

KARYA TULIS ILMIAH

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



Disusun oleh:
DWI ACHMAD NUGROHO
1821008

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

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

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



**Disusun oleh:
DWI ACHMAD NUGROHO
1821008**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
2021**

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 18 Juni 2021



Dwi Achmad Nugroho
Nim. 1821008

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : DWI ACHMAD NUGROHO

NIM : 1821008

Program Studi : D III Keperawatan

Judul : Asuhan keperawatan jiwa pada Tn “N” masalah


utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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, 18 Juni 2021

Pembimbing



Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Nip. 03.056

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : DWI ACHMAD NUGROHO

NIM : 182.1008

Program Studi : D III Keperawatan

Judul : Asuhan keperawatan jiwa pada Tn “N” masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya ;

Hari, tanggal : 18 Juni 2021

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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

Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.007



Penguji II : Sukma Ayu Candra K, M.Kep., SpKJ
NIP. 03.043



Pembimbing : Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.056



Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi DIII

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

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran 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. Dr. H. Moch. Hafidin Ilham, Sp.An., selaku kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberin ijin dan lahan praktek untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV Sri Suhardingsih, S.Kp.,M.Kes, selaku ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktek di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya..
3. Dya Sustrami, S.Kep.Ns.,M.Kes Selaku Kepala Program Pendidikan D III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Pembimbing yang telah dengan bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Sukma Ayu Candra K, M.Kep.,SpKJ selaku penguji yang telah dengan bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. 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 karya tulis ini. Juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
7. Sahabat sahabat seperjuangan yang tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga ALLAH SWT. membalas baik semua pihak yang membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari 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, 18 Juni 2021

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'S' followed by a series of smaller, connected loops and a horizontal line extending to the right.

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	i
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Skizofrenia.....	9
2.1.1 Definisi Skizofrenia	9
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	10
2.1.3 Macam- macam Skizofrenia.....	12
2.1.4 Penatalaksanaan.....	14
2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan.....	16
2.2.1 Pengertian Perilaku Kekerasan.....	16
2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan.....	17
2.2.3 Tanda dan Gejala	20
2.2.4 Rentang Respon Perilaku Kekerasan.....	22
2.1.5 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	24

2.1.6	Proses terjadinya amuk	24
2.3	Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Jiwa Pasien Dengan Masalah Perilaku Kekerasan	25
2.3.1	Pengkajian	25
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	31
2.3.3	Konsep Intervensi Keperawatan	32
2.3.4	Implementasi	34
2.3.5	Evaluasi	36
2.4	Konsep Komunikasi Teraupetik	37
2.4.1	Teori Komunikasi	37
2.4.2	Unsur-unsur Komunikasi terapeutik	37
2.4.3	Hubungan terapeutik	38
BAB 3 TINJAUAN KASUS		
3.1	Pengkajian	48
3.1.1	Identitas Klien	48
3.1.2	Alasan Masuk	48
3.1.3	Faktor Predisposisi	49
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	49
3.1.5	Psikososial	50
3.1.6	Status Mental	52
3.1.6	Kebutuhan Perencanaan Pulang	55
3.1.8	Mekanisme Koping	58
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan	58
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	58
3.1.11	Aspek Medik	59
3.1.12	Daftar Masalah Keperawatan	59
3.1.13	Daftar Diagnosa Keperawatan	59
3.2	Pohon Masalah	60
3.3	Analisa Data	61
3.4	Rencana Tindakan Keperawatan Perilaku kekerasan	62
3.5	Pelaksanaan dan catatan perkembangan	66
BAB 4 PEMBAHASAN		
4.1	Pengkajian	79

4.2	Diagnosa keperawatan	80
4.3	Perencanaan.....	81
4.4	Implementasi Keperawatan	82
4.5	Evaluasi	85
BAB 5 PENUTUP		
5.1	Kesimpulan.....	86
5.2	Saran	87
DAFTAR PUSTAKA		89

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif	15
Tabel 2.2 Tugas Perawat Pada Setiap Fase	38
Tabel 3.1 Terapi Medik.....	48
Tabel 3.2 Analisa Data Pada Tn.N	50
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan Pada Tn. N	51
Tabel 3.4 Implementasi Pada Tn.N	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah	14
Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	16
Gambar 3.1 Genogram Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N	39
Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp 1 Pasien.....	79
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp 2 Pasien.....	83
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Sp 3 Pasien.....	86

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
BHSP	: Bina Hubungan Saling Percaya
BPJS	: Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial
CM	: Centimeter
DS	: Data Subjektif
DO	: Data Objektif
GABA	: Gamma-aminobutirat
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
Kg	: Kilogram
Mg	: Miligram
ODGJ	: Orang Dalam Gangguan Jiwa
PK	: Perilaku Kekerasan
RBD	: Resiko Bunuh Diri
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
RM	: Rekam Medik
RR	: <i>Respiration Rate</i>
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SP	: Strategi Pelaksanaan
TAK	: Terapi Aktifitas Kelompok
TTV	: Tanda – tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Orang Dengan Gangguan Jiwa yang disingkat dengan ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (Undang Undang Kesehatan Jiwa No.36, 2014). Hambatan yang dialami oleh klien gangguan jiwa akan mempengaruhi kualitas hidupnya, sehingga menjadi perhatian khusus karena dampak yang diakibatkan tidak hanya pada klien tetapi juga berdampak pada keluarga dan masyarakat. Hal tersebut di atas menunjukkan masalah gangguan jiwa di dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global (UU No. 18, 2014).

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Rhoad, 2011; Pardede, Silitonga & Laia, 2020). Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Hasil Riset kesehatan dasar (2018) didapatkan bahwa prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia sebesar 1,8 per 1000 penduduk. Penderita skizofrenia yang sembuh dikembalikan kepada keluarga untuk dirawat dirumah. Keluarga adalah orang yang dekat dengan pasien harus bertanggung jawab dalam merawat pasien, namun dalam

pelaksanaannya hal ini menjadi beban bagi keluarga. Keadaan ini meningkatkan stres dalam keluarga (Manao & Pardede, 2019). (Siti Ma' Rifatul Khasanah, 2021)

Perilaku kekerasan yaitu kehilangan harga diri karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehingga individu tidak berani bertindak, cepat tersinggung dan lekas marah. Akibatnya frustrasi tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam, individu berusaha mengatasi tanpa memperhatikan hak-hak orang lain, kebutuhan aktualisasi diri yang tidak tercapai sehingga menimbulkan ketegangan dan membuat individu cepat tersinggung. Dampak atau perubahan yang terjadi dapat berupa perasaan tidak sabar, cepat marah, dari segi sosial kasar, menarik diri, dan agresif (Dalami, dkk 2009). Melihat dampak dan kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan yang profesional, salah satunya yaitu keperawatan jiwa. (Maulana, 2017)

Menurut Riskesdas 2018 perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO,2017). Di Indonesia di liat dari penyebab kecacatan, lebih besar disebabkan gangguan mental (13,4%) dibanding penyakit lain. Kasus gangguan jiwa di Indonesia meningkat terlihat dari kenaikan prevelensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga. Artinya per 1000 rumah tangga dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Estimasi angka gangguan jiwa berat di Jawa Timur 0.19% (75.427 kasus ODGJ

per tahun) dari jumlah penduduk berdasarkan Data Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035 BPS, jumlah penduduk semua umur di provinsi Jawa Timur tahun 2019 adalah: 39.698.631 jiwa, sementara estimasi Prevalensi Gangguan Mental Emosional (GME) Usia > 15 Th (6,8%) dari jumlah total penduduk Jawa Timur atau sekitar 1.889.655 kasus (Dinkes Jawa Timur, 2019). Berdasarkan laporan data di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan Mei 2021 jumlah pasien rawat inap sebanyak 49 orang diantaranya 18 orang (22%) dengan halusinasi, 16 orang (19%) dengan resiko perilaku kekerasan, 8 orang (10%) dengan harga diri rendah, dan 6 orang (5%) dengan Waham.

Gangguan mental menurut WHO, terdiri dari berbagai masalah, dengan berbagai gejala. Namun, mereka umumnya dicirikan oleh beberapa kombinasi abnormal pada pikiran, emosi, perilaku, dan hubungan dengan orang lain. Salah satu masalah yang bisa timbul adalah perilaku kekerasan yang dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stress, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Volavka & Citrome(Setiawan et al., 2015). Stigma yang berkembang di masyarakat menimbulkan penilaian bahwa gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan. Orang lain menganggap bahwa klien gangguan jiwa berbahaya sehingga tidak mau untuk mendekati klien gangguan jiwa yang pernah melakukan tindakan kekerasan (Terapi et al., 2005)

Intervensi keperawatan yang tepat dan baik ditatanan pelayanan rumah sakit atau dimasyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan. Intervensi pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan

dengan Kognitif : menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, menyebutkan akibat yang ditimbulkan, menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan, Psikomotor : mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi, tarik napas dalam, pukul kasur atau bantal, dan jalan-jalan, berbicara dengan baik, melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah yang lain, dan patuh minum obat dengan 8 benar. (Untari & Kartina, 2020)

1.2 Rumusan Masalah

“ Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah utama klien, dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa pada klien Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated

skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

3. Mampu merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat ;

1. Dari segi akademis

Merupakan penambahan 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 akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

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

b. Bagi penulis

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

c. Bagi profesi kesehatan

Untuk menambah ilmu pengetahuan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang masalah keperawatan perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur 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 literature/kepuustakaan 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

Hasil data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, 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 pemeriksaan penunjang
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

Untuk mempermudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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 penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah keperawatan perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia serta kerangka masalah.

