mengontrol PK dengan latihan relaksasi napas dalam dan pukul bantal. “Pertama-tama mari kita coba bersama-sama

tarik napas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan pak Zaenal” “Kedua mari kita coba untuk memukul bantal di saat pak Zaenal merasa kesal”

2. Praktekkan cara mengontrol PK dengan latihan relaksasi napas dalam dan pukul bantal “Setelah saya ajarkan relaksasi tadi, sekarang Pak Zaenal coba lakukan sendiri” “Ya, sudah benar seperti itu” “Jadi kalau pak zaenal sudah mulai merasa kesal, pak zaenal bisa melakukan relaksasi tarik napas dalam dan memukul bantal seperti tadi ya”

6. Terminasi

a. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan pak zaenal setelah latihan tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Ada berapa latihan relaksasi? coba sebutkan” “Coba di ulangi sekali lagi latihan refleksi tarik napas dalam dan pukul bantal” “Sudah benar Mas Adil”

c. Rencana tindak lanjut klien

“Selanjutnya mari kita buat jadwal latihan selanjutnya. Mau latihan relaksasi berapa kali sehari?. Untuk latihan selanjutnya kita belajar deenskalasi (curhat) ya?”

d. Rencana tindak lanjut perawat

“Baiklah hari rabu pagi saya datang ke Rumah Mas Andil lagi, kita periksa lagi kondisi pak zaenal. Bagaimana ?

e. Salam

Sampai bertemu besok ya, semoga cepat sembuh.

Lampiran 4

SPTK (STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN)

Hari ke-2 (SP 2)

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien
 - a. Data Subjektif : Tn.Z mengatakan sering dimarahin atasannya karena perkerjaannya yang selalu salah akhirnya saya melampiaskan kekesalan saya ke keluarga saya. Saat disinggung stresornya nada pembicaraan klien tampak sedikit tinggi serta mukanya tampak tegang. Keluarga mengatakan klien sering marah-marah
 - b. Data Obyektif : Pandangan tajam, Melotot, Gelisah, Nada Bicara tinggi dan Kasar
2. Diagnosa Keperawatan :Perilaku Kekerasan
3. Tindakan Keperawatan
 - a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
 - b. Melatih pasien mengontrol RPK dengan deenskalasi secara verbal atau tertulis
 - c. Menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal harian

STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN

1. Orientasi

a Salam Terapeutik

“Assalamualaikum, Selamat pagi. Masih ingat dengan saya pak ?”

b Evaluasi?Validasi

“Bagaimana kabarnya hari ini pak zaenal?” “Apa yang pak zaenal rasakan?” “Bagaimana tidurnya semalam pak zaenal ?” “Apakah pak zaenal sudah melakukan latihan relaksasi napas dalam dan pukul bantal jika merasa kesal atau marah?”

c Kontrak

1) Tindakan dan Tujuan

“Baiklah pak zaenal, sesuai dengan janji kita kemarin, hari ini kita akan latihan mengendalikan PK dengan cara deenskalasi secara verbal atau tertulis. Jangan lupa memasukkan kegiatan harian ini ke jadwal harian ya pak zaenal

2) Waktu

“Waktu 30 menit, apakah pak zaenal setuju?”

d Tempat

“Supaya pak zaenal nyaman, Bagaimana kita lakukan di tempat kemarin ?”

2. Kerja

a Evaluasi Jadwal Kegiatan Harian Pasien

“Apakah pak zaenal melakukan kegiatan tersebut secara berkala?”

“Apakah pak zaenal sudah melakukan latihan yang sudah saya ajarkan

kemarin?”

b. Tindakan

“Baiklah saya akan bantu pak zaenal untuk mengatasi marah dengan cara yang kedua yaitu latihan deenskalasi (curhat) secara tertulis dan verbal”

1. Ajarkan cara mengontrol PK dengan latihan deenskalasi secara tertulis dan verbal “Pertama-tama mari kita coba bersama-sama ceritakan rasa kesal pak zaenal dengan alasannya serta minta pendapat orang lain atau orang terdekat”

2. Praktekkan cara mengontrol PK dengan latihan deenskalasi (curhat)

“Setelah saya menjelaskan latihan deenskalasi, sekarang pak zaenal coba cerita pengalaman atau perasaan kesal pak zaenal kepada saya” “Ya,sudah benar seperti itu” “Jadi kalau pak zaenal sudah mulai merasa kesal, pak zaenal bisa melakukan deenskalasi atau curhat kepada orang terdekat Mas Adil”

c. Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan pak zaenal setelah latihan tadi?”

b. Evaluasi objektif

“Sekarang coba pak zaenal lakukan apa yang saya ajarkan tadi” “Sudah benar pak zaenal”

d. Rencana tindak lanjut klien

“pak zaenal, saya sudah ajarkan 2 cara untuk mengatasi PK, jadi pak zaenal coba di sebutkan apa saja 2 cara tersebut?” “ Ya Bagus sekali” “Selanjutnya mari kita buat

jadwal latihan selanjutnya. Untuk latihan selanjutnya kita belajar belajar bicara dengan baik ke orang lain ya?"

e. Rencana tindak lanjut perawat

"Baiklah hari Kamis pagi saya datang ke Rumah Pak Zaenal lagi, kita periksa lagi kondisi Pak Zaenal. Bagaimana?"

f. Salam

"Sampai bertemu besok, Semoga cepat sembuh"