

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh :

**AGNES PUTRI ANDARESTA
NIM. 182.0002**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

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

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

**AGNES PUTRI ANDARESTA
NIM. 182.0002**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKES 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, 15 Juni 2021



AGNES PUTRI ANDARESTA
NIM. 182.0002

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : AGNES PUTRI ANDARESTA
NIM : 182.0002
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Masalah
Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa
Medis *Catatonic 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 (A.Md.Kep)

Surabaya, 15 Juni 2021

Pembimbing



Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M. Kes

NIP. 04.015

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 15 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : AGNES PUTRI ANDARESTA
NIM : 182.0002
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Masalah
Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa
Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik
Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

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

Hari, tanggal : Selasa, 15 juni 2021
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

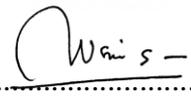
Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN**, pada Prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I: Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)

NIP. 03.009

Penguji II: Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes (.....)

NIP. 03.007

Penguji III: Dr.A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes (.....)

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

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

NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 15 juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Dr. Muhammad Hafidin Ilham, Sp.An., selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi izin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M. Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Kedua orang tua saya, yang tidak ada henti- hentinya memberikan doa dan dukungannya kepada saya.

6. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 15 juni 2021

AGNES PUTRI ANDARESTA

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR	i
HALAMAN JUDUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1	Latar Belakang	1
1.2	Rumusan Masalah	3
1.3	Tujuan Penulisan	3
	1.3.1 Tujuan Umum	3
	1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4	Manfaat Penulisan	4
	1.4.1 Akademis	4
	1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat	5
1.5	Metode Penulisan	5
	1.5.1 Metode.....	6
	1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
	1.5.3 Sumber Data	6
	1.5.4 Studi Keputakaan	6
1.6	Sistematika Penulisan	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1	Konsep Skizofrenia	8
	2.3.1 Definisi Skizofrenia	8
	2.3.2 Etiologi Skizofrenia	9
	2.3.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia	10
	2.3.4 Penggolongan Skizofrenia	11
	2.3.5 Pengobatan Skizofrenia.....	15
2.2	Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	18
	2.1.1 Definisi Perilaku Kekerasan.....	18
	2.1.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan	18
	2.1.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan	19
	2.1.4 Etiologi	21
	2.1.5 Proses Terjadinya Marah	22
	2.1.6 Penatalaksanaan Medis	23
2.3	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Perilaku Kekerasan	24

2.2.1	Pengkajian	24
2.2.2	Pohon Masalah	26
2.2.3	Diagnosa Keperawatan	26
2.2.4	Rencana Tindakan Keperawatan	27
2.2.5	Implementasi Keperawatan	32
2.2.6	Evaluasi Keperawatan	34
2.4	Konsep Komunikasi Terapeutik.....	35
2.5	Konsep Stress Dan Adaptasi	41

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	43
3.1.1	Identitas Klien	43
3.1.2	Alasan Masuk	43
3.1.3	Faktor Predisposisi	44
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	44
3.1.5	Psikososial	45
3.1.6	Status Mental	47
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang	49
3.1.8	Mekanisme Koping	52
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan	52
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	52
3.1.11	Data Lain-lain	52
3.1.12	Aspek Medik	53
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan	53
3.1.14	Daftar Diagnosis Keperawatan	54
3.2	Pohon Masalah	55
3.3	Analisa Data	56
3.4	Rencana Keperawatan	57
3.5	Implementasi dan Evaluasi	63

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1	Pengkajian	67
4.2	Diagnosa Keperawatan	68
4.3	Rencana Keperawatan	69
4.4	Pelaksanaan	72
4.5	Evaluasi	75

BAB 5 PENUTUP

5.1	Kesimpulan	76
5.2	Saran	77

DAFTAR PUSTAKA	78
-----------------------------	-----------

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	48
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. M di Ruang Gelatik	49
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah.....	10
Gambar 2.2 Pohon Masalah	22
Gambar 3.1 Genogram.....	38
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku kekerasan	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	78
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....	81
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien.....	84
Lampiran 4 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien.....	87

DAFTAR SINGKATAN

CPZ	= Chlorpromazine
HLP	= Haloperidol
TUK	= Tujuan Khusus
TUM	= Tujuan Umum
SP	= Strategi Pelaksanaan
SST	= Sarjanan Sains Terapan
RS	= Rumah Sakit
RSJ	= Rumah Sakit Jiwa
DO	= Data Obyektif
Dr	= Doktor
DS	= Data Subyektif
kg	= Kilogram
Tn	= Tuan
mmHg	= Milimeter Hektogram
No	= Nomor
O	= Obyektif

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan hal yang dibutuhkan oleh setiap orang untuk menghasilkan manusia yang berkualitas dan terbebas dari gangguan jiwa. Menurut *World Health Organization (WHO)*, kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang terbebas dari gangguan jiwa, dan memiliki sikap positif untuk menggambarkan tentang kedewasaan serta kepribadiannya. Gangguan jiwa merupakan respon maladaptif individu berupa perubahan pada fungsi psikologis atau perilaku yang menyebabkan timbulnya penderitaan dan hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya. Menurut Stuart (2013) dalam jurnal penelitian Yati (2018), gangguan jiwa merupakan pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu yang menyebabkan distres, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Sedangkan menurut Rasmun (2014) dalam jurnal penelitian Yati (2018).

Di Indonesia sendiri menurut data Riskesdas (2017) menunjukkan total jumlah keseluruhan untuk gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala – gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau sekitar 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan total jumlah keseluruhan gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk. Jumlah ini cukup besar, artinya 50 juta atau sekitar 25 % dari jumlah penduduk indonesia mengalami gangguan

kesehatan jiwa dengan jumlah total keseluruhan tertinggi ditempati provinsi Aceh dengan angka 2,7 jiwa. Menurut data Riskesdas tahun 2013, provinsi Jawa Timur menunjukkan angka 2,2 jiwa berdasarkan data jumlah penduduk Jawa Timur yaitu 38.005.413 jiwa, maka dapat disimpulkan 83.612 jiwa yang mengalami gangguan jiwa di provinsi Jawa Timur.

Berdasarkan hasil pencatatan hasil penelitian data Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada klien rawat inap total keseluruhan pasien 1.299, halusinasi 47,5%, isolasi social 12,62%, perilaku kekerasan 22,02%, harga diri rendah 8,31%, defisit perawatan diri 4,06%, sedangkan waham 2,32%, bunuh diri 0,76%, dan gangguan citra tubuh 2,05%. Pada data tersebut didapatkan bahwa diagnosa Skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur menempati posisi ke 2 dari 8 besar penyakit yang membebankan di seluruh dunia.

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan. Respons tersebut biasanya muncul akibat adanya stressor. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik bagi diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. (Budi Anna Keliat, 2011). Menurut teori Nanda- I (2012) faktor risiko yang dapat terjadi pada pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan adalah perilaku kekerasan terhadap orang lain, risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan, perawat dapat melakukan membina hubungan saling percaya,

membantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda dan gejala yang di rasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat yang ditimbulkan. Bantu klien mengendalikan perilaku kekerasan (Keliat & Akemat, 2014).

1.2 Rumusan Masalah

untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut "Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.?"

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Pada Tn. M Dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Pada Tn. M Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa Keperawatan Jiwa Masalah Utama Pada Tn. M Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic*

Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa Pada Tn. M Dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa timur.
4. Melaksanakan tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. M Dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *Catatonic Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat Penelitian

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

1.4.1 Akademis

Merupakan penambahan asuhan keperawatan tentang bagaimana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah perilaku kekerasan.

1.4.2 Dari segi praktis,tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini,untuk menambah pengetahuan dan dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah 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 perilaku kekerasan.

- c. Bagi profesi kesehatan

Untuk menambah ilmu pengetahuan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. m dengan diagnosa medis *Catatonic Schizoprenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi literatur/kepuustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan

langkah – langkah yaitu: pengakajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil / diperoleh melalui percakapan dengan klien dan tenaga kesehatan lain.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien.

2. Data sekunder

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

1.5.4 Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa utama Perilaku kekerasan, serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, proses terjadinya, etiologi dan cara penanganan secara keperawatan. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada perilaku kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Disebutkan pada artikel Skizofrenia indonesia yang ditinjau Dr. S F Hung, Kepala Eksekutif Rumah Sakit, Rumah Sakit Kwai Chung dalam Hospital Authority bahwa Skizofrenia merupakan penyakit mental yang serius. Penyakit ini disebabkan oleh gangguan konsentrasi neurotransmitter otak, perubahan reseptor sel-sel otak, dan kelainan otak struktural, dan bukan karena alasan psikologis. Pasien akan memiliki pemikiran, perasaan, emosi, ucapan, dan perilaku yang tidak normal, yang memengaruhi kehidupan, pekerjaan, kegiatan sosial, dan kemampuan untuk mengurus diri mereka sehari-hari.

Skizofrenia adalah gangguan mental berulang yang ditandai dengan kemunduran fungsi sosial, fungsi kerja serta perawatan diri. Skizofrenia merupakan sindrom dengan penyebab yang bervariasi dan pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dari pikiran dan persepsi serta afek

yang tidak wajar atau tumpul. (Ikky Nabila Nandinanti, Jurnal Kesehatan Andalas., 2015)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Disebutkan dalam Nanda NIC NOC, (2015) Faktor penyebab skizofrenia

1. Keturunan

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8% bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak-anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 40-68%, kembar 2 telur 2-15% dan kembar satu telur 61-86%

2. Metabolisme

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

3. Susunan Saraf Pusat

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

4. Teori 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 reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

5. Teori Sigmund Freud
 - a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
 - b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan
 - c. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Gejala menurut (Bleuler dalam Nanda NIC NOC, 2015).