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 teori dengan kenyataan 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 ini akan di sampaikan pembahasan tentang konsep teori sebagai landasan dalam karya tulis ilmiah yang meliputi: 1) konsep dasar skizofrenia, 2) konsep dasar perilaku kekerasan, 3) konsep dasar asuhan keperawatan perilaku kekerasan, 4) konsep komunikasi teraupetik, 5) Konsep stress adaptasi

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kamauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi, afek dan emosi perilaku bizar. Skizoprenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas. Kraepelin menyebut gangguan ini sebagai demensia precox.

Skizofrenia yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan (Eugen Bleuler, 1857-1938 dikutip dari Maramis, 1998 hal 217). Skizofrenia adalah suatu gangguan psikosis fungsional berupa gangguan mental berulang yang ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas dan oleh kemunduran fungsi sosial, fungsi kerja, dan perawatan diri. Skizofrenia merupakan penyakit otak yang timbul akibat ketidakseimbangan pada dopamin, yaitu salah satu sel kimia dalam otak.

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin, yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja.

Perilaku yang berhubungan dengan masalah-masalah proses informasi yang berkaitan dengan skizofrenia sering disebut sebagai defisit kognisi (Stuart & Sundeen 1998 hal 301). Perilaku ini termasuk semua aspek seperti ingatan, perhatian, bentuk dan jumlah ucapan (kelainan pikiran formal), pengambilan keputusan, dan delusi (bentuk dan isi pikiran). Kelainan proses, isi dan organisasi fikir, persepsi masukan, sensori, ketegangan dan afek emosi, identitas kemauan, perilaku psikomotor dan kemampuan untuk menetapkan hubungan interpersonal yang memuaskan merupakan sejumlah gejala (syndrome) yang muncul pada klien dengan skizoprenia. Secara normal rentang respon biologis terhadap stimulus yang diterima oleh individu berada pada satu garis kesetimbangan mulai respon adaptif hingga maladaptif. (M. lilik Azizah et al., 2016)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Faktor-faktor penyebab skizofrenia menurut (M. lilik Azizah et al., 2016) yaitu sebagai berikut :

a Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9-1,8 %, bagi saudara kandung 7-15 %, bagi anak

dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68 %, kembar 2 vtelur 2-15 % dan kembar satu telur 61-86 %

b Endokrin

Teori ini dikemukakan berhubung dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium., tetapi teori ini tidak dapat dibuktikan.

c Metabolisme

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

d Susunan paraf pusat

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

e Teori Adolf Meyer

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

timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

f Teori Sigmund Feurid

Skizofrenia terdapat (1) kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatik (2) superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan Id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan (3) kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psiko analitik tidak mungkin.

g Eugen Bleuler

Penggunaan istilah Skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala Skizofrenia menjadi 2 kelompok yaitu gejala primer (gangguan proses pikiran, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme) gejala sekunder (waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain).

2.1.3 Macam- macam Skizofrenia

Menurut Nanda NIC-NOC (Hardhi, 2015) sebagai berikut :

a Skizofrenia Simplek

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas, gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang didapat, jenis ini timbulnya perlahan-lahan

b Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau double personality. Gangguan psikomotor seperti manerism, neologisme, atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali

c Skizofrenia Katatonik

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

d Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

e Episode Skizofrenia Akut

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

f Skizofrenia Residual

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

g Skizofrenia Skizo Afektif

Disamping gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo depresi) atau gejala mania (psiko-manik). Jenis ini cenderung, untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.1.4 Penatalaksanaan

1. Pemberian obat-obatan

Obat neuroleptika selalu diberikan, kecuali obat-obat ini terkontraindikasi, karena 75% penderita skizofrenia memperoleh perbaikan dengan obat-obat neuroleptika. Kontra indikasi meliputi neuroleptika yang sangat antikolinergik seperti klorpromazin, molindone, dan thioridazine pada penderita dengan hipertrofi prostate atau glaucoma sudut tertutup. Antara sepertiga hingga separuh penderita skizofrenia dapat membaik dengan lithium. Namun, karena lithium belum terbukti lebih baik dari neuroleptika, penggunaannya disarankan sebatas obat penopang. Meskipun terapi elektrokonvulsif (ECT) lebih rendah dibanding dengan neuroleptika bila dipakai sendirian, penambahan terapi ini pada regimen neuroleptika menguntungkan beberapa penderita skizofrenia.

2. Pendekatan psikologi

Hal yang penting dilakukan adalah intervensi psikososial. Hal ini dilakukan dengan menurunkan stressor lingkungan atau mempertinggi kemampuan penderita untuk mengatasinya, dan adanya dukungan sosial. Intervensi psikososial diyakini berdampak baik pada angka relaps dan kualitas hidup penderita. Intervensi berpusat pada keluarga hendaknya tidak diupayakan untuk mendorong eksplorasi atau ekspresi perasaan-perasaan, atau mempertinggi kewaspadaan impuls-impuls atau motivasi bawah sadar.

Tujuannya adalah:

- a Pendidikan pasien dan keluarga tentang sifat-sifat gangguan skizofrenia.
- b Mengurangi rasa bersalah penderita atas timbulnya penyakit ini. Bantu penderita memandang bahwa skizofrenia adalah gangguan otak
- c Mmpertinggi toleransi keluarga akan perilaku disfungsional yang tidak berbahaya. Kecaman dari keluarga dapat berkaitan erat dengan realps.
- d Mengurangi keterlibatan orang tua dalam kehidupan emosionalnya penderita. Keterlibatan yang berlebihan juga dapat meningkatkan resiko relaps
- e Mengidentifikasi perilaku problematik pada penderita dan anggota keluarga dan memperjelas pedoman bagi penderita dan keluarga

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah tak terkontrol. (Perawat et al., 2020)

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. 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. Pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama di rumah. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau ketakutan (panik). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang, dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (violence) di sisi lain. (Yosep, 2007). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dan dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan barang- barang. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu

saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan.
(M. lilik Azizah et al., 2016)

2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan

Menurut (lilik makrifatul Azizah et al., 2016) Faktor-Faktor terjadinya Perilaku Kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor biologis

1) *Neurologic factor*

Beragam komponen dari sistem saraf seperti snap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

2) Faktor genetik

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif.

3) Faktor biokimia

Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinephrine, norepinephrine, dopamin, asetilkolin, dan serotonin). Peningkatan hormone androgen dan norepinephrine serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebrata dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agesisif

4) *Instinctual drive theory* (teori dorongan naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat

b. Faktor Psikologis

1) Teori Psikonalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span hystori*). Teori ini menjelaskan bahwa tidak adanya kepuasan fase oral 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungan.

2) *Imitation, modeling and information processing theory*

Menurut teori perilaku kekerasan biasa berkembang dalam lingkungan yang monolelir kekerasan. Lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.

3) *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengaamati bagaimana respon ibu saat marah atau sebaliknya. Ia juga belajar bahwa agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menaggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.

4) *Existensi theory* (teori eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhan melalui perilaku destruktif.

c. Faktor social cultural

1) *Social environment theory* (teori lingkungan)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

2) *Social learning theory* (teori belajar sosial)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, perkelahian massal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tindak kekerasan dalam menyelesaikan konflik

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

2.2.3 Tanda dan Gejala

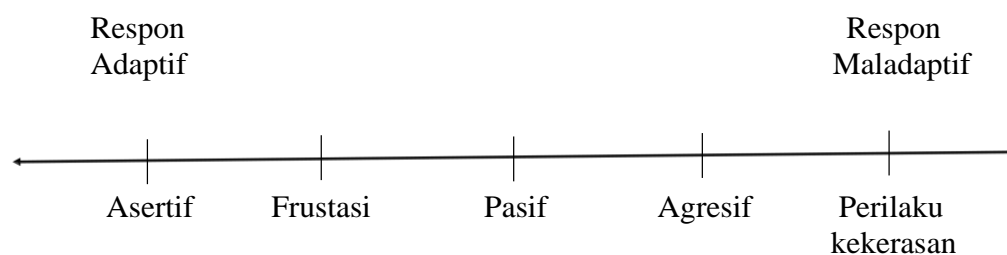
Menurut (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015) tanda gejala pada klien dengan perilaku kekerasan antar lain :

- 1. Fisik
 - a. Muka merah dan tegang
 - b. Pandangan tajam dan mata melotot
 - c. Nafas pendek
 - d. Tangan mengepal
 - e. Rahang mengatup dengan kuat
 - f. Postur tubuh kaku
 - g. Jalan mondar – mandir
- 2. Emosi
 - a. Tidak adekuat
 - b. Tidak aman dan nyaman
 - c. Rasa terganggu
 - d. Marah atau dendam

- e. Merasa jengkel
 - f. Tidak berdaya
 - g. Mengamuk
 - h. Ingin berkelahi
 - i. Menyalahkan orang lain
3. Intelektual
- a. Mendominasi
 - b. Bawel atau cerewet
 - c. Kasar
 - d. Berdebat
 - e. Meremehkan
 - f. Sarkasme
4. Spiritual
- a. Merasa bahwa dirinya berkuasa
 - b. merasa dirinya benar
 - c. keraguan-raguan
 - d. tidak bermoral dan kreativitas dapat terhambat.
 - e. Kebejatan
 - f. Keraguan
5. Sosial
- a. Menarik diri
 - b. pengasingan
 - c. penolakan
 - d. kekerasan

2.2.4 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Menurut (M. lilik Azizah et al., 2016) 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

5. melukai orang lain. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
6. 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.H & ,R & Nihayati, 2015)

Karakteristik	Pasif	Asertif	Agresif
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. Diam 2. Lemah 3. Merengek	Diatur	1. Tegang 2. Bersandar kedepan
Sikap tubuh	1. Melorot 2. Menundukan kepala	1. Tegak 2. Relaks	1. Tegang 2. Bersandar 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

2.1.5 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan



Gambar. 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (M. lilik Azizah et al., 2016)

2.1.6 Proses terjadinya amuk

Amuk 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). 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 menentang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Jiwa Pasien Dengan Masalah Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. (Keliat, Budi Ana, 1998: 3), dalam (M. lilik Azizah et al., 2016)

1. Identitas klien

Melakukan pengenalan BHSP dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, lalu dilanjut melakukan pengkajian dengan nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2. Alasan masuk

Penyebabkan klien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan klien melakukan kekerasan, apa yang klien lakukan di rumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah.

3. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami peganiayaan

fisik, seksual, penolakan diri lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan pada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan pada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan. Pada pasien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, faktor presipitasi pasien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Pada klien dengan perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, RR meningkat, nafas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat dan dilatasi pupil.

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarganya, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien dengan perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang di sukai, reaksi bagian tubuh yang tidak di sukai dan bagian yang di sukai. Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengempal, muka memerah.

2) Identitas diri

Status atau posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah, dan bermusuhan.

3) Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemampuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi pada pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

4) Ideal diri

Klien dengan PK jika kenyataannya tidak sesuai dengan dengan kenyataan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian PK mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, lingkungan, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

5) Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal klien PK marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c. Hubungan sosial

Tanyakan orang yang paling berarti bagi klien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan saat ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang diikuti di masyarakat, keterlibatan/peran apa dalam kegiatan berkelompok di masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan beribadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan.

6. Status mental

a. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, penggunaan pakaian yang tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasa, kemampuan pasien dalam berpakaian, dampak

ketidakmampuan berpenampilan baik/berpakaian terhadap status psikologi klien (defisit perawatan diri). Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilannya tidak rapi, penggunaan tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b. Pembicaraan

Amati Pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/blocking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan. Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

c. Aktivitas motorik

Agresif, menyerang diri sendiri orang lain maupun menyerang objek yang ada disekitarnya. Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah, jalan mondar-mandir.

d. Afek dan emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membanting barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun objek sekitar, dan berteriak-teriak.

e. Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensif bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan

yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f. Persepsi/ Sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebabnya.

g. Proses pikir

1) Proses pikir (arus dan bentuk pikir)

Otistik (Autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya, hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham, dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

2) Isi pikir

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

h. Tingkat kesadaran

Klien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

i. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan mampu mengingat kejadian jangka pendek maupun panjang.

- j. **Tingkat konsentrasi**
Tingkat konsentrasi perilaku kekerasan mudah beralih dari satu obyek ke obyek yang lain. Klien selalu menatap penuh kecemasan tegang dan kegelisahan.
- k. **Kemampuan penilaian/penampilan keputusan**
Klien perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.
- l. **Daya tilik**
Meningkari penyakit yang diderita: klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu meminta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang
- m. **Mekanisme koping**
Klien dengan Perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktifitas konstruktif, olah raga, dll ataukah menggunakan cara- cara yang maladaptive seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (M. lilik Azizah et al., 2016) , sebagai berikut :

1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
2. Perilaku kekerasan

3. Perubahan persepsi sensori: Halusinasi
4. Gangguan harga diri : Harga diri rendah
5. Koping individu tidak efektif

2.3.3 Konsep Intervensi Keperawatan

Menurut (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015) tindakan keperawatan untuk pasien adalah sebagai berikut

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 dialaminya
 - d Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
 - e Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
 - f Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, social, dan dengan terapi psikofarmaka
2. Tindakan Keperawatan
 - a Bina hubungan saling percaya
 - 1) Mengucapkan salam terapeutik
 - 2) Berjabat tangan
 - 3) Menjelaskan tujuan interaksi
 - 4) Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien

- b Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
- c Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab 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 secara intelektual
- d Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
 - 1) Verbal
 - 2) Terhadap orang lain
 - 3) Terhadap diri sendiri
 - 4) Terhadap lingkungan
- e Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- f Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
 - 1) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal , tarik nafas dalam
 - 2) Obat
 - 3) Sosial/verbal, misalnya menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - 4) Spiritual, misalnya sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien
- g Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, yaitu latihan napas dalam dan pukul kasur/bantal, secara sosial/verbal, secara spiritual, dan patuh minum obat

- h Ikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi mengontrol perilaku kekerasan
- 3. Tindakan keperawatan untuk Keluarga
 - 1. Tujuan
Keluarga dapat merawat pasien dirumah
 - 2. Tindakan
 - 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
 - 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, serta perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).
 - 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
 - 4) Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
 - a) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
 - b) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
 - c) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
 - 3. Buat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.4 Implementasi

Menurut (M. lilik Azizah et al., 2016) tindakan pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. SP 1 Pasien : Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang disarankan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan napas dalam)
2. 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], menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).
3. SP 3 Pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan , latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal [menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik], susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal)
4. SP 4 Pasien : Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa , buat jadwal latihan ibadah/berdoa)
5. SP 5 Pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar [benar nama pasien/pasien, benar nama obat, benar cara minum, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat] disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur).

Menurut (M. lilik Azizah et al., 2016) tindakan keluarga dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

1. SP 1 Keluarga : Membina hubungan saling percaya dengan keluarga, mengidentifikasi masalah, menjelaskan proses terjadinya masalah, dan obat pasien
2. SP 2 Keluarga : Melatih keluarga cara merawat pasien
3. SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.5 Evaluasi

1. Pada pasien
 - a Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - b Pasien mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi:
 - 1) Secara fisik
 - 2) Secara sosial/verbal
 - 3) Secara spiritual
 - 4) Terapi psikofarmaka
2. Pada Keluarga
 - a Keluarga mampu mencegah terjadinya perilaku kekerasan.
 - b Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien.
 - c Keluarga mampu memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan.

- d Keluarga mampu mengidentifikasi perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat.

2.4 Konsep Komunikasi Teraupetik

2.4.1 Teori Komunikasi

Menurut (M. lilik Azizah et al., 2016) Teori komunikasi sangat sesuai dalam praktek keperawatan karena :

- a Komunikasi adalah cara untuk membina hubungan yang terapeutik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dalam pikiran
- b Maksud komunikasi adalah mempengaruhi Perilaku orang lain. Berarti, keberhasilan intervensi perawatan tergantung pada komunikasi karena proses keperawatan ditujukan untuk merubah perilaku dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal
- c Komunikasi adalah berhubungan. Hubungan perawat-klien yang terapeutik tidak mungkin tercapai tanpa komunikasi

2.4.2 Unsur-unsur Komunikasi terapeutik

Unsur-unsur komunikasi terapeutik meliputi :

- a Sumber proses komunikasi yang merupakan prakarsa oleh pengirim dan pesan sebagai tolak ukur keberhasilan mengirim
- b Pesan verbal dan non verbal
- c Penerima yang akan juga membalas pesan
- d Lingkungan sebagai saluran penyampaian (panca indera), penerimaan lingkungan alamiah

2.4.3 Hubungan terapeutik

Hubungan terapeutik antara perawat-klien adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran dan, pengalaman dalam hubungan intim yang terapeutik.

Dalam proses, perawat membina hubungan sesuai dengan tingkat perkembangan klien dengan mendorong perkembangan klien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah dan membantu pemecahan masalah.

Proses berhubungan perawat klien dapat dibagi dalam 4 fase, fase prainteraksi atau orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Setiap fase ditandai dengan serangkaian tugas yang perlu diselesaikan.

Tabel 2.2 Tugas perawat pada setiap fase (M. lilik Azizah et al., 2016)

FASE	TUGAS
Prainteraksi	Eksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan sendiri, Analisa kekuatan kelemahan profesional diri, dapatkan data tentang klien jika mungkin, rencanakan pertemuan pertama.
Orientasi	Bina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka, pengenalan nama P-K, tentukan alasan klien minta tolong, rumuskan kontrak bersama, peran dan tanggung jawab P-K, waktu dan tempat, Eksplorasi pikiran, perasaan, dan perbuatan klien, Identifikasi masalah klien, rumuskan tujuan dengan klien
Kerja	Eksplorasi stressor yang kuat, dorong perkembangan kesadaran diri dan mekanisme koping yang konstruktif, atasi penolakan perilaku adaptif.
Terminasi	Ciptakan realitas perpisahan, bicarakan proses terapi dan pencapaian tujuan, saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kehilangan, kesedihan dan marah.

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.

Pemakaian diri secara terapeutik artinya memaksimalkan kekuatan dan meminimalkan kelemahan diri dalam memberi asuhan keperawatan pada klien. Tugas tambahan pada fase ini mendapatkan informasi tentang klien .

2. 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.

Perawat dan klien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Klien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sukar menerima dan terbuka pada orang asing. Anak memerlukan rasa aman untuk mengekspresikan perasaan tanpa dikritik atau dihukum.

Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan klien, dan mengidentifikasi masalah.

3. Fase Kerja

Pada fase kerja, perawat dan klien mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan klien. Perawat membantu klien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif adalah fokus fase ini.

4. Fase Terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang sudah terbina, dan berada pada tingkat optimal. Perawat dan klien merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas-pada unit tertentu atau klien pulang.

Adapun alasan terminasi, tugas perawat pada fase ini adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari. Klien dan perawat bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Perasaan marah, sedih, penolakan perlu dieksplorasi dan diekspresikan.

Fase terminasi harus diatasi dengan memakai konsep proses kehilangan. Proses terminasi yang sehat akan memberi pengalaman positif dalam membantu klien mengembangkan koping untuk perpisahan. Reaksi klien dalam menghadapi terminasi dapat beraneka cara. Klien mungkin mengingkari perpisahan atau mengingkari manfaat hubungan. Klien dapat mengekspresikan perasaan marah dan bermusuhannya dengan tidak menghadiri pertemuan, atau bicara yang dangkal.

Terminasi yang mendadak dan tanpa persiapan mungkin dipersepsikan klien sebagai penolakan. Atau perilaku klien kembali pada perilaku sebelumnya, dengan harapan perawat tidak akan mengakhiri hubungan karena klien masih memerlukan perhatian.

