

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh :

OKTALIA LESTARI AFANDI
NIM. 182.0044

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

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn. N MASALAH UTAMA
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFRENIA UNDIFFERENTIATED 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 :

OKTALIA LESTARI AFANDI
NIM. 182.0044

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

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 01 Juni 2021



OKTALIA LESTARI AFANDI

NIM. 182.0044

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Oktalia Lestari Afandi

NIM : 1820044

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Undifferentiated Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 01 Juni 2021

Pembimbing



Ns. Sukma Ayu Candra K, M.Kep., Sp.Kep.J

NIP. 03.043

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 18 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Oktalia Lestari Afandi

NIM : 1820044

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. N Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Undifferentiated Di Ruang Gelatik I Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

Hari, tanggal : 18 Juni 2021

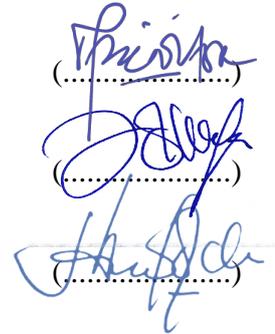
Bertempat di :

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 : Dhian Satya, S.Kep., Ns., M.Kep
03.008

Penguji II : Lela Nurlela, S.Kep., Ns., M.Kes
03.021

Penguji III : Ns. Sukma Ayu Candra K, M.Kep., Sp.Kep.J
03.043



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 : 18 Juni 2021

KATA PENGANTAR

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

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 terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Mujhammad Hafidin Ilham, Sp.,An, selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. AV Sri Suhardiningih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dhian Satya, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Lela Nurlela, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Ns. Sukma Ayu Candra K, M.Kep., Sp.Kep.J, selaku penguji dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. 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.
8. Alm. Ayah dan Ibu saya tercinta yang selalu mensupport dan memberikan yang terbaik, baik dari segi lahir maupun batin, gelar dan karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk beliau.
9. Orang tua dan kekasih saya Syaifullah Fattah, yang selalu sabar dan tulus menghadapi dan membantu kebutuhan dan keperluan pribadi saya.
10. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang Bunga, Elda, Safena, Nuril, Siska, Moza, Izza, Ning, Ismail, Yudi, Yusuf, Rommy, dan Ivan, yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat

terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin

11. Abang-abang dan san-san senior dikelas kami, bang farizky, bang imam, san aini, san vera, san meisha yang selalu membimbing adik-adiknya dan membagi ilmu yang didapat sebelumnya. Serta teman-teman satu kelas saya, D3 Keperawatan angkatan 2018. Terima kasih atas pelajaran dan kebersamaan selama 3 tahun ini.
12. Teman-teman anggota paguyuban Duta Kesehatan 2019 yang mampu bertahan selama satu tahun masa jabatan, dimana suka duka selalu menghampiri, juga teman-teman dan senior KSR-PMI STIKES Hang Tuah yang menambah ilmu dan skill saya tentang pertolongan pertama, tentu saja pengalaman yang laur biasa.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.

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, 01 Juni 2021



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Skizofrenia	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Tanda dan Gejala	14
2.1.4 Macam – Macam Skizofrenia	16
2.1.5 Diagnosa Banding	25
2.1.6 Pengobatan	27
2.2 Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan	31
2.2.1 Definisi	31
2.2.2 Rentang Respon Marah	32
2.2.3 Penyebab	33
2.2.4 Tanda dan Gejala	37
2.2.5 Penatalaksanaan	38
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	42
2.3.1 Pengkajian	42
2.3.2 Pohon Masalah	49
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	49
2.3.4 Intervensi Keperawatan	50
2.3.5 Implementasi Keperawatan	52
2.3.6 Evaluasi Keperawatan	54
2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik	54
2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik	54
2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik	55
2.4.3 Faktor Yang Memengaruhi Komunikasi Terapeutik	55

2.4.4 Sikap Dalam Berkomunikasi Terapeutik	56
2.4.5 Teknik Komunikasi Terapeutik	57
2.4.6 Tahapan Hubungan dan Komunika Terapeutik Perawat – Pasien.....	58
2.5 Konsep Dasar Stress Adaptasi dan Mekanisme Koping.....	59
2.5.1 Definisi Stress Adaptasi.....	59
2.5.2 Penilaian Terhadap Stressor.....	60
2.5.3 Sumber Koping dan Mekanisme Koping.....	61
2.5.4 Rentang Respon Koping	63
BAB 3 TINJAUAN KASUS	
3.1 Pengkajian.....	64
3.1.1 Identitas Pasien	64
3.1.2 Alasan Masuk.....	64
3.1.3 Faktor Predisposisi.....	65
3.1.4 Pemeriksaan Fisik	66
3.1.5 Psikososial.....	67
3.1.6 Status Mental	70
3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang	73
3.1.8 Mekanisme Koping.....	76
3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan	77
3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang	77
3.1.11 Data Lain-Lain	77
3.1.12 Aspek Medik.....	78
3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan.....	79
3.1.14 Diagnosa Keperawatan	79
3.2 Pohon Masalah Pasien	80
3.3 Analisa Data.....	81
3.4 Rencana Keperawatan.....	83
3.5 Implementasi dan Evaluasi	92
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian.....	100
4.2 Diagnosa Keperawatan	102
4.3 Rencana Keperawatan.....	103
4.4 Pelaksanaan.....	105
4.5 Evaluasi.....	108
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	110
5.2 Saran	112
DAFTAR PUSTAKA	113

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium	77
Tabel 3.2 Aspek Medik	78
Tabel 3.3 Analisa Data	81
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan	83
Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi	92

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gejala Skizofrenia	9
Gambar 2.2 Etiologi Skizofrenia Neurokimiawi (Dopamin).....	12
Gambar 2.3 Etiologi Skizofrenia Neurokimia (Glutamat) Gejala Skizofrenia	12
Gambar 2.4 Rentang Respon Marah	32
Gambar 2.5 Rentang Intervensi Keperawatan	39
Gambar 2.6 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan.....	49
Gambar 3.1 Genogram Pasien.....	67
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.....	80

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 1	115
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 2	119
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 3	123
Lampiran 4 Evaluasi Kemampuan Pasien Resiko Perilaku Kekerasan	126