1. Gejala Primer
 - a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
 - b. Gangguan Afek Emosi
 - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - 2) Paramimi dan paratimi
 - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
Emosi berlebihan
 - 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
 - c. Gangguan Kemauan
 - 1) Terjadi kelemahan kemauan

- 2) Perilaku negativisme atau permintaan
- 3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

d. Gangguan Psikomotor

- 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
- 2) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
- 3) Echolalia dan Echopraxi

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ III, yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
 - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
 - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.

- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
 - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
 - g. Afek dangkal (shallow) dan tidak wajar (in appropriate), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
 - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
 - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
 - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
 - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
 - f. Rigiditas (kaku).
 - g. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

- h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak

mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.

- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat dementia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

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

8. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia *chenesthopathic* (terdapat suatu perasaan yang tidak nyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

9. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

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

2.1.5 Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan Skizofrenia menurut

1. Antipsikotik

Menurut Osser et al., 2013 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. Penggunaan Antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salah satunya skizofrenia. Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

a. Anti Psikotik Generasi pertama

Menurut Chisholm-Burns et al., 2016 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblok reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65% hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak.

b. Anti Psikotik Generasi Kedua

Menurut Chisholm-Burns et al., 2016 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. Antipsikotik generasi kedua, seperti risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidon aripiprazol, paliperidone, iloperidone, asenapine, lurasidone dan klopazin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin. Sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi Kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Penelitian oleh Morrison et al., 2014 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., Interpretasi hasil penelitian menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

b. *Social Skill Training*

Penelitian oleh Shimada et al., 2013 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan oleh Kern et al.,

2009 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., yang menyatakan bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penderita skizofrenia.

c. PANSS

Menurut Sadock, 2010 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. PANSS digunakan pada pasien rawat inap skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil. Keterbatasan PANSS terletak pada hasil skor yang mungkin dipengaruhi oleh faktor lain selain intervensi yang diberikan yang dapat menyebabkan hasil skor menjadi bias.

d. LAI (Long-acting Injectable)

Farmakoterapi, baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Penelitian oleh Schreiner et al. 2017 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone dan paliperidone extendedrelease) menjadi paliperidone palmitat 1x selama 1 bulan

memberikan respon dan tolerabilitas yang baik. LAI menawarkan efek terapeutik jangka panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat dan jadwal pengobatan.

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.2 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. (Damayanti M & Iskandar, 2012)

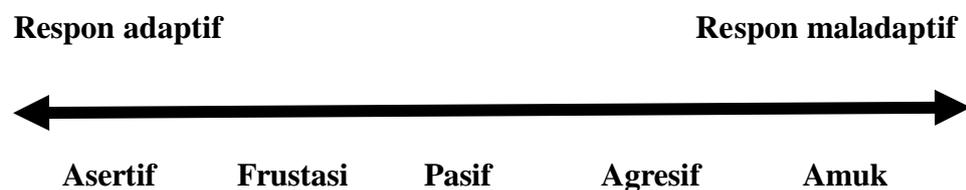
Perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis. (Yosep, 2011)

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. (Prastya & Pratiwi, 2017)

2.2.3 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Rentang respon marah menurut Yosep I, (2011) dalam naskah publikasi ilmiah Faishal Dwi Prastya, 2017, pada pasien perilaku kekerasan merupakan status 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 sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 : Rentang respon marah (Yosep I (2011))

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

2.2.4 Tanda dan Gejala

Dalam buku Model Praktik Klinik Keperawatan Jiwa AIPVIKI (2018), terdapat data mayor dan minor yang akan terjadi pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

Data Mayor:

1. Subjektif
 - a. Mengancam

- b. Mengumpat
 - c. Bicara keras dan kasar
2. Objektif
- a. Agitasi
 - b. Meninju
 - c. Menusuk/melukai dengan senjata tajam
 - d. Memukul kepala sendiri
 - e. Membentur-benturkan kepala ke dinding
 - f. Membanting
 - g. Melempar
 - h. Mendobrak pintu
 - i. Merusak alat tenun
 - j. Berteriak-teriak

Data Minor:

1. Subjektif
- a. Mengatakan ada yang mengejek, mengancam
 - b. Mendengar suara yang menjelekan
 - c. Merasa orang lain mengancam dirinya
 - d. Mengeluh kesal & marah dengan orang lain
2. Objektif
- a. Menjauh dari orang lain
 - b. Katatonia
 - c. Muka tegang
 - d. Mata melotot

- e. Mondar-mandir

2.2.5 Etiologi

1. Faktor predisposisi

Menurut Keliat, 1996 dalam buku Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi, 2015. Faktor pengalaman yang dialami tiap orang yang merupakan faktor predisposisi, artinya mungkin terjadi atau tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu:

a. Psikologis

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. Masa kecil yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau sanksi penganiayaan.

b. Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

c. Sosial budaya

Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima.

d. Bioneurologis

Banyak bahwa kerusakan sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai (pekerjaan) dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi sosial yang provokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan.

3. Penilaian terhadap stressor

Penilaian stressor melibatkan makna dan pemahaman dampak dari situasi stress bagi individu itu mencakup kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respon sosial. Penilaian adalah evaluasi tentang pentingnya sebuah peristiwa dalam kaitannya dengan kesejahteraan seseorang. Stressor mengasumsikan makna, intensitas, dan pentingnya sebagai konsekuensi dari interpretasi yang unik dan makna yang diberikan kepada orang yang beresiko.

2.2.6 Proses Terjadinya Marah

Kemarahan adalah suatu perasaan atau emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman. Pengungkapan marah yang konstruktif dapat membuat perasaan lega. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan fisik. Sedangkan marah tidak harus memiliki tujuan khusus. Marah lebih merujuk kepada suatu perangkat

perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah. Respon marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang.

Menurut Jurnal penelitian Heri Setiawan, 2015, Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Volavka & Citrome, 2011). Apabila perasaan marah diekspresikan 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, Fitryasari & Nihayati 2015).

2.2.7 Penatalaksanaan Medis

1. Farmakoterapi

- a. Obat anti psikosis, phenotizin (CPZ atau HLP)
- b. Obat anti depresi, amitriptyline
- c. Obat anti ansietas, diazepam, bromozepam, clobozam
- d. Obat anti insomnia, phenobarbital

2. Terapi Aktivitas Kelompok

Pemberian terapi kelompok suportif berdampak respon perilaku yang cukup besar. Terapi kelompok suportif merupakan salah satu jenis terapi kelompok untuk merubah perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan-tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan klien. Gambaran perilaku yang akan

dipelajari, mempelajari perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi, role play yaitu mempraktekkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik dan mengaplikasikan perilaku baru dalam situasi nyata.

2..3 Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Keliat, dan Akemat, 2019. Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga yang professional.

Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

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

Pengkajian Perilaku Kekerasan dapat ditemukan data fokus menurut buku Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa, 2014, yaitu:

A. Faktor Predisposisi

1. Aniaya fisik
2. Aniaya seksual
3. Penolakan
4. Kekerasan dalam keluarga
5. Tindakan kriminal

Tanyakan pada klien apakah klien pernah melakukan, mengalami, atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan apakah klien sebagai pelaku, korban, dan/atau saksi mata.

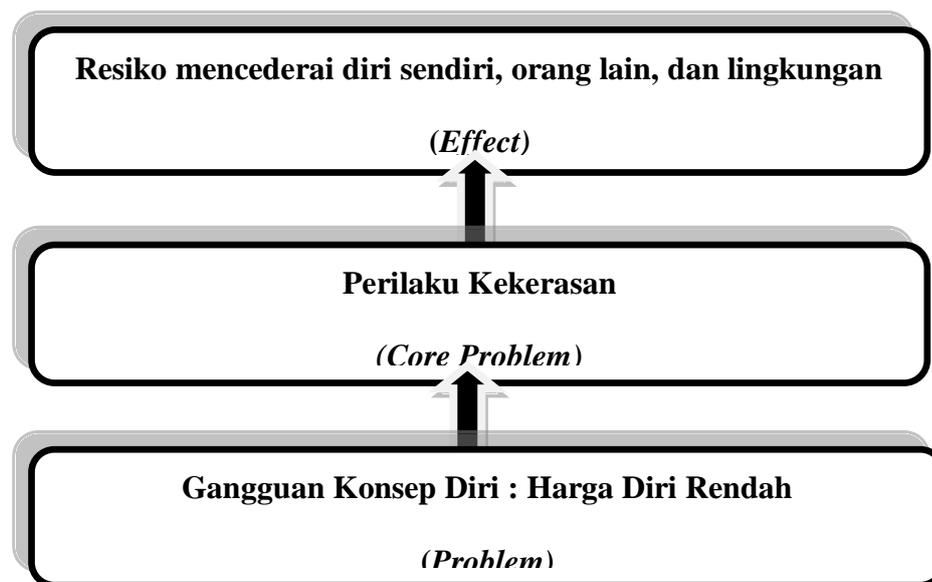
B. Status Mental

1. Aktivitas Motorik
 - a. Lesu, tegang, gelisah yang tampak jelas
 - b. Agitasi (gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan)
 - c. Tik (gerakan-gerakan kecil yang tidak terkontrol pada otot muka)
 - d. Grisemen (gerakan otot muka yang berubah-ubah dan tidak dapat dikontrol oleh klien)
 - e. Tremor (jari-jari tanpa gemetar ketika klien mengulurkan tangan dan merentangkan jari-jari)
 - f. Kompulsif (kegiatan yang dilakuakn berulang-ulang, seperti beruang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.)
 - g. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak atercantum.