2.5 Konsep stress adaptasi

2.5.1 Definisi Stress

Stress diakibatkan adanya perubahan nilai budaya, pekerjaan, system kemasyarakatan, serta ketegangan antara realita dan idealisme. Menurut Hans Selye stress merupakan reaksi tubuh yg tidak khas terhadap tuntutan kebutuhan tubuh. Stress merupakan realita kehidupan setiap hari yang tidak perlu dihindari yang disebabkan perubahan yang memerlukan penyesuaian.

Stress adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap berbagai tuntutan atau beban yang bersifat non spesifik, yang mengharuskan seorang individu untuk berespons atau melakukan tindakan. Baum, Gatchel, and Krantz (1997) mendefinisikan stress sebagai suatu proses yang terjadi karena keadaan yang mengancam atau menantang yang menyebabkan individu berespon terhadap tantangan tersebut. Secara mendasar stress mengandung dua faktor, yaitu tekanan (*pressure*) yang dirasakan manusia mempunyai implikasi *aversive* (perubahan emosi), dan implikasi proses yang merupakan kegiatan transaksi antara individu dan lingkungan sebagai upaya menanggapi stimulasi dengan penyesuaian diri. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

2.5.2 Faktor Predisposisi Stress

Menurut (lilik makrifatul Azizah et al., 2016) faktor predisposisi disebut juga factor penyebab adalah factor-faktor risiko yang mempengaruhi kemampuan

sumber-sumber dalam mengatasi stress. Faktor risiko ini sudah dimiliki individu sejak dalam kandungan atau dalam masa perkembangan.

Faktor risiko ini mencakup biologic, psikologik dan sosiobudaya. Contoh dari factor risiko ini adalah kelainan genetic, Intelegensi, kepribadian, pola asuh, usia, gender, suku bangsa.

1 Biologis

a Latar belakang Genetika

Penelusuran genetika yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa masih terus dilakukan penelitian. Ada tiga jenis kajian latar belakang genetika penyebab gangguan jiwa yaitu kajian adopsi, yang membandingkan sifat antar anggota keluarga biologis dengan anggota keluarga adopsi, sedangkan kembar onozigotik jarang berbeda dari orangtua adoptif. Kajian kembar, yang membandingkan kembar identik (monozigot) dengan kembar dizigot. Kembar disebut sebagai *concordant* jika kedua anggota mengalami gangguan yang sama. *Concordant* pada kembar monozigot lebih kuat daripada kembar dizigot. Gangguan psikiatri yang mempunyai kemungkinan adanya jalinan genetika seperti alkoholisme, skizofrenia, depresi mayor, gangguan bipolar, gangguan somatis, dan gangguan personal antisocial (Kendler dan Silverman, 1991; Townsend, 1996). Kajian keluarga, yang membandingkan apakah suatu sifat lebih banyak kesamaan antara keluarga tingkat pertama, seperti orangtua, saudara kandung, daripada anggota keluarga jauh.

b Status Gizi

Pertumbuhan dan perkembangan awal jaringan otak yang tidak sempurna pada masa janin, bayi dan anak-anak akibat dari kebutuhan gizi otak yang tidak terpenuhi.

c Sensifitas biologi

Respon biologi terhadap stress bergantung dari individu dan besarnya rangsang stress terhadap kehidupan. Respon yang terjadi dengan peningkatan pelepasan glukokortikoid dari korteks adrenal yang diikuti stimulasi dari aksis hipotalamus hipofisis adrenal selama situasi stress berlangsung. Hasilnya adalah penekanan perkembangbiakan dan fungsi dari limfosit. Sistem saraf pusat (SSP) mempunyai hubungan dengan tulang belakang dan timus karena system sel kekebalan berproduksi dalam limpa dan kelenjar limpa yang akhirnya disimpan. Pada waktu testosteron menghambat fungsi kekebalan, hormone pertumbuhan dapat berespon terhadap stressor dengan cara meningkatkan fungsi kekebalan tersebut.

Peningkatan produksi epinefrin dan norepinefrin untuk menanggulangi stress dapat menurunkan imunitas. Serotonin dapat meningkatkan dan menghambat efek imunitas. Adanya korelasi antara penemuan fungsi limfosit pada periode sedih/ duka, kehilangan dan depresi. Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara skizofrenia dengan system imunitas abnormal, respon autoimun, infeksi virus dan imunogenetika.

2 Psikologis

a Inteligensia

Kemampuan individu dalam menyelesaikan konflik dan penyesuaian diri dengan lingkungan dipengaruhi daya pikir, daya tangkap, kemampuan bahasa, dan kemampuan analisis masalah.

b Kepribadian

Karakteristik seseorang sejak lahir dan masa pertumbuhan, seperti temperamen, sifat (*trait*), dan kebiasaan (*habit*) mempengaruhi individu dalam menghadapi suatu konflik.

c Pengalaman masa lalu

Kejadian-kejadian yang menghasilkan suatu pola pembelajaran yang dapat mempengaruhi respon penyesuaian seseorang. Peristiwa yang menyenangkan atau menyakitkan di masa lalu sangat mempengaruhi kesehatan jiwa individu. Dalam masa perkembangan, proses menyelesaikan konflik dalam memenuhi tugas perkembangan berpengaruh terhadap tahap perkembangan berikutnya.

d Motivasi

Kemauan dan dorongan dari dalam individu mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi tantangan dan dinamika hidup.

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi sehat dan sakit jiwa, seperti social cultural, usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, kedudukan sosial, dan latar belakang budaya.

2.5.3 Faktor Presipitasi Stress

Faktor precipitasi adalah rangsangan, stimulus, dan factor yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk pemecahan masalah.

Penyebab stress disebut dengan stressor. Stressor adalah segala sesuatu yang menyebabkan kondisi stress. Glanz (2008), mengidentifikasi kategori stressor sebagai: (1) *Cataclysmic event*, semua peristiwa yang terjadi pada seseorang secara bersamaan, yang tidak diprediksi dan mempunyai pengaruh yang sangat kuat dan memerlukan usaha dalam menaggulangnya (2) Stressor personal, semua peristiwa-peristiwa yang bersifat individual yang mempunyai pengaruh terhadap seseorang, seperti gagal dalam ujian, bercerai, dan PHK. (3) Background stressor, yang berupa pertengkaran dalam kehidupan sehari-hari, masalah kecil yang terus menerus mengganggu dan menyusahkan seseorang. (4) Stressor kronik, seperti ketidakpuasan terhadap pekerjaan, yang berlangsung relatif lama. Skala yang sering digunakan untuk mengukur stressor adalah *The Social Readjustment Rating Scale* (SRRS), yaitu skala yang berisi 43 kejadian-kejadian hidup penyebab stress.

Holmes dan Rahe (1967), Hawari (1999), mengemukakan bahwa stress pada masa pensiun lanjut usia menempati rating ke-10 dai 43 kejadian hidup yang menyebabkan stress berdasarkan sosial *Readjusment Rating Scale* (SRRS), oleh karena hilangnya status pekerjaan dan status sosial, adanya tanggungan keluarga yang masih membutuhkan dukungan finansial,dan perubahan yang mengikuti masa lanjut usia. Penyebab stress pada lanjut usia berbeda dengan remaja atau dewasa. Masalah yang sering menyebabkan stress pada lanjut usia

adalah *post power syndrome*, perasaan kecewa karena tidak lagi dihormati seperti dulu, kurang diperhatikan oleh anak dan cucunya, merasa kesepian dan kesendirian. Pada masapensiun, lanjut usia kehilangan kesibukan dan jabatan. Bertepatan dengan itu anak-anak sudah menikah dan meninggalkan rumah, sedangkan badan mulai lemah dan tidak memungkinkan bepergian, sehingga seringkali menimbulkan stress tersendiri. (lilik makrifatul Azizah et al., 2016)

2.5.4 Penilaian primer stressor

Menurut (lilik makrifatul Azizah et al., 2016) suatu evaluasi tingkat kemaknaan stressor bagi seseorang dimana stressor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Pengalaman Stress dapat berasal dari tiga sumber:

1 Lingkungan

Lingkungan mengirim stimulus secara terus menerus selama manusia masih hidup yang memerlukan penyesuaian. Misal penyesuaian pada cuaca, hubungan interpersonal, tuntutan penampilan, peraturan, sikap dll.

2 Kondisi fisiologis tubuh

Pertumbuhan cepat pada remaja, menopause pada wanita, proses menua, penyakit, kecelakaan, nutrisi buruk semuanya membuat tubuh mengalami stress.

3 Pikiran

Otak mengartikan dan menterjemahkan perubahan yang kompleks pada lingkungan dan tubuh, kemudian menetapkan respon. Cara mengartikan dan mempersepsikan pengalaman saat ini dan memprakirakan apa yang terjadi pada masa yang akan datang dapat menimbulkan rasa aman dan stress.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan dibahas tentang gambaran nyata pelaksanaan Asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Undifferentiated skizofrenia, maka penulis menyajikan suatu kasus yang diamati mulai tanggal 07 Mei 2021 sampai dengan 09 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 07 Mei 2021 jam 07.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari klien dan file No.Register 66XX.XX sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Klien adalah seorang laki-laki bernama “N” tanggal lahir 15 November 1992 usia 28 tahun , beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa, klien bertempat tinggal di Gunung Anyar, Surabaya, Belum menikah dan pendidikan terakhir SMK. Tanggal 28 April 2021, keluarga membawa pasien ke IGD RSJ Menur pada pukul 16.04 WIB

3.1.2 Alasan Masuk

Sebelum datang kontrol, di rumah keluarga pasien mengatakan pasien marah-marah sejak hari senin 26 April 2021 dan memukul ibunya setiap kali pasien kalau meminta uang tidak dituruti. Kemudian pada tanggal 28 April 2021, keluarga membawa pasien ke IGD RSJ Menur. Pada pukul 16.04 WIB kemudian dilakukan observasi TTV oleh perawat, melakukan kolaborasi pemberian psikofarmaka, setelah dapat tindakan di igd pasien dipindahkan ke ruang gelatik.