DAFTAR SINGKATAN

PK	: Perilaku Kekerasan
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Obat Terlarang
SP	: Strategi Pelaksanaan
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
Kg	: Kilogram
Tn	: Tuan
mmHg	: Milimeter Hektogram
SOAP	: Subjektif, Objektif, <i>Assesment</i> (Penilaian), <i>Planning</i> (Perencanaan)
No	: Nomor
RS	: Rumah Sakit
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan suatu sindrom yang dapat menimbulkan permasalahan pada satu atau lebih fungsi kehidupan. Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan jiwa yang ditandai dengan penyimpangan perilaku dan pembicaraan yang aneh, pikiran yang tidak koheren, delusi, halusinasi, dimana kondisi ini terjadi karena perubahan pada struktur fisik dan kimia otak (Tri et al., 2020). Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien skizofrenia adalah Perilaku Kekerasan (Kandar & Iswanti, 2019). Individu yang merasa gagal, putus asa dan akhirnya mempunyai suatu pikiran negatif terhadap dirinya serta akan mudah tersinggung dan mudah marah yang dapat mengakibatkan resiko perilaku kekerasan dan jika tidak ditangani akan berdampak menyederai diri-sendiri, orang lain, dan lingkungan (Septyaningtyas, 2019)

Menurut data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan, prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia sebanyak 7% per 1000 keluarga. Penyebaran prevalensi tertinggi terdapat di Bali dan DI Yogyakarta dengan masing-masing 11% dan 10% per 1.000 keluarga (Jayani, 2019). Sedangkan di Provinsi Jawa Timur menurut data rekam medik yang diperoleh dari Rumah Sakit Jiwa Menur pada tahun 2021 triwulan kedua tepatnya bulan April hingga Mei didapatkan jumlah pasien 1299 pasien, dimana jumlah pasien 166 orang dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan skizofrenia, pasien dengan halusinasi berjumlah 479 orang, pasien dengan isolasi sosial 99 orang, pasien dengan defisit perawatan

diri 31 orang, pasien dengan gangguan citra tubuh 20 orang. Sedangkan data rekam medik pada Ruang Gelatik dibulan Maret hingga Mei didominasi oleh pasien dengan Perilaku Kekerasan yang berjumlah 49 orang.

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku agresif dan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (violence) disisi lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah akan mempengaruhi perilaku seseorang. Prevalensi antara laki-laki dan wanita menunjukkan perbedaan dalam onset dan perjalanan penyakit. Usia puncak onset laki-laki adalah 15 - 25 tahun; untuk wanita usia puncak adalah 25 - 35 tahun (Irwan et al., 2011). Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu kehilangan kontrol akan dirinya, dimana pasien akan dikuasai oleh rasa amarahnya sehingga dapat melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Bila tidak ditangani dengan baik maka perilaku kekerasan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol, risiko kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain serta lingkungan, sehingga adapun upaya dalam penanganan perilaku kekerasan yaitu mengatasi stress.

Asuhan keperawatan secara komprehensif diharapkan mampu mengurangi koping tidak efektif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Bukan hanya kolaborasi pemberian psikofarmakan dan fisik saja, namun penting juga untuk melatih pasien mengontrol perilakunya. Selain itu diharapkan perawat dapat membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dan mempunyai catatan atau dokumentasi yang baik guna kesinambungan antara perawat dengan Rumah Sakit.

Sehingga, diperlukan asuhan keperawatan lanjutan agar pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat mengendalikan amarahnya.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang berkaitan dengan latar belakang diatas adalah sebagai berikut: “Bagaimana asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Setelah melaksanakan studi kasus, penulis mendapatkan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Undifferentiated di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan maka tugas akhir ini dapat memberi manfaat :

1. Akademis, karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan baik ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia undifferentiated

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien resiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia undifferentiated dengan baik

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien resiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia undifferentiated

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia undifferentiated

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien maupun tim kesehatan lain

b. Observasi

Data yang diambil melalui hasil observasi pasien

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan diagnosis, dan penanganan selanjutnya

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data Sekunder

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

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan mempelajari buku sumber 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 di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, 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 asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis skizofrenia undifferentiated

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, tujuan, kriteria hasil, 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

Bab ini akan membahas tentang konsep teori sebagai landasan dalam penelitian yang meliputi: 1) Konsep skizofrenia, 2) Konsep resiko perilaku kekerasan, 3) Konsep dasar asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan, 4) Konsep komunikasi terapeutik, 5) Konsep stress adaptasi

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu *schizo* (split/pencerahan) dan *phren* (jiwa). Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (Istiqomah, 2018).

Istilah skizofrenia tidak menunjukkan beragamnya kepribadian pada individu (*multiple personality*). Definisi skizofrenia memiliki tiga akar utama yaitu:

- 1) Pandangan Kraepelinian yang menekankan adanya avolisi (penurunan motivasi untuk melakukan atau mengerjakan aktivitas yang berguna bagi dirinya sendiri; contoh: hobi) kronisitas, dan hasil yang kurang memuaskan

- 2) Pandangan Bleurian menekankan perubahan disosiatif bersifat primer atau fundamental yang terdapat pada gejala negative
- 3) Pandangan Schneiderian menekankan pada distorsi realita atau gejala positif



Sumber dari: *Stahl's Psychopharmacology* edisi ke 4 (2013).

Gambar 2.1 Gejala Skizofrenia

2.1.2 Etiologi

Beberapa penelitian mengemukakan hubungan beberapa etiologi sehingga menyebabkan perubahan neurobiologis pada skizofrenia. Hubungan itu antara adalah infeksi prenatal dimana dengan gen “rentan” tertentu menyebabkan inflamasi dan terjadi perubahan neurobiologis dan proses tersebut akan berlanjut apabila masa dewasa seseorang terpapar faktor-faktor seperti, trauma, stressor, social, dan aktivitas inflamasi sehingga akan menginduksi perubahan neurobiologis lebih lanjut oleh proses neuroimunologis seperti penurunan neurogenesis, peningkatan sinyal glutaminergik penurunan aktivitas GABA, penurunan myelinisasi,

dan banyak aktivitas reseptor lainnya yang akan berujung pada fase psikosis dari skizofrenia (Istiqomah, 2018).