2. Interaksi Selama Wawancara

- a. Bermusuhan, tidak kooperatif dan mudah tersinggung teah tampak jelas
- b. Kontak mata kurang (tidak mau menatap lawan bicara)
- c. Defensif (selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya)
- d. Curiga (menunjukkan sikap atau perasaan tidak percaya pada orang lain).

2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2.2 : Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Yusuf, A, Fitryasari & Nihayati 2015)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.

2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah kronis
3. Gangguan pemeliharaan kesehatan berhubungan dengan deficit perawatan diri mandi dan berhias
4. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat klien di rumah

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut Kelliat, 2019 dalam bukunya, Asuhan Keperawatan Jiwa, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tujuan Umum
Klien dapat melanjutkan hubungan peran sesuai dengan tanggung jawab
2. Tujuan Khusus
 - a. TUK I : Klien dapat membina hubungan saling percaya
 - 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien mau membalas salam
 - b.) Klien mau berjabat tangan
 - c.) Klien mau menyebutkan nama
 - d.) Klien mau kontak mata
 - e.) Klien mau mengetahui nama perawat
 - f.) Klien mau menyediakan waktu untuk kontak
 - 2.) Intervensi
 - a.) beri salam dan panggil nama klien
 - b.) Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan

- c.) Jelaskan maksud hubungan interaksi
 - d.) Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat
 - e.) Beri rasa aman dan sikap empati
 - f.) Lakukan kontak singkat tapi sering
- b. TUK II : Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 1.) Kriteria Evauasi
 - a.) Klien dapat mengungkapkan perasaannya
 - b.) Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/jengkel (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan)
 - 2.) Intervensi
 - a.) Beri kesempatan mengungkapkan perasaannya
 - b.) Bantu klien mengungkap perasaannya
- c. TUK III : Kien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah ataaau jengkel
 - b.) Klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami
 - 2.) Intervensi
 - a.) Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami saat marah/jengkel
 - b.) Observasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada klien

- c.) Simpulkan bersama klien tanda-tanda klien saat jengkel/marah yang dialami
- d. TUK IV : Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
 - 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang dilakukan
 - b.) Klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang dilakukan
 - c.) Klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyelesaikan masalah atau tidak
 - 2.) Intervensi
 - a.) Anjurkan klien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien
 - b.) Bantu klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
 - c.) Bicarakan dengan klien apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai
- e. TUK V : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
 - 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien dapat mengungkapkan akibat dari cara yang dilakukan klien
 - 2.) Intervensi
 - a.) Bicarakan akibat kerugian dari cara yang dilakukan klien

- b.) Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang dilakukan oleh klien
 - c.) Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat
- f. TUK VI : Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan secara konstruktif
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien dapat melakukan cara berespn terhadap kemarahan secara konstruktif
 - 2.) Intervensi
 - a.) Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari car baru
 - b.) Beri pujian jika klien menemukan cara yang sehat
 - c.) Diskusikan dengan klien mengenai cara laiN
- g. TUK VII : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan
 - Fisik : olahraga dan menyiram tanaman
 - Verbal : mengatakan secra langsung dan tidak menyakiti
 - Spiritual : sembahyang, berdoa/ibdah yang lain
 - 2.) Intervensi
 - a.) Bantu klien memilih cara yang tepat untuk klien
 - b.) Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
 - c.) Bantu klien menstimulasi cara tersebut

- d.) Berikan reinforcement positif atas keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut
 - e.) Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipilihnya jika ia sedang kesal/jengkel
- h. TUK VIII : Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Keluarga klien dapat menyebutkan cara merawat klien yang berperilaku kekerasan
 - b.) Keluarga klien merasa puas dalam merawat klien
 - 2.) Intervensi
 - a.) Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini
 - b.) Jelaskan peran serta keluarga dalam perawatan klien
 - c.) Jelaskan cara merawat klien
 - d.) Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien
 - e.) Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi
- i. TUK IX : Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program pengobatan)
- 1.) Kriteria Evaluasi
 - a.) Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya
 - b.) Klien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan

2.) Intervensi

- a.) Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien
- b.) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa izin dokter

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Menurut buku Model Praktek Keperawatan AIPVIKI, Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan dapat dilakukan SP pada pasien dan keluarga :

1. Strategi Pelakasanaan Pasien:

a. SP 1

- 1.) Mengidentifikasi penyebab PK
- 2.) Mengidentifikasi tanda dan gejala PK
- 3.) Mengidentifikasi PK yang dilakuakn
- 4.) Mengidentifikasi akibat PK
- 5.) Menyebutkan cara mengontrol PK
- 6.) Membantu pasien mempratekkan latihan cara fisik 1: Nafas Dalam
- 7.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

b. SP 2

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik 2: pukul bantal/Kasur
- 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

c. SP 3

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal:
meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif
- 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

d. SP 4

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual
- 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

e. SP 5

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan/meminum
obat
- 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

2. Strategi Pelaksanaan Keluarga

a. SP 1

- 1.) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat
pasien
- 2.) Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya
PK
- 3.) Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK

b. SP 2

- 1.) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK

2.) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien
PK

c. SP 3

- 1.) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)
- 2.) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

2.3.6 Evaluasi

1. Pasien diharapkan mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
2. Pasien diharapkan mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi
 - a. Secara fisik
 - b. Secara sosial/verbal
 - c. Secara spiritual

2.4 Konsep Komunikasi Teraupetik

2.4.1 Definisi Komunikasi Teraupetik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan klien yang dilakukan secara sadar ketika perawat dan klien saling memengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah klien serta memperbaiki pengalaman emosional klien yang pada akhirnya mencapai kesembuhan klien (Anjaswarni, 2016).

2.4.2 Tujuan Komunikasi Teraupetik

Berdasarkan definisi komunikasi terapeutik, berikut ini tujuan dari komunikasi terapeutik (Anjaswarni, 2016).

1. Membantu mengatasi masalah klien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran.
2. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk klien/pasien.
3. Memperbaiki pengalaman emosional klien.
4. Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan.

2.4.3 Manfaat Komunikasi Teraupetik

Menurut Anjaswarni (2016) mengungkapkan bahwa komunikasi terapeutik memiliki manfaat yang sangat berdampak bagi perawat dan klien, adapun manfaat yang diberikan yaitu:

1. Merupakan sarana terbinanya hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan.
2. Mengetahui perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien.
3. Mengetahui keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.
4. Sebagai tolok ukur kepuasan pasien dan keluhan tindakan dan rehabilitasi.

2.4.4 Teknik Komunikasi Teraupetik

Menurut Sarfika et al (2018) dalam komunikasi teraupetik perawat harus dituntut memiliki teknik dalam menjalankan komunikasi bersama klien. Pelaksanaan setiap komunikasi terapeutik dengan teknik yang baik dan benar dapat mendorong pasien halusinasi pendengaran mau berinteraksi.

1. Mendengarkan

Informasi yang disampaikan oleh klien dengan penuh empati dan perhatian. Ini dapat ditunjukkan dengan memandang kearah klien selama berbicara, menjaga, kontak pandang yang menunjukkan keingintahuan, dan menganggukan kepala pada saat berbicara tentang hal yang dirasakan penting atau memerlukan umpan balik.

2. Menunjukkan penerimaan

Menerima bukan berarti menyetujui, melainkan bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan sikap ragu atau penolakan. Untuk menunjukkan sikap penerimaan sebaiknya perawat menanggukkan kepala dalam merespon pembicaraan klien.

3. Mengulang pernyataan klien

Perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya mendapatkan respon dan berharap komunikasi dapat berlanjut. Menggulang pokok pikiran klien menunjukan indikasi bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.

4. Klarifikasi

Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.

5. Memfokuskan Pembicaraan

Tujuan penerapan metode ini untuk membatasi materi pembicaraan agar lebih spesifik dan mudah dimengerti. Perawat tidak perlu menyela pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah penting kecuali apabila tidak membuahkan informasi baru.

6. Menyampaikan Hasil

Pengamatan Perawat perlu menyampaikan hasil pengamatan terhadap klien untuk mengetahui bahwa pesan dapat tersampaikan dengan baik. Dengan demikian akan menjadikan klien berkomunikasi dengan lebih baik dan terfokus pada permasalahan yang sedang dibicarakan.

7. Menawarkan Informasi

Penghayatan kondisi klien akan lebih baik apabila ia mendapat informasi yang cukup dari perawat. Perawat dimungkinkan untuk memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan, bukan menasihatinya.

8. Menunjukkan Penghargaan

Menunjukkan penghargaan dapat dinyatakan dengan mengucapkan salam kepada klien, terlebih disertai menyebutkan namanya. Dengan demikian klien merasa keberadaannya dihargai.