Keluhan utama : Pasien mengatakan selalu ingin marah dan memukul teman satu kamarnya bila setiap kali mengingat kepada ibunya saat meminta uang tidak dituruti.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, data di dapat dari rekam medik klien yang tertulis pernah dirawat pada tahun 2016 dengan masalah yang sama di Rumah Sakit jiwa Menur Surabaya.
2. Pengobatan sebelumnya belum berhasil
3. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah melukai dirinya sendiri dan marah-marah tanpa sebab

Masalah keperawatan : Resiko bunuh diri

4. Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

5. Pasien mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah keperawatan : Tidak ditemkan masalah keperawatan

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda vital

Tekanan darah	: 132/76 mmhg
Nadi	: 89x/menit
Suhu	: 36,4 ⁰ c
Pernafasan	: 19x/menit

2. Ukuran

Berat badan (BB) : 66 kg

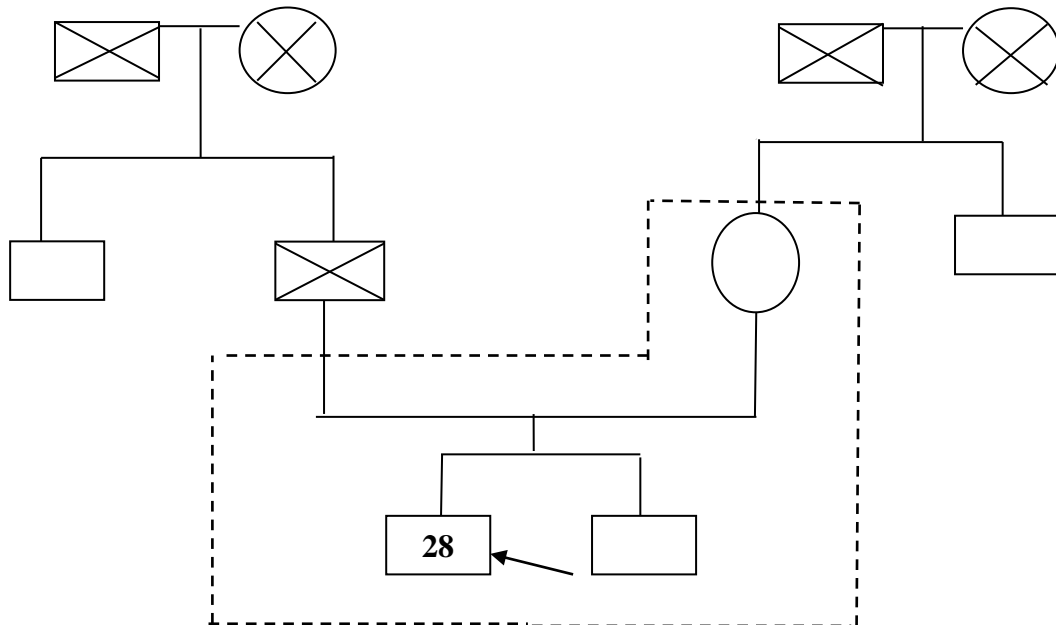
Tinggi badan : 166 cm

3. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak mempunyai keluhan fisik

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan**3.1.5 Psikososial**

Genogram



Gambar 3.1 Genogram asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosis medis undifferentiated skizofrenia.

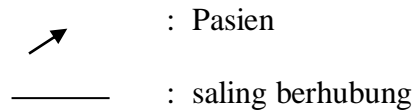
Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

✕ : meninggal

⋯ : orang yang tinggal serumah



Pasien mengatakan anak pertama dari dua bersaudara, pasien seorang bujang belum menikah, tinggal bersama ibunya.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

1. Konsep diri

a. Gambaran Diri

Klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya, karena semua pemberian Tuhan harus disyukuri.

b. Identitas Diri

Klien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki dan berusia 28 tahun berstatus lajang dan tidak bekerja.

c. Peran

Klien mengatakan dia adalah sebagai anak dalam keluarganya.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan dapat keluar dari rumah sakit.

e. Harga Diri

Klien mengatakan tidak diperhatikan oleh ibunya, merasa dirinya tidak bisa berbuat apa-apa lagi.

Masalah Keperawatan: Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

2. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan bahwa orang yang berarti adalah ibunya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Di rumah sakit pasien bergaul dengan temannya apabila ada dorongan dari petugas kesehatan. Pada saat sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan ikut kegiatan kerja bakti di lingkungan rumahnya.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak ada hambatan berhubungan dengan orang lain.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan:

Pasien mengatakan beragama islam dan sholat membuat hatinya lebih tenang

b. Kegiatan ibadah:

Pasien mengatakan melaksanakan sholat saat ada masalah

Masalah Keperawatan : Distress spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Pasien memakai seragam Ruang Gelatik setiap hari, mandi saat diingatkan oleh perawat, rambut tidak disisir, tidak rapih dan kurang bersih

Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri

2. Pembicaraan

Pada saat pengkajian pasien mempunyai nada bicara cepat, keras dan bicaranya ketus saat disinggung tentang masalah permintaan uang dengan ibunya

Masalah Keperawatan : Perilaku kekerasan

3. Aktivitas Motorik

Pasien saat wawancara tampak gelisah, tidak tenang dan banyak gerakan

Masalah Keperawatan : Resiko bunuh diri

4. Alam perasaan

Pasien mengatakan putus asa karena kemaunnya tidak dituruti

Masalah Keperawatan : Resiko bunuh diri

5. Afek

Pasien nampak biasa saja apabila sedang diajak bercanda

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi Selama Wawancara

Pada saat wawancara kontak mata pasien melotot dan pandangan tajam menatap lawan bicaranya dan mudah tersinggung saat ada kata-kata yang salah dari lawan bicara

Masalah Keperawatan: Perilaku kekerasan

7. Persepsi-Sensori

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

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

8. Proses pikir

Saat di wawancara pasien mampu menjawab semua pertanyaan sesuai topik pembicaraan,

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

9. Isi pikir

Pasien mengatakan sadar bahwa dirinya saat ini sedang mengalami gangguan jiwa dan berobat supaya sembuh.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat Kesadaran

pasien mampu menjelaskan sekarang sedang berada dimana, menyebutkan jam dengan benar, serta menyebutkan nama orang dengan benar

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Pasien sangat mampu menceritakan dan mengingat kejadian masa lalunya.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien bisa berhitung 1 sampai 10 atau sebaliknya dengan benar dan klien bisa fokus apabila diajak komunikasi

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Pasien menjawab setelah bangun tidur mandi dulu biar badan segar baru makan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan sadar bahwa dirinya saat ini sedang sakit kejiwaan berobat supaya sembuh.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Kebutuhan Perencanaan Pulang

1. Kemampuan Klien memenuhi kebutuhan

a. Makanan

Dari pengamatan dan observasi didapatkan porsi makan dihabiskan, berat badan 66 kg, dan nafsu makan baik

b. Keamanan

Pasien mengatakan merasa aman tidak ada yang mengganggu.

c. Perawatan Kesehatan

Pasien mengatakan meminum obat yang diberikan perawat.

d. Pakaian

Dari pengamatan / observasi didapatkan bahwa berganti pakaian setiap hari .

e. Transportasi

Pasien diantar dan dijemput keluarganya.

f. Tempat tinggal

Pasien mengatakan tinggal bersama adik, dan ibunya di Gunung anyar, Surabaya

g. Keuangan

Biaya pasien ditanggung oleh keluarga.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)

a. Perawatan diri

1) Mandi

Pasien mandi saat diingatkan perawat

2) Kebersihan

Dari hasil pengamatan / observasi tempat tidur pasien tampak rapi, dikerjakan mandiri dengan motivasi dari petugas.

3) Makan

Dari hasil pengamatan/observasi didapatkan porsi makan di habiskan dan berat badan 66 kg.

4) Buang air kecil

Dari hasil pengamatan/observasi di dapatkan 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 tidak rapih.

Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri

b. Nutrisi

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

2) Frekuensi 3x sehari berat badanya 66 kg .

Dari observasi/ pengamatan, pasien menghabiskan makanan yang diberikan.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

c. Tidur

- 1) Pasien mengatakan tidak ada masalah tidur
- 2) Pasien mengatakan bisa tidur siang
- 3) Pasien mengatakan tidur malam jam 20.00 - 06.00 ± lamanya 10 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
- d. Pasien mampu memeriksakan kesehatan kepada perawat

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

4. Pasien mengatakan baru satu 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 bekerja, kegiatan yang menghasilkan atau hobi ?

Pasien mengatakan mempunyai hobi bermain game

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Maladaptif : Pasien mengatakan akan marah bila kemauannya tidak dituruti .

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 dengan lingkungan sekitar.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifiknya : pasien mengatakan lulusan SMK
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya : pasien mengatakan jika sembuh ingin bekerja kembali.
5. Masalah dengan perumahan, spesifiknya : pasien mengatakan tinggal di Gununganyar,Surabaya bersama adik, dan orang tuanya.
6. Masalah dengan ekonomi dan , spesifiknya : pasien mengatakan selama di rumah sakit dibiayai oleh keluarganya.
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya : pasien mengatakan menggunakan BPJS saat berobat.
8. Masalah lainnya, spesifiknya : tidak ada masalah lainnya.

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Pasien mengerti tentang penyakit yang yaitu tidak dapat mengendalikan emosinya..