Skizofrenia merupakan sebuah sindroma yang terdiri dari beragam penyebab dan perjalanan penyakit. Interaksi antara genetic dan lingkungan sangat berperan dalam munculnya skizofrenia. Munculnya gejala klinis pada skizofrenia seperti gejala positif dan negatif dikarenakan adanya gangguan fungsi sistem neurotransmitter tertentu.

1. Genetik

Interaksi antara genetik dan lingkungan sangat berperan dalam munculnya skizofrenia. Dengan menggunakan pendekatan biopsikososial dapat dipahami bahwa munculnya skizofrenia merupakan suatu proses yang kompleks. Interaksi kompleks antara genetik dan lingkungan berperan dalam munculnya proses tersebut. Gen saja tidak berperan tunggal dalam kejadian skizofrenia namun ada faktor lain yaitu lingkungan yang meliputi kondisi prenatal, perinatal, imigrasi, dan pola asuh (Istiqomah, 2018).

2. Infeksi dan Inflamasi

Infeksi diperkirakan berperan pada munculnya respon imun dari ibu yang disalurkan ke janin melalui plasenta sehingga mempengaruhi perkembangan otak dalam kandungan. Transfer respon imun dari ibu ke janin menyebabkan gangguan pada sawar darah otak dan masuknya antibody yang memiliki reaksi silang dengan protein sistem saraf pusat.

Inflamasi diperkirakan juga berperan pada pasien skizofrenia. Pada pasien ditemukan adanya peningkatan relatif kadar sitokin prounflamasi. Sitokin proinflamasi diperkirakan berperan dalam perubahan pada sawar darah otak yang menyebabkan gangguan structural pada otak sehingga memunculkan gejala gangguan jiwa (Istiqomah, 2018).

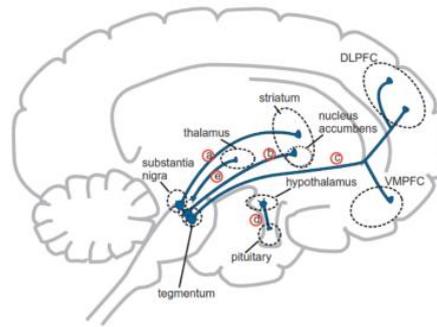
3. Faktor Risiko Lain

Imigrasi, imigran memiliki risiko relative hingga 4 kali lipat untuk menderita skizofrenia, hingga ke generasi kedua. Hal ini terkait dengan diskriminasi social dan kesenjangan ekonomi. Peningkatan risiko skizofrenia juga dikaitkan dengan defisiensi vitamin D.

4. Neurokimiawi

a) Dopamin

Hipotesis dopamin menyebutkan bahwa munculnya gejala psikosis pada skizofrenia diakibatkan oleh adanya gangguan aktivitas neuron dopaminergik. Munculnya gejala positif diakibatkan oleh hiperaktivitas neuron pada pathway mesolimbik, terutama pada reseptor D2.

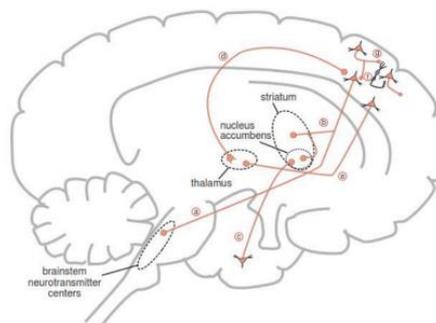


Sumber dari : *Sinopsis Skizofrenia* (2018)

Gambar 2.2 Etiologi Skizofrenia Neurokimiawi (Dopamin)

b) Glutamat

Diperkirakan hipofungsi reseptor glutamate N-methyl-D-aspartate (NMDA) berperan dalam skizofrenia. Terdapat hubungan antara pelepasan dopamin dengan aktivitas sistem glutamat. Proyeksi glutamate kortiko-batang otak berkomunikasi dengan pathway dopamin mesolimbik untuk regulasi pelepasan dopamin di *neclus accumbens* (Istiqomah, 2018).



Sumber dari : *Sinopsis Skizofrenia* (2018)

Gambar 2.3 Etiologi Skizofrenia Neurokimiawi (Glutamat)

c) Serotonin

Hipotesis serotonin menyatakan bahwa kadar serotonin berlebihan menyebabkan gejala positif dan negatif. Studi pencitraan hingga saat ini masih belum dapat menunjukkan bukti yang konsisten tentang abnormalitas ikatan reseptor serotonin pada individu dengan skizofrenia. Sehingga hipotesis serotonin sebagai penyebab skizofrenia masih disematkan pada interaksinya pada dopamin (Istiqomah, 2018).

d) *Gamma-amino-butyric-acid (GABA)*

GABA pada interneuron berperan dalam regulasi fungsi konteks prefrontal melalui modulasi sel piramidal glutamatergik. Pasien skizofrenia memiliki neuron GABA yang relative lebih rendah daripada individu normal. Keadaan relative rendahnya jumlah neuron GABA memicu hiperaktivitas neuron dopaminergi (Istiqomah, 2018).

e) Sistem Kolinergik

Asetilkolin diperkirakan dapat berperan dalam patogenesis skizofrenia melalui reseptor nikotinik yang dapat mempengaruhi beragam sistem neurotransmitter. Peningkatan aktivitas reseptor nikotinik dapat meingkatkan komunikasi yang diperantai reseptor glutamat pada neuron dopamin (Istiqomah, 2018).

f) Sistem Adrenergik

Norepinefrin kemungkinan mempunyai peran dalam patologi skizofrenia. Gejala yang muncul seperti berkurangnya kemampuan merasakan kesenangan (anhedonia) yang merupakan salah satu gejala negatif diperkirakan berhubungan dengan degenerasi neuronal selektif pada *norepinephrine reward neural system* (Istiqomah, 2018).

2.1.3 Tanda dan Gejala

Pasien biasanya menunjukkan satu atau dua jenis gejala berikut ini (Smarpatien, 2016) :

1. Gejala positif

Gejala positif disebut sebagai “gejala akut”, merupakan pikiran dan indera yang tidak biasa, bersifat surreal, yang mengarah ke perilaku pasien yang tidak normal. Gejala-gejala ini bisa kambuh, termasuk :

- a. Delusi: memiliki keyakinan yang kuat terhadap suatu hal tanpa dasar yang jelas, tetap teguh walaupun bukti menyatakan sebaliknya dan tidak bisa dikoreksi dengan logika dan akal sehat, misalnya berpikir bahwa dirinya dianiaya, seseorang sedang mengendalikan pikiran dan perilakunya, atau berpikir bahwa orang lain sedang membicarakannya.
- b. Halusinasi: pasien merasakan sesuatu yang sangat nyata, yang sebenarnya tidak ada, misalnya melihat beberapa gambar yang

tidak bisa dilihat oleh orang lain, mendengar suara atau sentuhan yang tidak ada.