9. Refleksi

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya. Dengan demikian perawat mengidentifikasi bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mengemukakan pendapatnya, untuk membuat keputusan, dan memikirkan dirinya sendiri (Sarfika et al., 2018).

2.4.5 Tahapan Komunikasi Teraupetik

1. Tahap pre-interaksi Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien. Tugas perawat pada tahap ini, yaitu:
 - a. Mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya
 - b. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
 - c. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi.
 - d. Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien.
2. Tahap orientasi. Tahap ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan klien. Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membantu hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Tugas-tugas perawat pada tahap ini adalah:
 - a. Membantu hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.
 - b. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
 - c. Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.

- d. Merumuskan tujuan dengan klien.
3. Tahap kerja. Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah diterapkan. Teknik komunikasi yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.
 4. Tahap terminasi. Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang. Perawat dan klien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dibagi 2 yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh. Tugas perawat pada fase ini:
 - a. Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif.
 - b. Melakukan evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
 - c. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
 - d. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan. (Anjaswarni, 2016).

2.4.6 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Teraupetik

Menurut Anjaswarni (2016) berhasilnya pencapaian tujuan dari suatu komunikasi sangat tergantung dari faktor-faktor memengaruhi sebagai berikut.

1. Spesifikasi tujuan komunikasi agar komunikasi akan berhasil jika tujuan telah direncanakan dengan jelas.
2. Lingkungan nyaman. Lingkungan yang dapat melindungi privasi akan memungkinkan komunikan dan komunikator saling terbuka dan bebas untuk mencapai tujuan.
3. Privasi (terpeliharanya privasi kedua belah pihak). Kemampuan komunikator dan komunikan untuk menyimpan privasi masing-masing lawan bicara serta dapat menumbuhkan hubungan saling percaya yang menjadi kunci efektivitas komunikasi.
4. Percaya diri. Kepercayaan diri masing-masing komunikator dan komunikan dalam komunikasi dapat menstimulasi keberanian untuk menyampaikan pendapat sehingga komunikasi efektif.
5. Berfokus kepada klien. Komunikasi terapeutik dapat mencapai tujuan jika komunikasi diarahkan dan berfokus pada apa yang dibutuhkan klien. Segala upaya yang dilakukan perawat adalah memenuhi kebutuhan klien.
6. Stimulus yang optimal adalah penggunaan dan pemilihan komunikasi yang tepat sebagai stimulus untuk tercapainya komunikasi terapeutik.
7. Mempertahankan jarak personal. Jarak komunikasi yang nyaman untuk terjalinnya komunikasi yang efektif harus diperhatikan perawat. Jarak untuk terjalinnya komunikasi terapeutik adalah satu lengan (± 40 cm). Jarak

komunikasi ini berbeda-beda tergantung pada keyakinan (agama), budaya, dan strata sosial.

2.5 Konsep Stress dan Adaptasi

2.5.1 Definisi Stres dan Adaptasi

Stres merupakan reaksi tertentu yang muncul pada tubuh yang bisa disebabkan oleh berbagai tuntutan, misalnya ketika manusia menghadapi tantangan yang penting, ketika dihadapkan pada ancaman, atau ketika harus berusaha mengatasi harapan-harapan yang tidak realistis dari lingkungannya (Muhith, 2015).

Adaptasi merupakan suatu proses perubahan yang menyertai individu dalam merespon terhadap perubahan yang ada di lingkungan dan dapat mempengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis yang akan menghasilkan perilaku adaptif (Muhith, 2015).

2.5.2 Sumber Stres

Menurut Maramis (1999) dalam Muhith (2015), sumber stres yaitu, frustrasi, konflik, dan tekanan. Pada fase frustrasi (*frustration*) terjadi ketika kebutuhan pribadi terhalangi dan seseorang gagal dalam mencapai tujuan yang diinginkannya. Frustrasi dapat terjadi sebagai akibat dari keterlambatan, kegagalan, kehilangan, kurangnya sumber daya, atau diskriminasi. Konflik (*conflicts*), terjadi karena tidak bisa memilih antara dua atau lebih macam keinginan, kebutuhan atau tujuan. Tekanan (*pressure*), didefinisikan sebagai stimulus yang menempatkan individu dalam posisi untuk mempercepat, meningkatkan kinerjanya, atau mengubah perilakunya. Tipe yang keempat adalah perubahan (*changes*), tipe sumber stres yang keempat ini seperti halnya yang ada

di seluruh tahap kehidupan, tetapi tidak dianggap penuh tekanan sampai mengganggu kehidupan seseorang baik secara positif maupun negatif. *Self-Imposed* merupakan sumber stres yang berasal dalam sistem keyakinan pribadi pada seseorang, bukan dari lingkungan (Muhith, 2015).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 07 s.d 09 Mei 2021 dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Ruangan Rawat: Ruang Jiwa Gelatik Tanggal Dirawat/ MRS: 28-04-2021

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah Tn. M dengan no. RM 3523xxxx seorang laki laki berusia 34 tahun beragama islam berasal dari Tuban. Pasien adalah anak ke 1 dari 3 bersaudara, tinggal bersama dengan ibu dan ke 2 adiknya , ayahnya sudah meninggal ketika pasien berusia 19 tahun. pendidikan terakhir pasien adalah SMP dan belum menikah.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien mulai mengalami gangguan kejiwaan sejak usia 28 tahun, alasan pasien masuk rumah sakit awalnya marah- marah dipinggir jalan kemudian oleh adik ipar dipinggirkan namun pasien malah marah dan memukul kepala adik ipar. pasien sudah sering marah- marah sejak 2 tahun terakhir. marah- marah jika ada hal tidak enak dihatinya. Selama 6 bulan terakhir pasien sering keluyuran ke kuburan mengatakan mencari wangsit atau batu akik, keluyuran saat tengah malam dan kembali ke rumah subuh.

Keluhan utama: pasien sering mondar- mandir, bicara ngelantur dan saat di ruangan pasien terkadang mengancam, tangan memgepal dan pasien terlihat labil.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya namun hanya dilakukan perawatan dirumah dan dipuskesmas.
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien sudah tidak minum obat selama 4 tahun.
3. Pasien mengatakan pernah melakukan aniaya fisik terhadap keluarganya, dan pada anak kecil, dari catatan file pasien didapatkan informasi bahwa pasien pernah memukuli tetangganya karena tetangganya melihat pasien kemudian pasien merasa bahwa tetangga tersebut sedang menantang nya .

Masalah Keperawatan: Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain Dan Lingkungan.

4. Dalam rekam medis pasien didapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat perilaku kekerasan.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pasien berbicara melantur ketika ditanyai apakah ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital

Tekanan darah: 130/90 mmHg

Nadi: 99x/ menit

Suhu: 36,9⁰C

Pernafasan: 20x/ menit

2. Ukur

Tinggi badan: 163,5 cm

Berat badan : 45 kg

3. Keluhan Fisik

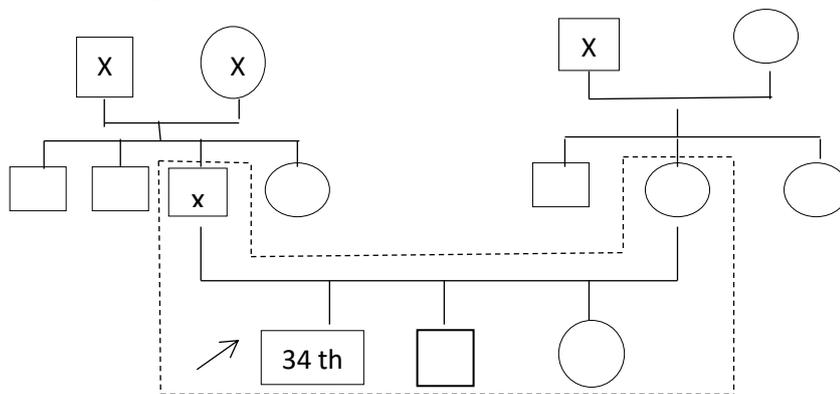
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

Jelaskan : Saat dikaji pasien tidak mengeluh sakit dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

3.1.4 Psikososial

1. Genogram



Keterangan:



: Laki-Laki



: Perempuan



: Meninggal



: Pasien



: Tinggal Satu Rumah

Gambar 3.1 Genogram Tn.M

Pasien tinggal serumah dengan ibu , kedua adiknya dan adik iparnya. Tidak ditemukan adanya riwayat gangguan jiwa pada keluarganya.

2. Konsep diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan suka bagian tangan karena tangan bisa untuk memijat orang sehingga bisa menyembuhkan orang lain.

b. Identitas

Pasien mengatakan dirinya laki-laki berumur 34 tahun.

c. Peran

Pasien dalam keluarga berperan sebagai anak dan tidak bekerja

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang agar bisa mengikuti pengajian lagi seperti sebelum masuk rumah sakit jiwa.

e. Harga diri

Pasien mengatakan tidak berguna di keluarganya karena pasien hanya pengangguran

Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri : HDR

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya, karena ibunya selalu membela dia.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan di RS tetapi tidak mempunyai kegiatan sosial apapun di rumah, saat ditanya kenapa, pasien hanya menjawab malu.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Jika orang lain tidak sesuai dengan keinginan pasien, pasien akan mengumpat.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seseorang muslim.

b. Kegiatan ibadah

Pasien sering mengikuti kegiatan ibadah di dalam rumah sakit seperti berdoa bersama untuk makan, tetapi jarang melakukan ibadah sholat karena merasa tidak suci.