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.11 Aspek Medik

Diagnosa medik : F. 20. 3 (Undifferentiated Schizoprenia)

Tabel. 3.1 Terapi medik

OBAT	DOSIS	INDIKASI	EFEK
Risperidone	2 x 2 mg I – O – I	Untuk mengatasi kesadaran diri yang terganggu, daya nilai norma sosial terganggu	Rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, psikomotor menurun
Trihexyphenidil	2 x 2 mg I – O - I	Untuk mengatasi gejala akibat penggunaan obat antipsikotik (kaku otot, kaku kuduk)	Hidung tersumbat, mata kabur, gangguan irama jantung
Clozaphine	1 x 25 mg I – O - O	Gangguan mental, skizofrenia, psikosis paranoid	Distonia akut, tremor

3.1.12 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko bunuh diri
2. Harga diri rendah
3. Ketidakefektifan koping individu
4. Distress spiritual
5. Defisit perawatan diri
6. Perilaku kekerasan

3.1.13 Daftar Diagnosa Keperawatan

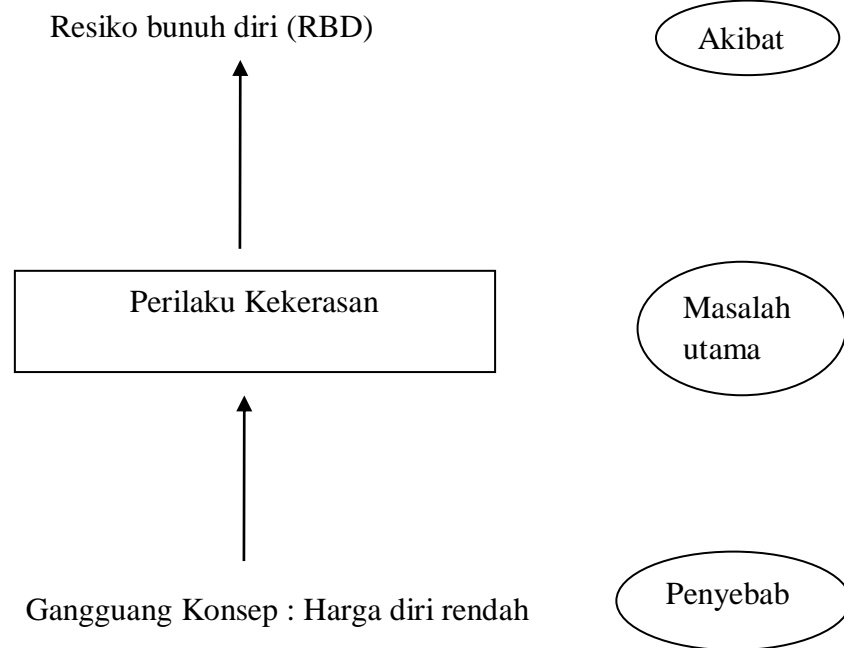
Dari beberapa masalah keperawatan yang muncul penulis mengambil satu diagnosa keperawatan Perilaku Kekerasan.

Surabaya, 18 Juni 2021
Mahasiswa



Dwi Achmad Nugroho
1821008

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon masalah perilaku kekerasan

3.3 Analisa Data

NAMA : Tn. N No RM:66.xx.xx RUANGAN : Gelatik 1

Tabel. 3.2 Analisa Data pada klien dengan perilaku kekerasan

No/Tgl	Data	Masalah	Ttd
1. 07 Juni 2021	DS : Pasien mengatakan dengan suara keras saat di wawancara DO : - Pasien melukai ibunya - Mata pasien melotot dan pandangan tajam saat di wawancara	Perilaku kekerasan SDKI, D.0132 HAL, 288	<i>DWJ</i>
2. 07 Juni 2021	DS : Pasien mengatakan merasa minder dengan lingkungan sekitar DO : - Pasien pasif - Pasien bergantung pada pendapat orang lain - Pasien tidak bisa berbuat apa apa lagi	Harga diri rendah SDKI, D.0086 Hal, 192	<i>DWJ</i>
3 07 Juni 2021	DS : Pasien mengatakan putus asa karena kemauannya tidak diturutui DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak mudah marah bila disinggung masalahnya	Resiko Bunuh Diri (RBD) SDKI, D.0135 HAL, 293	<i>DWJ</i>

3.4 Rencana Tindakan Keperawatan Perilaku kekerasan

Nama : Tn.N
 Nama Mahasiswa : Dwi Achmad Nugroho
 No.RM : 66XXXXX
 Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya
 Ruangan : Gelatik 1

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn. N dengan Perilaku kekerasan

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
			Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	Rasional
1	07 Juni 2021	Perilaku Kekerasan	1. Kognitif, pasien mampu : a. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan b. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan	Membina Hubungan Saling Percaya : 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Menjelaskan tujuan interaksi 3. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien. SP 1 : 1. Mengidentifikasi penyebab perilaku	Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya 1. Dengan mengetahui penyebab, tanda dan

			<p>kekerasan</p> <p>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p> <p>5. Menyebutkan cara mengontrol</p> <p>6. Membuat pasien mempraktekan latihan Cara Fisik I : Tarik nafas dalam</p> <p>7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</p> <p>2. Psikomotor, pasien 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>kekerasan</p> <p>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p> <p>5. Menyebutkan cara mengontrol</p> <p>6. Membuat pasien mempraktekan latihan Cara Fisik I : Tarik nafas dalam</p> <p>7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</p> <p>SP 2 :</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan Cara Fisik II : Pukul bantal atau kasur</p> <p>3. Menganjurkan pasien</p>	<p>gejala, cara mengatasi dan akibat perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya</p> <p>2. Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan Cara Fisik I dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi</p> <p>3. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan.</p> <p>1. Pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>2. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada</p>
--	--	--	---	--	---

			<p>c. Melakukan deskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis</p> <p>d. Melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lainnya.</p> <p>3. Afektif, pasien mampu :</p> <p>a. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukannya</p> <p>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan.</p>	<p>memasukkan dalam jadwal kegiatan hariannya.</p> <p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara Verbal : meminta atau menolak mengungkapkan dengan asertif 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. <p>SP 4 :</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 dalam 	<p>lingkungan sekitarnya</p> <p>3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diajarkan.</p> <p>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>2. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan emosinya pada lingkungan sekitarnya.</p> <p>Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara melakukan sholat atau mendekatkan diri dengan cara ibadah yang sesuai agamanya.</p>
--	--	--	---	---	--

				<p>jadwal kegiatan hariannya.</p> <p>SP 5 :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memaafkan atau minum obat3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.	<p>Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara kepatuhan minum obat sangatlah penting sebagai pencegah pada kekambuhan.</p>
--	--	--	--	--	--

3.5 Pelaksanaan dan catatan perkembangan

Nama : Tn.. N Nama Mahasiswa : Dwi Achmad Nugroho
 No.RM : 66XXXXX Institusi : Stikes Hang Tuah Surabaya
 Ruangan : Gelatik 1

Tabel 3.4 Implementasi pada Tn.N pada Perilaku kekerasan

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T.D PERAWAT
Jumat 07 Juni 2021 09.00	Perilaku kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya</p> <p>P: “ Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Dwi Achmad Nugroho, saya yang berdinasi pagi hari ini , bagaimana kabar bapak hari ini ? nama bapak siapa ?” Tn.N : “ pagi mas, kabar saya baik , nama saya bapak N”</p> <p>SP 1 1. Mengidentifikasi penyebab marah</p> <p>P: “ Apa yang menyebabkan mas sehingga memukul ibu kandung mas?” Tn.N : “ saya kesal karena tidak diberikan uang oleh ibu saya “</p> <p>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan kabarnya “baik”, dan mengatakan namanya bapak “N” 2. Klien mengatakan penyebab marahnya karena tidak diberi uang oleh ibunya 3. Klien mengatakan saat marah mata melotot 4. Klien mengatakan saat marah akan berbicara dengan nada tinggi. 5. Klien mengatakan lebih tenang setelah latihan tarik nafas dalam 	<i>DWJ</i>

		<p>marah</p> <p>P : “ Biasanya tanda-tanda seperti apa yang bapak alami ketika emosi ?”</p> <p>Tn.N : “ saya emosi ,kesal terus saya pukul ibu saya”</p> <p>3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Melatih cara mengendalikan marah dengan latihan tarik nafas dalam.</p> <p>P : “ Kalau mas sedang merasa marah coba mas tarik napas yang dalam buang lewat mulut , dan dilakukan setiap ada rasa ingin marah”</p> <p>Tn N : “ iya mas, nanti saya coba praktikan yang diajarin mas”</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau berjabat tangan 2. Saat ditanya penyebab perilaku kekerasan pasien mau menjelaskan 3. Pasien dapat mempraktikkan tarik nafas <p>A:</p> <p>SP 1 Teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan SP 2 pada pukul 09.00</p>	
<p>Sabtu</p> <p>08 Juni 2021</p> <p>09.00</p>	<p>Perilaku kekerasan</p>	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi latihan fisik mengendalikan perilaku kekerasan yang pertama yaitu latihan tarik nafas dalam <p>P : “ Bagaimana pak,cara mengendalikan emosi yang saya ajari kemarin sudah bapak praktekan kalau bapak sedang emosi ?”</p> <p>Tn.N : “Mas kemarin saya mau emosi lagi, tapi saya mencoba tarik nafas yang dalam yang seperti mas ajarkan “</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan melakukan latihan tarik nafas dalam setelah bangun tidur 2. Klien mengatakan perasaan lebih lega setelah memukul bantal 3. Klien mengatakan akan melakukan latihan ini setiap bangun tidur 	<p><i>DWJ</i></p>