- c. Gangguan pikiran: pikiran tidak jelas, kurangnya kontinuitas dan logika, bicara dengan tidak teratur, berbicara dengan dirinya sendiri atau berhenti berbicara secara tiba-tiba.
- d. Perilaku aneh: berbicara dengan dirinya sendiri, menangis atau tertawa secara tidak terduga atau bahkan berpakaian dengan cara yang aneh.

2. Gejala negatif

Gejala negatif disebut sebagai “gejala kronis”, lebih sulit untuk dikenali dari pada “gejala positif” dan biasanya menjadi lebih jelas setelah berkembang menjadi gejala positif. Jika kondisinya memburuk, kemampuan kerja dan perawatan diri pasien akan terpengaruh. Gejala-gejala ini antara lain:

- a. Penarikan sosial: menjadi tertutup, dingin, egois, terasing dari orang lain, dll.
- b. Kurangnya motivasi: hilangnya minat terhadap hal-hal di sekitarnya, bahkan kebersihan pribadi dan perawatan diri.
- c. Berpikir dan bergerak secara lambat.
- d. Ekspresi wajah yang datar.

2.1.4 Macam – Macam Skizofrenia

Pada PPDGJ-III terdapat beberapa subtype dari Skizofrenia yaitu (Istiqomah, 2018) :

1. F20.0 Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid ditandai adanya satu atau lebih waham dengan halusinasi auditorik yang sering muncul. Pasien dengan skizofrenia paranoid memiliki gejala dominan waham paranoid dan terjadi lebih banyak pada laki-laki dan jarang terjadi dengan onset usia muda.

Pedoman diagnostik (*PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.*) :

- 1) Memenuhi kriteria skizofrenia.
- 2) 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.
- 3) Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.

2. F20.1 Skizofrenia Hebefrenik

Tipe skizofrenia ini disebut juga sebagai skizofrenia yang memiliki tanda-tanda regrasi. Yaitu, adanya perilaku dan pikiran

yang regrasi ke fase perkembangan primitif, disinhibisi, dan kacau. Skizofrenia hebefrenik merupakan suatu bentuk perubahan afektif yang tampak jelas, dan secara umum juga dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat mengambang serta terputus-putus.

Pedoman diagnostik (*PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.*) :

- 1) Memenuhi criteria umum diagnosis skizofrenia
- 2) Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun)
- 3) Kepribadian pre-morbid menunjukkan cirri khas : pemalu dan senang menyendiri (solitary), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis
- 4) Untuk diagnosis hebefrenia yang meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan :
 - a. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, serta manerisme, ada kecenderungan untuk menyendiri (solitary), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan

- b. Afek pasien dangkal (shallow) dan tidak wajar (inappropriate), sering disertai cekikikan (giggling) atau perasaan puas diri (self satisfied), senyum sendiri (self absorbed smiling) atau oleh sikap tinggi hati (lofty manner), tertawa menyeringai (grimaces), mannerisme, mengibuli secara bersenda gurau (pranks), keluhan hipokondriakal dan ungkapan kata yang diulang-ulang (reiterated phrases)
 - c. Proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (rambling) serta inkoheren.
- 5) Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Halusinasi dan waham mungkin ada tapi biasanya tidak menonjol (fleeting and fragmentary delusions and hallucinations). Dorongan kehendak (drive) dan yang bertujuan (determination) hilang serta sasaran ditinggalkan, sehingga perilaku penderita memperlihatkan ciri khas, yaitu perilaku tanpa tujuan (aimless) dan tanpa maksud (empty of purpose) adanya suatu preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat dan tema abstrak lainnya, makin mempersukar orang memahami jalan pikiran pasien.

3. F20.2 Skizofrenia Katatonik

Gejala dengan gambaran motoric dan perilaku yang jelas. Kriteria diagnosis katatonik membutuhkan dua dari lima karakteristik, yaitu *immobility* (stupor atau katalepsi), banyaknya aktivitas motorik yang tak bertujuan, negativism, gerakan tidak biasa (posturing stereotipi, mannerismus, atau *grimacing*), ekolali atau ekopraksi.

Pedoman Diagnostik (*PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.*) :

- 1) Memenuhi criteria umum untuk diagnosis skizofrenia
- 2) Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya :
 - a. Stupor (amat berkurangnya dalam reaktifitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan serta aktivitas) atau mutisme (tidak berbicara);
 - b. Gaduh-gelisah (tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal)
 - c. Menampilkan posisi tubuh tertentu (secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh);

- d. Negativisme (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan, atau pergerakan kearah yang berlawanan)
 - e. Rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya untuk menggerakkan tubuhnya)
 - d. Fleksibilitas cerea / “waxy flexibility” (mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar)
 - e. Gejala-gejala lain seperti, command automatism (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah), dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.
- 3) Pada pasien yang tidak komunikatif dengan manifestasi perilaku dari gangguan katatonik, diagnosis skizofrenia mungkin harus ditunda sampai diperoleh bukti yang memadai tentang adanya gejala-gejala lain. Penting untuk diperhatikan bahwa gejala-gejala katatonik bukan petunjuk diagnostik untuk skizofrenia. Gejala katatonik dapat dicetuskan oleh penyakit otak, gangguan metabolik atau alcohol dan obat-obatan, serta dapat juga terjadi pada gangguan afektif.

4. F20.3 Skizofrenia Tak Terinci (Undifferentiated)

Digunakan untuk mengkategorikan pasien yang masuk data kriteria *skizofrenia* namun tidak dapat diklasifikasikan paa subtype paranoid, hebefrenik, maupun katatonik. Atau, pasien memperlihatkan gejala lebih dari satu subtype tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas.