Masalah keperawatan : Distress Spiritual

3.1.5 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian pasien tampak rapi, rambut rapi, kuku bersih

Masalah keperawat : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji mengenai kenapa dia di bawa ke rumah sakit jiwa, pasien mengatakan kata adiknya dia gila dan marah marah dipinggir jalan.

Masalah keperawatan : Hambatan Komunikasi verbal.

3. Aktivitas Motorik

Pasien sering diam, saat ditanya pasien hanya menjawab ingin pulang.

Masalah keperawatan : Ansietas

4. Alam Perasaan

Pasien mengatakan bahwa dirinya sedih karena tidak bisa berkumpul dengan ibunya, terkadang pasien juga gaduh dan gelisah.

Masalah keperawatan : Ansietas

5. Afek:

Afek pasien labil, pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien emosinya sering berubah-ubah

Masalah keperawatan : Perubahan proses pikir

6. Interaksi selama wawancara:

Pasien dapat menjawab pertanyaan yang di ajukan perawat walaupun terkadang melantur

Masalah keperawatan : Hambatan Komunikasi Verbal

7. Persepsi halusinasi

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, penglihatan, pembauan, perabaan maupun pengecapan.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

8. Proses pikir

Pengulangan pembicaraan/perseverasi, pasien baru menjawab pertanyaan setelah diulangi beberapa kali.

Masalah keperawatan : Perubahan Proses Pikir.

9. Isi Pikir

pasien memiliki gangguan isi pikir seperti : pikiran yang magis.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran

Pasien sadar kalau saat ini dirinya sedang berada dirumah sakit jiwa, pasien mampu menyebutkan waktu, tempat, dan sebagian nama orang yang dikenalnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

11. Memori

Pasien mampu menyebutkan nama kedua adiknya, bahkan pasien mampu mengingat nama perawat ruangan, serta bapak alunya sebelum dibawa ke rumah sakit jiwa menur.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan, perkalian, pengurangan, dan pembagian, pasien mudah beralih dari satu objek ke objek lain.

Masalah keperawatan : Perubahan proses pikir.

13. Kemampuan Penilaian

Saat pasien ditanya mengenai lebih memilih makan dahulu atau mandi dahulu pasien mengatakan mandi dulu baru makan. Dan pasien tidak ada gangguan kemampuan penilaian bermakna.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

14. Daya Tilik Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya dirawat diRumah Sakit Jiwa Menur karena maraha marah, dan pasien menerima penyakitnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

3.1.6 Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

Pasien mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

b. Kegiatan hidup sehari-hari

1) Perawatan Diri :

Pasien mengatakan bahwa pasien mandi, kebersihan, makan, BAB/BAK dan ganti pakaian mandiri

Jelaskan : Pasien mampu melakukannya sendiri atau secara mandiri. Saat observasi pasien mengenakan pakaian dengan sesuai dan rambut tertata rapi.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

2) Nutrisi

- | | |
|---|-------|
| a. Apakah anda puas dengan pola makan anda? | Ya |
| b. Apakah anda makan memisahkan diri? | tidak |

Jelaskan : pasien merasa kenyang saat setelah makan.

- c. Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
- d. Frekuensi udapan sehari 1 kali sehari
- e. Nafsu makan berlebih
- f. BB tertinggi 58 kg BB terendah 43 kg
- g. Diet Khusus : pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

3) **Tidur**

Tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur dan pasien memiliki kebiasaan tidur siang. Saat tidur malam pasien mengatakan tidur jam 21.00 malam sampai dengan jam 06.00 pagi. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 13.00 sampai dengan 15.00. Pasien mengatakan tidak mengalami sulit tidur, bangun terlalu pagi, terbangun saat tidur, gelisah saat tidur, dan berbicara saat tidur.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

c. **Kemampuan pasien dalam**

Pasien mampu mengantisipasi kebutuhan diri sendiri dan membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri. Pasien belum mampu untuk mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan.

Masalah keperawatan : Gangguan Proses Pikir

d. **Pasien memiliki sistem pendukung**

Pasien mengatakan ibunyalah yang paling berarti dalam hidupnya dan adiknya yang menjadi tulang punggung keluarga.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak efektif.

e. **Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi:**

Pasien mengatakan bahwa dia dulu sempat mencari uang dengan cara mencari barang bekas . Dari catatan pasien didapatkan informasi bahwa adik- adiknya yang menggantikan mencari uang dan membantu ibunya disawah, karena dulu kakaknya sempat mencari barang bekas tapi hanya dikumpulkan tidak dijual.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak efektif.

3.1.7 Mekanisme Koping

Saat ada masalah pasien biasanya selalu marah-marah dan terkadang ingin memukul orang.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak efektif.

3.1.8 Masalah Psikososial dan Lingkungan

- a. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok
- b. Pasien Nampak terlihat memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya
- c. Pasien tidak ada masalah dengan pendidikannya
- d. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pekerjaannya
- e. Pasien mengatakan semua anggota keluarga dirumah baik tidak ada masalah
- f. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan dalam keluarga.
- g. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat kambuh
- h. Masalah lainnya, spesifik : pasien mengatakan dia marah dan jengkel saat dia di ejek dan langsung memukul orang.

Masalah keperawatan : Perilaku Kekerasan.

3.1.9 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat dikaji tentang penyakit jiwa serta obat- obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tahu.

Masalah keperawatan : Kurangnya Pengetahuan Tentang Penyakit.

3.1.10 Data Lain-lain :

Hasil lab pada tanggal 29-04-2021

SGOT	117 U/L	76-110 U/L
SGPT	80 U/L	0-35 U/L
BUN	12 mg/dl	10-24 mg/dl
CREATININ	0,9 mg/dl	0,5-1,5 mg/dl

3.1.11 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia katatonik

Terapi Medik :

Abilify 10 mg (0-1-0) (antipsikotik atipikal)

Hexymer 2 mg (1-0-1) (meningkatkan kendali otot dan kekakuan)

Depacote 500 mg (1-0-1) (untuk meredakan migrain atau gangguan mood)

Merlopam 2 mg (0-0-1) (untuk mengatasi gangguan kecemasan)

3.1.12 Daftar Masalah keperawatan

- a. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
- b. Gangguan konsep diri : HDR
- c. Isolasi Sosial
- d. Distress Spiritual
- e. Hambatan Komunikasi Verbal
- f. Ansietas
- g. Perubahan Proses Pikir
- h. Koping Individu Tidak efektif
- i. Perilaku Kekerasan
- j. Kurangnya Pengetahuan Tentang Penyakit

3.1.13 Diagnosa Keperawatan

Dari permasalahan yang ada terdapat beberapa diagnosa yang muncul, tetapi pada kesempatan kali ini penulis akan membahas tentang Perilaku Kekerasan.

Surabaya, 07 Juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Agnes', written in a cursive style with a horizontal line underneath.

Agnes Putri Andaresta

3.2. Pohon Masalah

Akibat: Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan



Masalah Utama: Perilaku Kekerasan



Penyebab: Koping individu tidak efektif

**Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan
pada Tn "M"**

3.3 Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data pada klien perilaku kekerasan

Nama : Tn. M NIRM : 3523XXXX RUANGAN : GELATIK

HARI/ TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	TT Perawat
Kamis, 07 Mei 2021	<p>DS : Pasien mengatakan alasanya dibawa ke rumah sakit jiwa karena karena ia selalu marah-marah tidak jelas sampai memukul adik iparnya.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sering jalan mondar-mandir sambil berbicara melantur 2. Pasien terkadang mengancam dengan mengepalkan tangan 3. Saat di gangu teman sekamarnya, pasien langsung marah-marah 	<p>Akibat: Resiko Mencederai Diri sendiri, Orang lain, Lingkungan</p> <p>↑</p> <p>Perilaku Kekerasan</p> <p>↑</p> <p>Penyebab: Koping individu tidak efektif</p>	Resiko Perilaku Kekerasan	
	<p>DS: pasien mengatakan dia marah dan jengkel saat dia di ejek dan langsung memukul orang</p> <p>DO: 1. Mengepal</p>		Perilaku Kekerasan	
	<p>DS: DO: Dari catatan pasien didapatkan informasi bahwa adik- adiknya yang menggantikan mencari uang dan membantu ibunya disawah, karena dulu kakaknya sempat mencari barang bekas tapi hanya dikumpulkan tidak dijual.</p>		Koping Individu Tidak Efektif	

			membina hubungan saling percaya.			
			2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan emosi (dari diri sendiri) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya. 2. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi. 	Dengan mengetahui penyebab perilaku kekerasan akan menentukan langkah intervensi selanjutnya.
			3. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengungkapkan perasaan marah. 2. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala emosi yang dialaminya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi. 2. Observasi tanda-tanda dan gejala perilaku kekerasan kepada klien. 3. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala marah yang dialami 	Dengan mengetahui tanda dan gejala perilaku kekerasan akan menentukan langkah intervensi selanjutnya.