		<p>2. Membantu pasien latihan fisik mengendalikan perilaku kekerasan yang kedua yaitu latihan pukul bantal atau kasur</p> <p>P :” Sekarang saya ajari cara yang lainnya pak, kalo sedang ingin marah coba bapak lampiaskan emosi tersebut dengan memukul bantal dan kasur sendiri.”</p> <p>Tn.N : “ iya mas nanti jika saya ingin marah saya praktikan kembali tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur mas”</p> <p>3. Membantu menyusun jadwal kegiatan harian</p> <p>P : “ Oke pak kita masukan ke jadwal harian bapak ya,coba dilakukan setelah bangun tidur pukul 16.00 setelah itu dirapihkan kembali bantal dan kasurnya pak”</p>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyapa dan mendekat 2. Pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasan mempraktikkan dengan cara memukul bantal atau kasur <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SP 2 Teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan SP 3 pada pukul 09.00</p>	
<p>Minggu</p> <p>09 Juni 2021</p> <p>09.00</p>	Perilaku kekerasan	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal harian tentang dua latihan fisik mengendalikan marah yaitu latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur <p>P :” Selamat pagi pak, bagaimana dua latihan fisik yang saya ajari saat sedang ingin marah apa bapak praktikan?”</p> <p>Tn. N :” Iya pak saya praktikan setelah</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan melakukannya setelah bangun tidur 2. Klien mengatakan “Ooo...seperti itu ya caranya meminta dengan baik 	<p><i>DWJ</i></p>

		<p>saya bangun tidur”</p> <p>2. Membantu pasien mengendalikan rasa marah secara verbal/sosial P: “ Hari ini saya akan mengajari bapak cara meolak emosi dengan cara baik, jadi kalau bapak sedang emosi coba bapak lawan emosi itu dengan tidak memukul ibunya bapak.”</p> <p>Tn.N :” Oooo.. Seperti itu ya mas caranya meminta dengan baik”</p> <p>3. Membantu memasukkan latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal ke dalam jadwal kegiatan harian P: “Sekarang kita masukkan jadwal latihan harian bapak. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu – waktu segera gunakan cara yang dilatihkan tadi ya pak”</p>	<p>3. Klien mengatakan akan mengikuti jadwal harian yang ketiga</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyapa dan tersenyum sambil mendekat 2. Pasien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan ketika emosinya muncul kembali. <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SP 3 Teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan ke SP 4</p>	
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama perilaku kekerasan di Ruang Gelatik RSJ Menur 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 dirinya tidak bisa berbuat apa-apa lagi dan tidak berguna untuk lingkungannya. 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 tidak bisa berbuat apa-apa lagi serta menganggap dirinya berbeda dengan orang normal lainnya.

2. Status Mental

Pada status mental saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil pasien bicara dengan nada yang cepat, keras dan nada bicaranya naik saat disinggung masalah permintaan uang yang tidak dituruti oleh ibunya. Kemudian pada saat wawancara pasien tampak gelisah, kontak mata pasien melotot dan pandangan tajam menatap lawan bicaranya, tampak labil, dan mudah tersinggung.

Tanda-tanda diatas tidak jauh berbeda dengan tinjauan pustaka yang menyebutkan pasien dengan perilaku kekerasan biasanya cara bicaranya kasar, suara tinggi, membentak ketus, dan berbicara dengan kata-kata kotor. Selain itu pasien juga tampak terlihat tegang, gelisah, muka merah, jalan mondar-mandir, afek dan emosinya labil, mudah mengamuk, membanting barang-barang/melukai diri sendiri, berteriak-teriak dan pandangan yang tidak bersahabat .(M. lilik Azizah et al., 2016)

Berdasarkan uraian diatas ditemukan adanya persamaan meskipun pada kenyataannya tidak ditemukan semua data yang sama sesuai tinjauan pustaka.

4.2 Diagnosa keperawatan

Pada diagnosa keperawatan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sebagai berikut :

Pada tinjauan pustaka :

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

Pada tinjauan kasus :

1. Perilaku kekerasan
2. Resiko mencederai diri (RBD)

Berdasarkan diagnosa tinjauan pustaka dan tinjauan kasus di temukan kesamaan, namun dalam tinjauan kasus hanya muncul dua masalah utama yaitu perilaku kekerasan dan Resiko mencederai diri (RBD). Diagnosa ini diambil berdasarkan dengan keadaan pasien selama dikaji oleh penulis.

4.3 Perencanaan

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan pada perencanaan keperawatan yaitu 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).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria evaluasi karena pada kasus nyata didapatkan sesuai dengan kondisi pasien secara langsung. Intervensi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka mempunyai kesamaan. Namun masing-masing dari intervensi tetap mengacu pada sasaran dan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan.

Di dalam keperawatan jiwa yang dilakukan adalah komunikasi terapeutiknya, dan untuk melakukan komunikasi terapeutik maka harus di bina hubungan saling percaya antara klien dan perawat.

4.4 Implementasi Keperawatan

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 dan memukul bantal atau kasur. Pada SP 2 hari kedua pasien dapat mempraktekkannya dengan tarik nafas dalam saat mau emosi. Pada hari ketiga pasien diajarkan SP 3 yaitu cara menolak keadaan saat emosi dengan cara yang baik dengan tidak memukul ibunya .

Pada tinjauan teori SP keluarga direncanakan tetapi pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi klien. Sedangkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) menurut teori yang akan dilaksanakan, diantaranya :

Menurut (M. lilik Azizah et al., 2016):

1. Bina hubungan saling percaya

Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :

- a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
 - b. Perkenalkan diri : nama, nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien yang disukai.
 - c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
 - d. Buat kontrak asuhan : apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana.
 - e. Tunjukkan sikap empati.
 - f. Penuhi kebutuhan dasar pasien.
2. Diskusikan bersama pasien penyebab rasa marah/ perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
3. Diskusikan tanda – tanda pada pasien jika terjadi perilaku kekerasan
- a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social
 - d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual

- e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal :
 - a. Terhadap orang lain
 - b. Terhadap diri sendiri
 - c. Terhadap lingkungan
5. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
6. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
 - a. Fisik : tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal.
 - b. Patuh minum Obat.
 - c. Sosial/ verbal : bicara yang baik : mengungkapkan, menolak dan meminta rasa marahnya.
 - d. Spiritual : sholat/ berdoa sesuai keyakinan pasien.

1) Tindakan (Sp 1) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (evaluasi nafas dalam dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara pukul kasur dan bantal).

2) Tindakan (Sp 2) :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat dan patuh ketika diberi obat.

3) Tindakan (Sp 3) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/ verbal dengan cara bicara dengan baik dan menolak dengan baik.

4) Tindakan (Sp 4) :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara ketika pasien merasa dirinya ingin marah kita arahkan pasien untuk duduk, sedangkan ketika duduk pasien masih merasa marah kita arahkan untuk berbaring, selanjutnya ketika pasien masih ingin marah kita arahkan untuk mengambil air wudhu bagi pasien yang muslim, ketika selesai mengambil air wudhu pasien masih ingin merasa marah kita arahkan untuk berdzikir, berdzikir tetap merasa ingin marah kita arahkan untuk berdoa, selanjutnya kita suruh sholat.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan teori evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung.

Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama klien dirawat dirumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan observasi, pengkajian, dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan di Ruang Gelatik RSJ Menur 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

Dari hasil uraian diatas penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan jiwa pada Tn N dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur didapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke RSJ Menur sudah memiliki riwayat masuk ke RSJ Menur dan menjalani pengobatan .
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn. N dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di dapatkan tiga permasalahan aktual, antara lain : (1) Gangguan konsep diri : harga diri rendah, (2) Perilaku kekerasan dan (3) Resiko bunuh diri . Penulis lebih pada satu masalah keperawatan yaitu perilaku kekerasan
3. Perencanaan tindakan keperawatan jiwa pada Tn N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia dimana

4. disusun mengacu pada tindakan keperawatan kepada pasien dengan pendekatan tujuan umum dan tunjukkan khusus
5. Implementasi tindakan keperawatan jiwa yang dilakukan pada Tn N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia yang dilakukan terhadap pasien meliputi SP 1 – SP 3 antara lain : (1) Mengajarkan teknik tarik nafas dalam, (2) Melakukan pukul bantal dan kasur, (3) mengendalikan secara verbal/sosial yang baik.
6. Evaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn N masalah utama perilaku kekerasan dengan diganosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur menunjukkan hasil semua tujuan dapat tercapai sebagai dengan kondisi klien
7. Pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa pada Tn N masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditulis fokus pada satu diagnosis pertama yaitu perilaku kekerasan dan mengikuti aturan pendokumentasian catatan keperwatan.

5.2 Saran

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan baik dan keterlibatan klien dan perawat sehingga timbul rasa saling percaya yang akan menimbulkan kerja sama dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan keterampilan baru dengan cara mengikuti seminar-seminar

keperawatan jiwa, serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan

3. Diharapkan institusi dapat meningkatkan mutu ilmu pengetahuan jiwa dan asuhan keperawatannya.
4. Mahasiswa harus banyak belajar tentang ilmu keperawatan agar setelah lulus nanti dapat menjadi perawat yang professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, M. lilik, Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Indomedia Pustaka*, 657.
- Dinkes Jawa Timur. (2019). (BAB1) buku data menurut provinsi dan kabupaten. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*, 25–26.
- Hardhi, A. (2015). *NANDA NIC-NOC*.
- Maulana, M. S. R. (2017). Perilaku kekerasan. *Ekp*, 13(3), 1576–1580.
- Perawat, P., Indonesia, N., Tengah, J., Amimi, R., Malfasari, E., Febtrina, R., & Maulinda, D. (2020). *Analisis tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan pada sign and symptomp analysis of violence behaviour for scizhoprenia patients*. 3(1), 65–74.
- Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).
- Setiawan, H., Keliat, budi anna, & Wardani, ice yulia. (2015). *Tanda dan Gejala Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan dengan Terapi Musik dan Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy*.
- Siti Ma' Rifatul Khasanah, M. (2021). Jurnal Ilmu Keperawatan. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 4(1), 1689–1699.
- Terapi, D., Dan, M., Emotive, R., & Behavior, C. (2005). *et al* , 2005). *Prevalensi Skizofrenia cukup tinggi dan terjadi pada usia produktif*.
- Untari, S. N., & Kartina, I. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma HUsada Surakarta*, 18.
- UU No. 18. (2014). Undang - Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental No. 18 Tahun 2014. *Undang - Undang Tentang Kesehatan Jiwa*, 1, 2.
- Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN978-xxx-xxx-xx-x>

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

Nama : TN. N Hari/tanggal : Jumat, 07 Mei 2021

Ruang : Gelatik Waktu : 09.00 – 09.30 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi Klien**

Klien tampak gelisah dan wajah tampak kesal

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
- f. 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) Sprituil: Beribadah sesuai keyakinan pasien

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

a Salam Terapeutik

“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Dwi Achmad Nugroho, bapak bisa memanggil saya Dwi, saya perawat yang dinas diruangan gelatik. Hari ini saya dinas pagi dari jam 8 pagi sampai jam 12 siang. Nama bapak siapa?,senangnya dipanggil siapa?”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah masih ada perasaan marah atau kesal?”

c Kontrak

Topik : “Baiklah , kita sekarang berbincang-bincang masalah marah bapak.”