Pedoman diagnostik (*PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.*) :

- 1) Memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia
- 2) Tidak memenuhi criteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, heberfrenik, atau katatonik;
- 3) Tidak memenuhi criteria untuk diagnosis skizofrenia residual atau depresi pascaskizofrenia.

5. F20.4 Depresi Pasca-Skizofrenia

Suatu episode depresif yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah suatu serangan skizofrenia. Beberapa gejala skizofrenia harus tetap ada tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya. Gejala-gejala yang menetap ini dapat merupakan gejala positif maupun negatif, meskipun gejala negatif lebih sering ditemui.

Pedoman diagnostik (*PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.*) :

- 1) Diagnosis harus ditegakkan hanya kalau :
 - a. Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini;
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya);
 - c. Gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-) dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu
- 2) Apabila pasien tidak lagi menunjukkan gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.) bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol diagnosis harus tetap salah satu dari sub tipe skizofrenia yang sesuai dengan (F20.0-F20.3)

6. F20.5 Skizofrenia Residual

Diagnosis ini dipakai untuk pasien yang memiliki setidaknya satu episode psikosis sebelumnya dan memenuhi kriteria skizofrenia, namun sudah tidak memiliki gejala psikosis. Pasien masih mengalami gangguan dengan gambaran gejala-gejala negatif, gejala residual, atau keduanya.

Pedoman diagnostik (*PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.*) :

1) Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, persyaratan berikut ini harus dipenuhi semua :

- a. Gejala negatif dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktivitas 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, perawatan diri dan kinerja social yang buruk;
- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas di masa lampau yang memenuhi criteria untuk diagnosis skizofrenia;
- c. Sedikitnya sudah melampaui kurun waktu 1 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 demensia atau penyakit / gangguan otak organic lain, depresi kronis atau

institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. F20.6 Skizofrenia Simpleks

Gambaran klasik dari skizofrenia ini adalah penurunan fungsi atau penarikan diri secara social dan okupasi atau hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan. Gejala psikosis yang berat, atau halusinasi parah, waham yang menetap, biasanya tidak didapatkan pada pasien.

Pedoman diagnostik (*PEDOMAN DIAGNOSTIK Dari PPDGJ-III, n.d.*) :

- 1) Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari :
 - a. Gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual (lihat F20.5 diatas) tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik
 - b. 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.

- 2) Gangguan ini kurang jelas psikotiknya dibandingkan sub tipe skizofrenia lainnya.

8. F20.7 Skizofrenia Tak Spesifik

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

9. F20.8 Skizofrenia Lainnya

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

10. F20.9 Skizofrenia Yang Tak Tergolongkan (YTT)

2.1.5 Diagnosa Banding

Diagnosis Gangguan Mood menurut PPDGJ III Episode manik Merupakan episode tunggal dengan tiga derajat keparahan (PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER & UDAYANA, 2017).

1. Hipomania

- a. Peningkatan ringan suasana perasaan (mood), energi, aktivitas, ada perasaan sejahtera, peningkatan kemampuan bergaul dan bercakap, keakraban berlebihan, peningkatan seksualitas, pengurangan kebutuhan tidur
- b. Euforik, kadang-kadang mudah marah, sombong, tidak sopan, membual, melawak berlebihan
- c. Konsentrasi dan daya perhatian terganggu, sehingga kurang mampu bekerja dengan baik, agak boros dan suka mencoba kegiatan-kegiatan baru

- d. Berlangsung sekurangnya beberapa hari terus menerus
2. Mania tanpa gejala psikotik
 - a. Suasana perasaan meninggi, tidak sepadan dengan keadaan yang sesungguhnya
 - b. Energi meningkat, aktivitas berlebihan, bicara banyak cepat, kebutuhan tidur berkurang
 - c. Kendali perilaku sosial tidak ada, perhatian sangat mudah beralih, harga diri membumbung, optimistis dan banyak memiliki pikiran yang hebat-hebat yang dikemukakan secara terbuka
 - d. Mungkin ada gangguan persepsi : apresiasi warna yang berlebihan, perhatian berlebih pada detil, hiperakusis, punya banyak rencana yang tidak praktis, boros, agresif, atau penuh cinta kasih, berkelakar pada suasana yang tidak tepat, mudah tersinggung, curiga
 - e. Awitan biasanya pada usia 15-30 tahun, bisa pada rentang usia akhir masa anak sampai dasawarsa ketujuh atau kedelapan
 - f. Episoda berlangsung sedikitnya selama satu minggu, cukup berat sehingga praktis mengacaukan pekerjaan maupun aktivitas sosial
 3. Mania dengan gejala psikotik
 - a. Gambaran klinis mania lebih berat dari mania tanpa gejala psikotik
 - b. Ada waham kebesaran, waham curiga
 - c. Bicara bisa sangat cepat sehingga tidak dapat dipahami

- d. Aktivitas fisik sangat meningkat, bisa menjurus ke agresivitas, disertai mengabaikan kebutuhan makan minum sehingga bisa mengakibatkan dehidrasi

2.1.6 Pengobatan

1. Terapi Somatik (Medikamentosa)

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada Skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar cocok bagi pasien. Antipsikotik pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif untuk mengobati Skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu antipsikotik konvensional, newer atypical antipsychotics, dan Clozaril (Clozapine) (Irwan et al., 2011).

a. Antipsikotik Konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya disebut antipsikotik konvensional. Walaupun sangat efektif, antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain :

- 1) Haldol (haloperidol)
- 2) Stelazine (trifluoperazine)
- 3) Mellaril (thioridazine)
- 4) Thorazine (chlorpromazine)

- 5) Navane (thiothixene)
- 6) Trilafon (perphenazine)
- 7) Prolixin (fluphenazine)

b. *Newer Atypical Antipsychotic*

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Beberapa contoh newer atypical antipsychotic yang tersedia, antara lain :

- 1) Risperdal (risperidone)
- 2) Seroquel (quetiapine)
- 3) Zyprexa (olanzopine)

Menurut (Irwan et al., 2011) dalam jurnal Penatalaksanaan Skizofrenia :

1) Pemilihan Obat untuk Episode (Serangan)

Biasanya obat antipsikotik membutuhkan waktu beberapa saat untuk mulai bekerja. Sebelum diputuskan pemberian salah satu obat gagal dan diganti dengan obat lain, para ahli biasanya akan mencoba memberikan obat selama 6 minggu (2 kali lebih lama pada Clozaril)

2) Pemilihan Obat untuk keadaan relaps (kambuh)

Biasanya timbul bila penderita berhenti minum obat, untuk itu, sangat penting untuk mengetahui alasan mengapa penderita berhenti minum obat. Terkadang penderita berhenti minum obat karena efek samping yang ditimbulkan oleh obat tersebut.