			<p>4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. 2. Klien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. 3. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan bapakalah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien 2. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. 3. Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan bapakalahnya selesai. 	<p>Dengan mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.</p>
			<p>5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan oleh klien: <ol style="list-style-type: none"> a. Akibat pada klien sendiri b. Akibat pada orang lain c. Akibat pada lingkungan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan oleh klien 2. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh klien 3. Tanyakan kepada klien "Apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat." 	<p>Dengan Mengetahui akibat perilaku kekerasan klien dapat mengetahui akibatnya dan akan menentukan intervensi selanjutnya</p>

			<p>6. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tarik nafas dalam Pukul kasur dan bantal Dll: kegiatan fisik <p>2. Klien dapat mengidentifikasi cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien. Beri pujian atas kegiatan fisik klien yang biasa dilakukan. Diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu: tarik nafas dalam dan pukul kasur serta bantal <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan cara melakukan nafas dalam. Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam. Minta klien mengikuti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali. Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara menarik nafas dalam. Tanyakan perasaan klien setelah selesai. Anjurkan klien menggunakan 	<p>Agar klien dapat mengungkapkan marah tidak pada orang dan bisa mengontrol emosinya.</p>
--	--	--	--	--	--	--

				<p>3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya.</p> <p>4. Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun</p>	<p>cara yang telah dipelajari saat marah /jengkel.</p> <p>1. Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien.</p> <p>2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari.</p> <p>1. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan dengan mengisi jadwal kegiatan harian (<i>self-evaluation</i>).</p> <p>2. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan.</p> <p>3. Berikan pujian atas keberhasilan klien.</p> <p>4. Tanyakan kepada klien “apakah kegiatan cara pencegahan perilaku</p>	
--	--	--	--	---	--	--

					kekerasan dapat mengurangi perasaan marah”.	
			7. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan	<p>1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta dengan baik • Menolak dengan baik • Mengungkapkan perasaan dengan baik <p>2. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik.</p>	<p>1. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien.</p> <p>2. Beri contoh cara bicara yang baik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta dengan baik. • Menolak dengan baik. • Mengungkapkan perasaan dengan baik. <p>1. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta dengan baik “Saya minta uang untuk beli makan”. • Menolak dengan baik “Maaf, saya tidak bisa melakukan karena ada kegiatan lain. • Mengungkapkan perasaan 	

				<p>3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik.</p> <p>4. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai</p>	<p>dengan baik “Saya kesal karena permintaan saya tidak dikabulkan” disertai dengan suara nada rendah.</p> <p>2. Minta klien mengulang sendiri.</p> <p>3. Beri pujian atas keberhasilan klien.</p> <p>1. Diskusikan dengan klien tentang waktu dan kondisi cara bicara yang dapat dilatih di ruangan, misalnya : meminta obat, baju, dll; menolak ajakan merokok, tidur tidak tepat pada waktunya, menceritakan kekesalan pada perawat.</p> <p>2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari.</p> <p>1. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicara yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan (<i>self – evaluation</i>).</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				dengan jadwal yang telah disusun.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan 3. Berikan pujian atas keberhasilan klien. 4. Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaannya setelah latihan bicara yang baik? Apakah keinginan marah berkurang?”. 	
			8. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan. <ul style="list-style-type: none"> • Meminta dengan baik. • Menolak dengan baik. • Mengungkapkan perasaan dengan baik. 2. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan. 2. Bantu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan di ruang perawat. 3. Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukan. <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta klien mendemonstrasikan kegiatan 	

				<p>baik.</p> <p>3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik.</p> <p>4. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun.</p>	<p>ibadah yang dipilih.</p> <p>2. Beri pujian atas keberhasilan klien.</p> <p>3. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan.</p> <p>1. Susun jadwal kegiatan untuk melatih kegiatan ibadah.</p> <p>1. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan harian.</p> <p>2. Validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi.</p> <p>3. Berikan pujian atas keberhasilan klien.</p> <p>4. Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaannya setelah teratur melaksanakan ibadah? Apakah keinginan marah berkurang?”</p>	
--	--	--	--	--	--	--

			<p>9. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan.</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat itu (prinsip 5 benar : benar orang, dosis, waktu dan cara pemberian.</p> <p>2. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum</p>	<p>1. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna, besarnya): waktu minum obat (jika 3 kali : pukul 07.00); 13.00, 19.00; cara minum obat)</p> <p>2. Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beda perasaan sebelum minum obat dan sesudah minum obat. • Jelaskan bahwa jenis obat hanya boleh diubah oleh dokter. • Jelaskan mengenai akibat minum obat yang tidak teratur, misalnya penyakitnya kambuh. <p>1. Diskusikan tentang proses minum obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien meminta kepada perawat kepada perawat (jika di RS) kepada keluarga (jika di rumah). 	<p>Kepatuhan minum obat pada klien dengan perilaku kekerasan sangatlah penting sebagai pencegah kekambuhan.</p>
--	--	--	---	---	---	---

				<p>obat sesuai jadwal yang ditetapkan.</p> <p>3.Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klien memeriksa obat sesuai dosisnya. • Klien minum obat pada waktu yang tepat. <p>2.Susun jadwal minum obat bersama klien.</p> <p>1. Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian.</p> <p>2. Validasi pelaksanaan minum obat klien</p> <p>3. Beri pujian atas keberhasilan klien</p> <p>4. Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaannya dengan minum obat secara teratur ? Apakah keinginan untuk marah berkurang?”.</p>	
			10. Klien dapat mengikuti TAK stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan.	1. Klien yang mengikuti TAK : Stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan.	<p>1. Anjurkan klien untuk ikut TAK : Stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan.</p> <p>2. Klien mengikuti TAK : Stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan (kegiatan</p>	Agar klien dapat mengenal satu lingkungan.

				<p>2. Klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan TAK.</p>	<p>mandiri).</p> <p>3. Diskusikan dengan klien.</p> <p>1. Diskusikan dengan klien tentang jadwal TAK.</p> <p>2. Bapakukan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian.</p> <p>3. Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK.</p> <p>4. Tanyakan klien : Bagaimana perasaan setelah ikut TAK?</p>	
			<p>11. Klien mendapat dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan.</p>	<p>1. Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat klien.</p>	<p>1. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai dengan yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.</p> <p>2. Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien.</p> <p>3. Jelaskan cara – cara merawat klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif. 	<p>Peran serta dan dukungan keluarga sangat membantu dalam proses pengobatan klien dengan gangguan jiwa.</p>

					<ul style="list-style-type: none">• Sikap dan cara bicara.• Membantu klien mengenal penyebab marah dan pelaksanaan cara pencegahan perilaku kekerasan.	
--	--	--	--	--	---	--

3.5 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. M

NIRM : 3523XXXX

Ruangan : Gelatik

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T Perawat
09.25 07 Mei 2021	Perilaku Kekerasan	1. Membina Hubungan Saling Percaya Sp 1 “Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya agnes, saya adalah perawat yang dinas di ruangan gelatik ini, boleh kita berbincang-bincang dikursi depan?, nama bapak siapa?, baik kalau begitu saya panggil bapak M ya?, nanti kita akan berbincang- bincang	S: 1. “Selamat pagi, nama saya M mbak”. 2. " saya jengkel kalau orang orang itu menghina saya”. 3. “Saya emosi lalu memukul orang orang itu”. 4. “Saya kalau marah ya memecahkan piring dan gelas di rumah” 5. “tangan saya pernah sampai berdarah akibat dari memecahkan piring” 6. “Saya bisa mbak tarik nafas dalam”	

		<p>selama 15 menit apakah bapak bersedia?, bapak M sekarang umurnya berapa?, alamatnya dimana pak?”</p> <p>2. mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan</p> <p>“Apa penyebab sehingga bapak M di bawa ke rumah sakit jiwa ini?”</p> <p>“Bagaimana perasaan bapak saat ini?, apakah ada perasaan marah yang saat ini dirasakan?”</p> <p>“setelah itu apa yang bapak M lakukan?”</p> <p>“Apa yang bapak M dapatkan ketika bapak M melakukan itu</p>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mau menatap perawat 2. Saat di tanya penyebab Perilaku Kekerasan klien mau menjelaskan. 3. Saat di tanya tandanya Perilaku Kekerasan klien menjelaskan kalau dirinya memukul orang. 4. Klien menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan, memukul orang. 5. Saat ditanya akibat dari melakukan perilaku kekerasan tersebut klien mengatakan tanganya pernah berdarah saat memecahkan piring. 6. Klien dapat mempraktikkan tarik nafas. <p>A: Sp 1 Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Sp 2</p>	
--	--	---	--	--

		<p>semua saat marah?”</p> <p>“Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, cara yang pertama adalah pada saat perasaan marah itu mulai muncul, coba untuk tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan, bagaimana bapak bisa melakukannya?”</p> <p>"Baik terima kasih bapak, besok kita bertemu lagi apakah bapak bersedia?, bapak mau megobrol dimana bagaimana kalau disini lagi?, mau berapa lama kita mengobrolnya, bagaimana kalau</p>		
--	--	--	--	--

		20 menit?" " oke terima kasih bapak, mari saya antar keruangan."		
09.00 08 Mei 2021	Perilaku Kekerasan	<p>Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik</p> <p>Sp 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "Selamat pagi bapak M, bagaimana perasaan bapak saat ini?, apa selama saya tidak ada, ada yang membuat bapak M marah atau jengkel?" 2. "Lalu apa yang bapak M lakukan?" 3. "sekarang, mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kalau bapak M marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. "Selamat pagi mbak Agnes. Kemarin teman saya mengganggu saya ketika tidur." 2. "Saya mencoba Tarik nafas dalam seperti kemarin, lalu saya pergi meninggalkan dia". 3. "Iya mbak, nanti kalau saya mulai emosi dan ingin memukul, saya akan memukul bantal saja" <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengingat nama dan menyapa perawat 2. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (menarik nafas dalam). 	