Waktu : “Berapa lama bapak mau berbincang-bincang ? Bagaiman kalau 15 menit.”

Tempat : “Bagaimana jika kita berbincang-bincang di ruang makan ini? Apa bapak setuju ?”

2. FASE KERJA

“Apa yang menyebabkan bapak N marah? Apakah bapak sebelumnya pernah marah ? Apa penyebabnya pak? Apakah sama dengan yang sekarang? Ooooo .. jadi ada satu penyebab marah ya pak ..”

“Pada saat bapak sedang marah apa yang di rasakan? Misalnya saat bapak sedang emosi di rumah saat tidak diberikan uang oleh ibu bapak. “Apa yang mas rasakan?” (tunggu respon pasien).

“Setelah itu apa yang bapak lakukan? Ooo... iya... jadi bapak memukul ibu kandung bapak”. Apakah dengan cara itu masalah akan terselesaikan pak? Iya... tentu saja tidak.“Apa kerugian dari cara bapak lakukan? Betul.. tidak mendapat apa-apa. Menurut bapak, adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan perasaan emosi dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

“ Ada berapa cara mengatasi emosi, pak. Salah satunya dengan cara fisik. Jadi menyalurkan emosi lewat kegiatan fisik dari beberapa cara tadi bagaimana jika kita belajar satu cara dulu?”

“Begini pak, jika tanda – tanda emosi tadi sudah bapak rasakan, maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan napas perlahan-lahan melalui mulut sambil membayangkan bahwa bapak sedang mengeluarkan rasa emosi. Silahkan pak mencoba melakukannya. Bagus sekali pak benar seperti itu... coba lakukan sampai lima kali. Bagus sekali pak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan ini?”

“Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga jika sewaktu-waktu rasa marah muncul, bapak sudah terbiasa melakukannya.”

3. FASE TERMINASI

1. Evaluasi pasien terhadap tindakan keperawatan

a). Evaluasi Subyektif: “Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang – bincang tentang perasaan emosi ?”

b). Evaluasi Obyektif: Klien dapat membina hubungan saling percaya.

c). Tindak lanjut pasien: Mengajarkan kembali pada pasien cara mengendalikan rasa emosi."

2. Kontrak yang akan datang

Topik: “Bagaimana kalau besok lagi kita berbincang tentang mengendalikan emosi. Selanjutnya kita akan masukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari ya pak. Apakah bapak setuju?”

Waktu : “Kira – kira kita besok bertemu jam berapa pak? Bagaimana kalau jam 09.00 WIB ?”

Tempat: “Bagaimana kalau di ruangan ini lagi pak kita berbincang – bincangnya ?”

LAMPIRAN 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

PERILAKU KEKERASAN

SP 2/Pertemuan Ke-2

Nama : TN. N Hari/tanggal : Sabtu, 08 Mei 2021

Ruang : Gelatik Waktu : 09.00 - 09.30 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Klien tampak kooperatif , dan sedang duduk di ruang makan

2. Diagnosa Keperawatan

Perilaku Kekerasan

3. Tujuan (Sp)

- a Klien mampu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan
- b Klien mampu mempraktikan latihan cara mengendalikan fisik
- c Klien dapat memasukkan jadwal dalam kegiatan harian

4. Tindakan Keperawatan

- a Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan latihan fisik kedua yaitu pukul bantal/kasur.
- b Membantu pasien menyusun jadwal kegiatan harian kedua.

A. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

- a Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak N, masih ingat dengan saya? sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi.”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana kabarnya Pak? adakah hal yang membuat bapak marah hari ini ? masih ingat dengan yang sudah saya sampaikan kemarin?”

c Kontrak

- 1) Topik: “Bagaimana kalau kita berbincang-bincang lagi dan sedikit bercerita tentang mengendalikan emosi pak.”
- 2) Waktu: “berapa lama pak mau berbincang-bincang? Bagaimana jika 15 menit?”
- 3) Tempat: “di mana enaknyanya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana jika disini seperti yang kemarin?”

2. FASE KERJA

“Baik Pak,kita akan latihan mengendalikan rasa marah dengan latihan memukul bantal atau kasur.Sebelumnya bapak apakah masih mengingat latihan yang pertama yaitu latihan nafas dalam?Bagus,Coba praktekan Pak!Bagus.”

“Baik,sekarang,mari Pak kita latihan memukul bantal/kasur.Jadi saat bapak ingin marah atau merasa kesal bapak dapat melampiaskannya dengan memukul bantal/kasur.Coba bapak lakukan,pukul bantal dan kasur.Ya, bagus sekali pak.”

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

3. FASE TERMINASI

1. Evaluasi pasien terhadap tindakan keperawatan

a. Evaluasi Subyektif: “ Bagaimana perasaan bapak setelah latihan menyalurkan amarah?”

b. Evaluasi Obyektif: Klien sudah bisa menyebutkan kemampuan yang dimilikinya dan dapat menunjukkannya kepada perawat.

2. Tindak lanjut pasien

“Sekarang mari kita masukkan jadwal latihan memukul kasur ini dalam aktivitas bapak. Mau jam berapa? Bagaimana jika setelah bangun tidur dan sore jam 15.00. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu – waktu segera gunakan kedua cara tadi ya mas.”

3. Kontrak yang akan datang

Topik : “Besok pagi kita ketemu lagi untuk belajar cara mengontrol amarah dengan belajar secara verbal/sosial yang baik, Apakah bapak setuju?”

Waktu : “Kira – kira kita besok bertemu jam berapa pak? bagaimana kalau jam 09.00 WIB ? baiklah sampai ketemu besok ya pak.”

Tempat : “Bagaimana kalau di tempat ini lagi kita bertemu pak? Apa bapak setuju? Baiklah kalau bapak setuju sampai ketemu dengan saya lagi besok ya pak ?”

LAMPIRAN 3**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN****PERILAKU KEKERASAN****SP 3/Pertemuan Ke-3**

Nama : TN. N Hari/tanggal : Minggu, 09 Mei 2021

Ruang : Gelatik Waktu : 09.00 - 09.30 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi Klien**

Klien sedang duduk sendiri setelah makan pagi, dan kooperatif

2. Diagnosa Keperawatan

Perilaku kekerasan

3. Tujuan (Sp)

- a. Pasien sudah mampu melakukan kedua latihan fisik sesuai jadwal harian
- b. Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan marah dengan cara sosial/verbal (menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik).

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membantu pasien mengendalikan marah dengan cara sosial/verbal menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
- b. Membantu pasien menyusun jadwal harian ketiga

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. FASE ORIENTASI

a Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak N”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini?”

c Kontrak

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

“Sekarang kita akan melakukan latihan mengendalikan marah dengan cara verbal atau sosial. Bagaimana kalau kita di sini berbincang-bincangnya? Mungkin sekitar 15 menit, Bagaimana pak?”

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 pak yaitu:

- a. Meminta dengan baik tanpa marah dan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar.Kemarin bapak bilang penyebab marah karena tidak diberikan uang.Coba bapak meminta kepada ibu bapak dengan baik,katakan *”Bu, saya ingin meminta uang.”*Coba praktikkan,Bagus Pak!”

- b. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh bapak dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan, *"maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kegiatan."* Coba bapak praktikkan, Bagus!"
- c. Mengungkapkan rasa kesal. Jika ada perlakuan dari orang lain yang membuat bapak kesal/marah, Bapak dapat mengatakan, *"Saya jadi ingin marah karena perkataanmu bu."* Coba Praktikkan, Bagus!"

3. FASE TERMINASI

1. Evaluasi pasien terhadap tindakan keperawatan

- c. Evaluasi Subyektif : " Bagaimana perasaan bapak setelah mengendalikan marah dengan berbicara yang baik ?"
- d. Evaluasi Obyektif : Klien sudah bisa menyebutkan kembali cara berbicara yang baik yang telah dilatihkan.

2. Tindak lanjut pasien

"Sekarang kita masukkan jadwal latihan harian bapak. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu – waktu segera gunakan cara yang dilatihkan tadi ya pak."

3. Kontrak yang akan datang

Topik : "Besok pagi kita ketemu lagi untuk belajar cara mengontrol amarah dengan cara beribadah, Apakah bapak setuju?"

Waktu : "Kira – kira kita besok bertemu jam berapa pak? bagaimana kalau jam

09.00 WIB ? baiklah sampai ketemu besok ya pak.”

Tempat : “Bagaimana kalau di tempat ini lagi kita bertemu pak? Apa bapak setuju? Baiklah kalau bapak setuju sampai ketemu dengan saya lagi besok ya pak ?”