Apabila hal ini terjadi, dokter dapat menurunkan dosis menambah obat untuk efek sampingnya, atau mengganti dengan obat lain yang efek sampingnya lebih rendah.

3) Pengobatan Selama fase Penyembuhan

Sangat penting bagi pasien untuk tetap mendapat pengobatan walaupun setelah sembuh. Penelitian terbaru menunjukkan 4 dari 5 pasien yang berhenti minum obat setelah episode pertama Skizofrenia dapat kambuh. Para ahli merekomendasikan pasien-pasien Skizofrenia episode pertama tetap mendapat obat antipskodik selama 12-24 bulan sebelum mencoba menurunkan dosisnya. Pasien yang mendertia Skizofrenia lebih dari satu episode, atau belum sembuh total pada episode pertama membutuhkan pengobatan yang lebih lama.

2. Terapi psikososial

a. Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi interpersonal. Dengan demikian, frekuensi perilaku maladaptif atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan.

b. Terapi berorientasi-keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien skizofrenia seringkali dipulangkan dalam keadaan remisi parsial, keluarga dimana pasien skizofrenia kembali seringkali mendapatkan manfaat dari terapi keluarga yang singkat namun intensif (setiap hari). Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas didalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya lama dan kecepatannya.

c. Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi skizofrenia biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara psikodinamika atau tilikan, atau suportif. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien skizofrenia.

d. Psikoterapi individual

Penelitian yang paling baik tentang efek psikoterapi individual dalam pengobatan skizofrenia telah memberikan data bahwa terapi alah membantu dan menambah efek terapi farmakologis. Suatu konsep penting di dalam psikoterapi bagi pasien skizofrenia adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai aman.

3. Perawatan di Rumah Sakit (*Hospitalisation*)

Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat. Rehabilitasi dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan. Dokter harus juga mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang skizofrenia.

Selain anti psikosis, terapi psikososial ada juga terapi lainnya yang dilakukan di rumah sakit yaitu Elektro Konvulsif Terapi (ECT).

Terapi ini diperkenalkan oleh Ugo Cerletti (1887-1963). Mekanisme penyembuhan penderita dengan terapi ini belum diketahui secara pasti. Alat yang digunakan adalah alat yang mengeluarkan aliran listrik sinusoid sehingga penderita menerima aliran listrik yang terputus-putus. Tegangan yang digunakan 100-150 Volt dan waktu yang digunakan 2-3 detik (Irwan et al., 2011).

2.2 Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

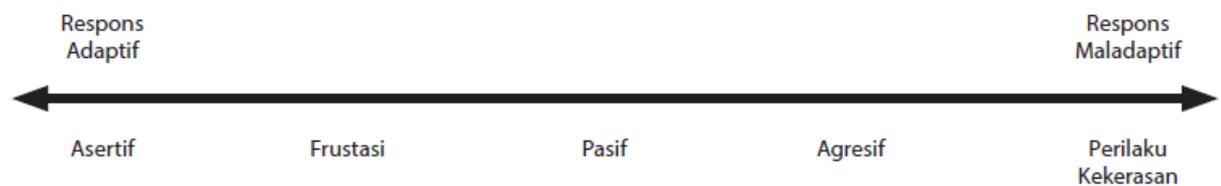
2.2.1 Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri (Yusuf, A.H & R & Nihayati, 2015). Resiko perilaku kekerasan pada

orang lain adalah rentan melakukan perilaku yang menunjukkan dan dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional (Keliat, 2019).

2.2.2 Rentang Respon Marah

Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang di manifestasikan 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 di anggap, merasa tidak di turut atau diremehkan” (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016).



Sumber dari : *Teori dan Aplikasi Klinik* (2016)

Gambar 2.4 Rentang Respon Marah

Keterangan:

Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri/respon melawan dan menentang sampai respon maladaptif yaitu agresif –kekerasan (Makrifatul Azizah Imam Zainuri Amar Akbar, 2016).

1. **Asertif:** Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain dan ketenangan

2. **Frustasi:** Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
3. **Pasif:** Perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
4. **Agresif:** Memerlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain. Umumnya pasien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
5. **Kekerasan:** Sering juga disebut dengan gaduh gelisah atau amuk. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. pasien tidak mampu mengendalikan diri atau hilang kontrol.

2.2.3 Penyebab

Adapun penyebab Resiko Perilaku Kekerasan, yaitu (Keliat, 2019):

1. Waham
2. Curiga pada orang lain
3. Halusinasi
4. Berencana bunuh diri
5. Kerusakan kognitif
6. Disorientasi atau konfusi
7. Kerusakan kontrol impuls

8. Depresi
9. Penyalahgunaan NAPZA
10. Gangguan konsep diri
11. Isolasi social

Menurut buku Teori dan Aplikasi Praktik Klinik (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016) penyebab perilaku kekerasan pada seseorang dibagi menjadi :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor biologis

1) *Neurologik* faktor

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

2) Faktor Genetik

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

3) Faktor Biokimia

Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin). Peningkatan hormone androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi factor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

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

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

b. Faktor psikologis

a) Teori Psikoanalisa;

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

b) *Imitation, modeling, and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan biasa berkembang dalam lingkungan yang monolelir kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.

c) *Learning theory*

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

d) *Existensi theory* (teori eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat di penuhi melalui perilaku konstruksi maka individu akan memenuhi kebutuhan melalui perilaku destruktif

c. Faktor social cultural

a) *Social environment theory* (theory lingkungan)

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

b) *Social learning theory* (theory belajar social)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi

2. Faktor Presipitasi

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

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

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

2.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat diidentifikasi dan diobservasi oleh perawat yaitu (Keliat, 2019) :

1. Mayor

a. Subjektif

Pasien mengatakan benci/ kesal dengan orang lain, ingin memukul orang lain, tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan, mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan

b. Objektif

Mata pasien tampak melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal dan rahang mengatup, pasien merasa gelisah dan mondar-mandir, ditandai dengan tanda-tanda vital pasien tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernapasan meningkat, perasaan pasien mudah tersinggung, nada suara tinggi dan bicara kasar, pasien lebih mendominasi

pembicaraan, sarkasme, merusak lingkungan hingga memukul orang lain.