		<p>tersebut dengan memukul ke Kasur dan bantal”</p> <p>"Baik terima kasih bapak, besok kita bertemu lagi apakah bapak bersedia?, bapak mau megobrol dimana bagaimana kalau disini lagi?, mau berapa lama kita mengobrolnya, bagaimana kalau 20 menit?"</p> <p>" oke terima kasih bapak, mari saya antar keruangan."</p>	<p>A: Sp 2 Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Sp 3</p>	
<p>09.00</p> <p>09 Mei 2021</p>	Perilaku kekerasan	<p>Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/ verbal.</p> <p>SP 3</p> <p>1. “Selamat pagi bapak M, sesuai janji kita kemarin, kita akan</p>	<p>S:</p> <p>1. “Selamat pagi mbak Agnes, iya mbak”</p> <p>2. “Iya mbak, nanti kalau saya mulai emosi lagi, saya coba untuk mengungkapkan bahwa saya marah kepada orang yang</p>	

		<p>membahas bagaimana cara mengungkapkan perasaan marah yang sehat ya?"</p> <p>2. "pada saat bapak M mulai ada rasa marah, segera memakai cara 1 yaitu Tarik nafas dalam, kemudian bapak M boleh mengatakan kalau bapak M sedang marah dengan nada pelan yang tujuannya untuk mengungkapkan perasaan bapak M, sebutkan juga alasan bapak M marah."</p> <p>"Baik terima kasih bapak, besok saya sudah tidak berjaga lagi, saya doakan semoga bapak cepat sembuh dan cepat pulang"</p> <p>" oke terima kasih bapak, mari saya antar keruangan."</p>	<p>membuat saya marah"</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menyapa dan tersenyum sambil mendekat ke perawat. 2. Klien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan , ketika emosi muncul dengan mengungkapkan marahnya dengan Tarik nafas dalam 3. Klien masih belum bisa mengungkapkan marah secara verbal. <p>A: Sp 3 Teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Sp 3</p>	
--	--	---	--	---

LAMPIRAN 1 STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke - 1
Hari / Tanggal : Jum'at / 07 Mei 2021
Nama Pasien (Inisial) : Tn.M
Ruangan : Gelatik

A. PROSES KEPERAWATAN

4) Kondisi Pasien

Klien tenang, kooperatif dan klien mampu menjawab semua pertanyaan

5) Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

6) Tujuan Khusus

- a. Klien mampu membina hubungan saling percaya
- b. Klien mampu mendemostrasikan latihan fisik 1 (nafas dalam)

7) Tindakan Keperawatan

SP 1 : membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi penyebab marah

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Orientasi

a Salam terapeutik

“Selamat pagi pak?”, “Perkenalkan saya perawat Agnes , saya perawat yang bertugas di ruang Gelatik ini. Nama bapak siapa ? dan senang dipanggil apa ? “

b Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak saat ini ? apa masih ada perasaan marah, kesal?”

c Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baiklah, pagi ini kita akan berbincang-bincang mengenai perasaan marah yang saat ini bapak rasakan ”. “Mari kita membicarakan ini di

sana, ada tempat untuk duduk santai ya bapak?”. “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? bagaimana kalau 15 menit ?”.

2. Kerja

“Apa yang menyebabkan bapak bisa marah, coba ceritakan apa yang dirasakan bapak saat marah ?”, saat bapak M marah apa ada perasaan tegang ,kesal, bahkan mengepalkan tangan, bapak juga merasa mondar mandir ?”. “atau mungkin ada hal lain yang dirasakan ?”. “Apa ada tindakan saat bapak M marah seperti,memukul,membanting?”..... “memukul orang lain !”, “terus apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang dialami selesai?,” “Apa akibat dari tindakan yang telah dilakukan di rumah ?”.....ya orang orang itu menangis dan kesakitan.....terus apalagi ?”.....dan akhirnya dibawa ke rumah sakit jiwa !”. “saya ajarkan untuk latihan fisik 1 ya bapak, yaitu pada saat marah muncul, coba untuk Tarik napas dalam melalui hidung dan buang melalui mulut”

3. Terminasi

a.Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang perasaan marah yang bapak rasakan ?”

b.Evaluasi Obyektif

“Coba bapak jelaskan lagi kenapa bapak bisa marah”

“kalau perasan marah mulai muncul, apa yang harus bapak lakukan pertama seperti yang tadi saya sudah ajarkan ?”

c.Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi tentang akibat dari perasaan marah yang bapak rasakan ?”

“dan kita akan belajar bagaimana mengatasi marah dengan latihan fisik 2”

“Dimana kita bisa berbincang lagi, bagaimana kalau disini saja?”

“Berapa lama kita akan berbincang, bagaimana kalau 15 menit ?”

LAMPIRAN 2

STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke - 2
Hari / Tanggal : Sabtu / 08 Mei 2021
Nama Pasien (Inisial) : Tn.M
Ruangan : Gelatik

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien

- a. Klien sudah dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Klien dapat mengenal penyebab marah

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus

- a. Klien mampu mengidentifikasi tanda gejala perilaku kekerasan
- b. Klien mampu mengidentifikasi yang biasa dilakukan
- c. Klien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marah
- d. Klien mampu mendemonstrasikn latihan fisik 2 (pukul bantal)

4. Tindakan Keperawatan

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

B. STRATEGI KOMUNIKASI

15. Orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi, bapak M? masih ingat nama saya ?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak M saat ini? apa ada penyebab marah yang lain dan belum diceritakan kemarin ?

c. Kontrak (Topik, Waktu Tempat)

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

“mau berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit?”

“kita belajar di tempat yang kemarin?”

16. Kerja

“Kemarin bapak M sudah cerita penyebab marah, nah sekarang ceritakan apa yang dirasakan bapak M saat marah atau saat memukul orang lain, saat bapak M marah apa muncul perasaan tegang, kesal, kemudian mengepalkan tangan, dan juga mondar mandir? atau mungkin ada hal lain yang dirasakan ?”

“Apakah bapak M pernah melakukan tindakan lain selain memukul orang lain atau adik ipar saat marah ? misalnya membanting piring memecahkan kaca, atau mungkin merusak tanaman!, lalu apakah setelah melakukan tindakan tadi (memukul orang lain dan memecahkan kaca) masalah yang dialami selesai?”

“Apakah bapak M mengerti akibat dari tindakan yang telah dilakukan? ya tangan jadi sakit, jendela rusak terus, apalagi? dan akhirnya dibawa ke rumah sakit jiwa!”

“kita latihan memukul bantal ya pak, dimana kamar bapak M?”

“Nah kalau perasaan marah bapak M muncul sampai ingin memukul, bapak M harus cepat-cepat mencari bantal dan melampiaskan marah bapak M pada bantal dengan cara memukul bantal”

17. Terminasi

18. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaannya setelah bercakap cakap tentang perasaan saat marah dan yang bisa dilakukan saat marah dan akibatnya ?”

19. Evaluasi Obyektif

“Coba sebutkan kembali tindakan yang bisa dilakukan saat marah!

“Bagus... lagi, kalau akibatnya apa ?”

h. . Rencana Tindak Lanjut

“Nah karena bapak M sudah tau tindakan yang telah dilakukan, bapak M mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan baik? nanti saya ajari, bagaimana, bersedia?”

d. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Bagaimana kalau besok kita mulai belajar mengungkapkan rasa marah dengan baik ?”

“Dimana kita bisa belajar mengungkapkan perasaan marah dengan baik ya bapak? O.... disini lagi ya bapak?”

“bapak M mau berapa lama kita belajar marah yang sehat?”

O... 15 menit baiklah!

LAMPIRAN 3

STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke - 3
Hari / Tanggal : Minggu / 09 Mei 2021
Nama Pasien (Inisial) : Tn.M
Ruangan : Gelatik

A. PROSES KEPERAWATAN

f. Kondisi Pasien

Klien sudah mengetahui perasaan marah dan akibat tindakan yang dilakukan saat marah, klien tenang dan kooperatif.

g. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

h. Tujuan Khusus

i. Memilih cara yang konstruktif

j. Mendemonstrasikan satu cara marah yang konstruktif

k. Tindakan Keperawatan

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

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Orientasi

a. Salam terapeutik “Selamat pagi, bapak M?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak M saat ini?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“pagi hari ini kita akan berlatih cara mengungkapkan marah yang sehat, benar kan bapak?”. “sesuai kesepakatan kemarin kita akan berlatih disana,

tempat duduk kemarin, ya bapak?”. “berapa lama kita membicarakan ini ?”bagaimana kalau 15 menit?”

2. Kerja

“ Menurut bapak M, bagaimana cara mengungkapkan marah yang benar, tentunya tidak merugikan/ membahayakan orang lain ?”..... bagus!”.” Nah sekarang akan saya ajarkan satu persatu cara marah yang sehat, langsung saya jelaskan!”

“yang pertama kita bisa ceritakan kepada orang lain apa yang membuat kita kesal atau marah, misalnya dengan mengatakan: saya marah dengan kamu!” maka hati kita akan sedikit lega”.