2.Minor

a. Subjektif

Pasien mengatakan tidak senang, terbiasa menyalahkan orang lain, mengatakan diri berkuasa, merasa gagal mencapai tujuan, mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi, suka mengejek dan menkritik.

b. Objektif

Pasien tampak disorientasi, wajah merah dan postur tubuh kaku, pandangan sinis dan bermusuhan, menarik diri

3.Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

2.2.5 Penatalaksanaan

1. Medis

Menurut Yosep (2007) obat-obatan yang biasa diberikan pada pasien dengan marah atau perilaku kekerasan adalah (Ii, 2015) :

a. *Antianxiety dan sedative hipnotics.*

Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi yang akut. Benzodiazepine seperti Lorazepam dan Clonazepam, sering digunakan dalam kedaruratan psikiatrik untuk menenangkan perlawanan pasien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan

kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk simptom depresi.

b. Bupirone obat antianxiety

Efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.

c. Antidepressant

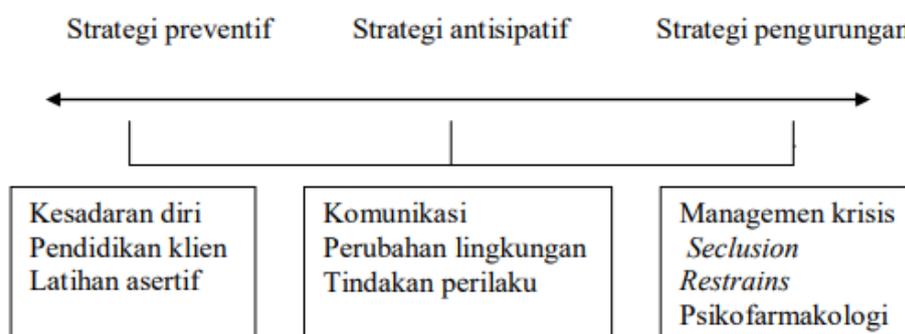
Penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan mood. Amitriptyline dan Trazodone, menghilangkan agresifitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik.

d. Lithium efektif untuk agresif karena manik.

e. Antipsychotic dipergunakan untuk perawatan perilaku kekerasan.

2. Keperawatan

Menurut Yosep (2007) perawat dapat mengimplementasikan berbagai cara untuk mencegah dan mengelola perilaku agresif melalui rentang intervensi keperawatan (Ii, 2015).



Sumber dari : *Jurnal Buletin Psikologi Perilaku Kekerasan* (2015)

Gambar 2.5 Rentang Intervensi Keperawatan

Dari gambar tersebut dapat disimpulkan bahwa :

1. Strategi preventif

a. Kesadaran diri

Perawat harus terus menerus meningkatkan kesadaran dirinya dan melakukan supervisi dengan memisahkan antara masalah pribadi dan masalah pasien.

b. Pendidikan Pasien

Pendidikan pasien yang diberikan mengenai cara berkomunikasi dan cara mengekspresikan marah yang tepat.

c. Latihan asertif

Kemampuan dasar interpersonal yang harus dimiliki meliputi :

- 1) Berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang.
- 2) Mengatakan tidak untuk sesuatu yang tidak beralasan.
- 3) Sanggup melakukan komplain.
- 4) Mengekspresikan penghargaan dengan tepat

2. Strategi antisipatif

a. Komunikasi Strategi

Berkomunikasi dengan pasien perilaku agresif : bersikap tenang, bicara lembut, bicara tidak dengan cara mengahakimi, bicara netral dan dengan cara konkrit, tunjukkan rasa hormat, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi, fasilitasi pembicaraan klien dan dengarkan klien, jangan terburu-buru

menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak bisa ditepati.

b. Perubahan lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti : membaca, grup program yang dapat mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai dan meningkatkan adaptasi sosialnya.

c. Tindakan perilaku

Pada dasarnya membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima serta konsekuensi yang didapat bila kontrak dilanggar.

3. Strategi pengurangan

a. Manajemen krisis

b. Seclusion merupakan tindakan keperawatan yang terakhir dengan menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri dan dipisahkan dengan pasien lain.

c. Restraints adalah pengkekangan fisik dengan menggunakan alat manual untuk membatasi gerakan fisik pasien menggunakan manset, sprei pengkekang

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Muhith, 2015).

Menurut Fitria (2009) data yang perlu dikaji pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu pada data subyektif pasien mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengatakan dendam dan jengkel. Pasien juga menyalahkan dan menuntut. Sedangkan pada data obyektif pasien menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras (Ii, 2015).

Pengkajian diuraikan sebagai berikut (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016) :

1) Identitas pasien

Melakukan perkenalan BHSP dan kontrak tentang: nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia pasien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

2) Alasan masuk

Penyebab pasien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan pasien melakukan kekerasan, apa yang pasien lakukan dirumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah

3) Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan kepada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan. Pada pasien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, faktor presipitasi pasien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4) Pemeriksaan fisik

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

5) Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

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

2) Identitas diri

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

3) Fungsi peran

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

4) Ideal diri

Pasien dengan PK jika kenyataannya tidak sesuai dengan kenyataan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian PK mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan pasien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, peran dalam keluarga, pekerjaan atau sekolah, harapan pasien terhadap lingkungan, harapan pasien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya.

5) Harga diri

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

e. Hubungan social

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol,

selanjutnya dalam pengkajian dilakukan observasi mengenai adanya hubungan kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat, keterlibatan atau peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

f. Spiritual

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

6) Status mental

a. Penampilan

Pada pasien dengan perilaku kekerasan biasanya pasien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b. Pembicaraan

Amati pembicaraan pasien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/bloking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai

c. Aktivitas motorik

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

d. Afek dan Emosi

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

e. Interaksi selama wawancara

Pasien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f. Persepsi/Sensori

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

g. Proses Pikir

1) Proses pikir (arus dan bentuk pikir).

Otistik (autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya.

2) Isi pikir.