“kedua dengan menarik nafas dalam saat marah/ jegkel sehingga menjadi tenang”

“yang ketiga dengan mengungkapkan marah kita dengan menggunakan kata-kata yang baik seperti : maaf anda tidak seharusnya begitu, itu membuat saya marah.”

“lalu keempat dengan mengalihkan rasa marah/jengkel kita dengan aktivitas yang menguntungkan, misalnya dengan olahraga, membersihkan alat-alat rumah tangga seperti mencuci piring sehingga energi kita menjadi berkurang dan dapat mengurangi ketegangan”

3. Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“bagaimana perasaannya setelah berlatih cara marah yang sehat?”

b. Evaluasi Obyektif

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

c. Rencana Tindak Lanjut

“tolong bapak,nanti dicoba lagi cara yang sudah saya ajarkan dan jangan lupa ikuti kegiatannya di ruangan ya!”

d. Kontrak (Topik,Waktu, Tempat)

“bagaimana kalau keluarga datang kita bercakap-cakap cara marah yang sehat?”

“Dimana kita belajar marah yang sehat? O.... diruang tamu”. “mau berapa lama?”.bagaimana kalau 30 menit saja ?”

LAMPIRAN 4

EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : Tn. M

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : Agnes Putri Andaresta

Petunjuk :

Berilah tanda checklist (√) jika pasien mampu melakukan kemampuan di bawah ini.

No	Kemampuan	Tanggal		
		07	08	09
A	Pasien sp 1- 3			
1.	Mengidentifikasi penyebab PK	√	√	√
2.	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK	√	√	√
3.	Mengidentifikasi PK yang di lakukan	√	√	√
4.	Mengidentifikasi akibat PK	√	√	√
5.	Menyebutkan cara mengendalikan PK	√	√	√
6.	Menmbantu mempraktekkan latihan nafas dalam	√	√	√
7.	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	√	√	√
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	√	√	√
2.	Melatih pasien mengontrol Pk pukul bantal/kasur	√	√	√
3.	Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	√	√	√

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn.M dengan masalah utama Perilaku kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1.Pengkajian

Dalam tahap ini penulis menemukan kesenjangan pada saat melakukan pengkajian setelah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur dimana pada tahap ini penulis sedikit mendapat kendala dalam memperoleh data dan riwayat keluarga karena selama penulis melakukan pengkajian pada klien, keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah :

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya pada klien supaya lebih dekat dan lebih percaya dengan menggunakan perasaannya.
2. Mengadakan pengkajian kepada klien secara wawancara. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status klien, melihat buku rawatan.

Menurut data yang didapat, klien baru pertama kali masuk dan dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur. Klien masuk tanggal 28 April 2021, dengan masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia katatonik. Saat berada di ruangan di dapatkan bahwa klien sering mondar-mandir, berbicara ngelantur, tangan mengepal.

Dalam tinjauan teori, terdapat beberapa faktor yang perlu dikaji pada pasien perilaku kekerasan menurut Keliat dan Akemat, 2019. Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

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

4.2 Diagnosa Keperawatan

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

Dari tinjauan teori dan tinjauan kasus tersebut terdapat kesenjangan pada pohon masalah yang terletak pada penyebab perilaku kekerasan pada pasien.

Pada tinjauan teori berdasarkan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus berdasarkan kasus nyata yang sesuai dengan pengkajian keadaan pasien saat itu. Kesenjangan pohon masalah pada tinjauan kasus yaitu koping individu inefektif, dikarenakan pasien tidak dapat dengan mudah memecahkan masalah yang terjadi pada pasien, ekspresi pasien yang langsung marah/ingin memukul orang, pasien tidak dapat mengambil keputusannya untuk masalahnya sendiri.

4.3 Rencana Keperawatan

Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa khususnya dengan kasus perilaku kekerasan salah satunya adalah tindakan marah. Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya. (Sujarwo, 2018)

1. SP pada Pasien

1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
4. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
5. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
6. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya

a. Tindakan :

- 1) Bina hubungan saling percaya
 - a) mengucapkan salam terapeutik
 - b) berjabat tangan
 - c) menjelaskan tujuan interaksi
 - d) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
- 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
- 3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- 4) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
 - a) Verbal

- b) Terhadap orang lain
 - c) Terhadap diri sendiri
 - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- a) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien

2. SP pada Keluarga

1. Tujuan Keperawatan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

2. Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku tersebut)
- c. Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
- d. Bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan
 - 1) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat

- 2) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut dengan tepat
 - 3) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- e. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

4.4 Pelaksanaan

Pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien.

Sedangkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) menurut teori yang akan dilaksanakan, diantaranya Menurut (Ah. Yusuf, Ftryasari, Nihayati 2015 yaitu :

1. Tindakan (SP 1) :
 - a. Bina hubungan saling percaya
 - 1) mengucapkan salam terapeutik
 - 2) berjabat tangan
 - 3) menjelaskan tujuan interaksi
 - 4) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
 - b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan 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) Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien

g. Ikut sertakan pasien dalam kegiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok):

- 1) Sesi 1 : Kemampuan memperkenalkan diri
- 2) Sesi 2 : Kemampuan berkenalan
- 3) Sesi 3 : Kemampuan bercakap-cakap
- 4) Sesi 4 : Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
- 5) Sesi 5 : Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
- 6) Sesi 6 : Kemampuan bekerjasama
- 7) Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi

2. Tindakan (SP 2) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua

3. Tindakan (SP 3) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal

4. Tindakan (SP 4) :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual

5. Tindakan (SP 5) :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat

Dan SP keluarga tidak dapat dilakukan kepada keluarga karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien selama dirumah sakit.

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 pasien dan masalahnya secara langsung.

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

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 07 Mei 2021 dan pasien mampu mencapai SP 1 yaitu : Membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, dan mempraktikkan latihan cara mengendalikan fisik 1. Pada evaluasi hari berikutnya tanggal 08 Mei 2021 dilanjutkan dengan SP 2 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2. Pada evaluasi hari terakhir tanggal 09 Mei 2021 dilanjutkan SP 3 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. Namun pada saat melakukan SP 3, pasien mengerti namun belum bisa mendemonstrasikan apa yang sudah di pelajari dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara social/verbal.

Pasien Tn. M di ruang Gelatik belum tercapai sampai tanggal 09 Mei 2021.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Kesimpulan

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. M dengan diagnosa medis *skizofrenia catatnic* di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur memang sudah melakukan pengobatan di puskesmas saja dan sudah berhenti mengonsumsi obat selama 4 tahun terakhir.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn. M dengan diagnosa medis *skizofrenia catatonic* di dapatkan tiga permasalahan actual (1)gangguan konsep diri : harga diri rendah, (2) perilaku kekerasan dan (3) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan.

4. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.
5. Pada akhir evaluasi pada tanggal 09 Mei 2021 semua tujuan belum dapat tercapai karena kondisi klien yang belum mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
6. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien Tn. M, yang dilaksanakan mulai tanggal 07 sampai dengan 09 Mei 2021.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep perilaku kekerasan dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pada pasien jiwa khususnya

dengan masalah utama perilaku kekerasan sehingga perawat dapat membantu mengatasi pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan.

3. Bagi Mahasiswa

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

Daftar Pustaka

- Sri Atun. (2018). *Model Praktik Klinik Keperawatan Jiwa* (Dinarti & Tjahyanti, ed.). Jakarta Pusat: Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI)
- Riris Ocktryna Silitonga. (2018). Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa Klien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Roy Dan Johnson Behavioral System Model Di Unit Pelayanan Intensive Psikiatri (UPIP) Di RS MM Bogor. *Universitas Indonesia*.
- Abdul Muhith. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Andi.
- Awaludin, I. N. (2016). Upaya Peningkatan Kemampuan Mengontrol Emosi Dengan Cara Fisik Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan Di RSJD dr. Arif Zainudin Srakarta. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Dr. Budi Anna Keliat et al. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Eksekutif, K., Sakit, R., & Kwai, R. S. (2016). *Skizofrenia*.
- Eni Hidayati. (2012). *Pengaruh Terapi Kelompok Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Kota Semarang*. 5.
- Heri Setiawan et al. (2005). *Musik Dengan Terapi Prevalensi Skizofrenia cukup tinggi dan terjadi pada usia produktif*.
- Maryatun, S. (2015). Peningkatan Kemandirian Perawatan Diri Pasien Skizofrenia Melalui Rehabilitasi Terapi Gerak. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2), 108–114.

- Nandinanti, I. N., S, Y. Y., & Nurhajjah, S. (2015). Artikel Penelitian Efek Electro Convulsive Therapy (ECT) terhadap Daya Ingat Pasien Skizofrenia di RSJ Prof . HB . Sa ' anin Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), 883–888.
- Novitayani, S. (2016). *Characteristic of Schizophrenic Patient with Experience Rehospitalization*. VII(2), 23–29.
- Prastya, F. D., & Pratiwi, A. (2017). *Mekanisme koping pada pasien perilaku kekerasan dengan risiko menciderai orang lain dan lingkungan*.
- Damayanti M & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Rafika Aditama.
- Rusdi, M. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ III Dan DSM 5*. Jakarta: PT. Nuh Jaya.
- Yosep. (2011). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT.Refika Aditama.
- Yusuf, A.H, F. R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