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

h. Tingkat Kesadaran

Tidak sadar, bingung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat, dan waktu. Pasien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

i. Memori

Pasien dengan perilaku kekerasan masih dapat mengingat kejadian jangka pendek maupun panjang.

j. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi pasien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Pasien selalu menatap penuh kecemasan tegang dan gelisahan.

k. Kemampuan Penilaian/Pengambilan keputusan

Pasien perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

l. Daya Tilik

Mengingkari penyakit yang diderita: pasien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

m. Mekanisme Koping

Pasien dengan HDR menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang **adaptif** seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelesaikan masalah, teknik relaksasi, aktivitas konstruktif,

olah raga, dll ataukah menggunakan cara-cara yang **maladaptif** seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2.3.2 Pohon Masalah



Sumber dari : *Teori dan Aplikasi Praktik Klinik* (2016)

Gambar 2.6 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien dengan perilaku kekerasan, antara lain (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016) :

1. Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain dan Lingkungan
2. Perilaku Kekerasan
3. Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi
4. Gangguan Harga Diri: Harga Diri Rendah
5. Koping Individu Tidak Efektif

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Menurut (Keliat, 2019) intervensi pada diagnosa pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Tindakan Pada Paisein

- a. Pengkajian: Kaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, penyebab, kemampuan mengatasinya, dan akibatnya.
- b. Diagnosis: Jelaskan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan
- c. Tindakan keperawatan
 - 1) Latih pasien untuk melakukan relaksasi: tarik napas dalam, pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan
 - 2) Latih pasien untuk bicara dengan baik: mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik
 - 3) Latih deeskalasi secara verbal maupun tertulis
 - 4) Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut
 - 5) Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluarsa, dan benar dokumentasi)
 - 6) Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan

- 7) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan
- 8) Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan

2. Tindakan Pada Keluarga

- a. Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- b. Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien
- c. Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien
- d. Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan pasien:
 - 1) Menghindari penyebab terjadinya risiko perilaku kekerasan
 - 2) Membimbing pasien melakukan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan sesuai dengan yang dilatih perawat ke pasien
 - 3) Memberi pujian atas keberhasilan pasien

- e. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman: Mengurangi stress di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien
- f. Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur

3. Tindakan Pada Kelompok Pasien

Terapi aktivitas kelompok: Stimulasi persepsi

- a. Sesi 1 : mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- b. Sesi 2 : mencegah perilaku kekerasan secara fisik
- c. Sesi 3 : mencegah perilaku kekerasan dengan cara verbal
- d. Sesi 4 : mencegah perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- e. Sesi 5 : mencegah perilaku kekerasan dengan patuh minum obat

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu *independent implementations*, *interdeppenden/collaburatif* dan *dependent implementations*. (Dinarti;

Mulyanti, 2017). Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Menurut (Dermawan, 2013) menjelaskan bahwa tindakan keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (pasien) : membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab perilaku kekerasan, membantu pasien dalam mengenal tanda dan gejala dari perilaku kekerasan, membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan relaksasi napas dalam. SP 2 (pasien) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal atau kasur. SP 3 (pasien) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan baik. SP 4 (pasien) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa. SP 5 (pasien) : membantu pasien dalam meminum obat secara teratur. Tindakan keperawatan pada keluarga dengan perilaku kekerasan secara umum adalah sebagai berikut, SP 1 : Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah. SP 2 : melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan kemarahan. SP3 : membantu perencanaan pulang bersama keluarga

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku pasien. Di bawah ini beberapa perilaku yang dapat mengindikasikan yang positif (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016) :

1. Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan pasien
2. Bagaimana keadaan pasien saat marah dan benci pada orang tersebut
3. Sudahkah pasien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain
4. Buatlah komentar yang kritikal
5. Apakah pasien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda
6. Pasien mampu menggunakan aktivitas secara fisik untuk mengurangi perasaan marahnya
7. Mampu mentoleransi rasa marah
8. Konsep diri pasien sudah meningkat
9. Kemandirian dalam berpikir dan aktivitas meningkat

2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan pasien yang dilakukan secara sadar ketika perawat dan pasien saling memengaruhi dan memperoleh pengalaman bersama yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah pasien serta memperbaiki

pengalaman emosional pasien yang pada akhirnya mencapai kesembuhan pasien (Anjaswarni, 2016).

2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan definisi, berikut ini tujuan dari komunikasi terapeutik berdasarkan buku komunikasi dalam keperawatan (Anjaswarni, 2016).

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

2.4.3 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Berhasilnya pencapaian tujuan dari suatu komunikasi sangat tergantung dari faktor-faktor memengaruhi sebagai berikut:

1. Spesifikasi tujuan komunikasi
2. Lingkungan nyaman
3. Privasi (terpeliharanya privasi kedua belah pihak)
4. Percaya diri
5. Berfokus kepada pasien
6. Stimulus yang optimal
7. Mempertahankan jarak personal (satu lengan/ ± 40 cm)

2.4.4 Sikap Dalam Berkomunikasi Terapeutik

1. Sikap (kehadiran) secara fisik

Berhadapan, mempertahankan kontak mata, membungkuk ke arah pasien, mempertahankan sikap terbuka, dan tetap rileks

2. Sikap dalam dimensi respons

a. Ikhlas (*Genuiness*) : perawat menyatakan dan menunjukkan sikap keterbukaan, jujur, tulus, dan berperan aktif dalam berhubungan dengan pasien.

b. Menghargai : perawat menerima pasien apa adanya, tidak menghakimi/mengejek/mengkritik/menghina.

c. Empati (*Empathy*) : melalui rasa empati, perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan pasien sehingga dapat mengatasi masalahnya.

d. Konkret : perawat menggunakan kata-kata yang spesifik, jelas, dan nyata untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan penyampaian.

3. Sikap dalam dimensi tindakan

a. Konfrontasi

Dalam modul komunikasi dalam keperawatan (Anjaswarni, 2016), menurut Carkhoff (dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1998) mengidentifikasi tiga kategori konfrontasi :

1) Ketidaksesuaian antara konsep diri pasien

2) Ketidaksesuaian antara ekspresi nonverbal dan perilaku pasien

- 3) Ketidaksesuaian antara pengalaman pasien dan perawat seharusnya dilakukan secara asertif bukan agresif/marah (konfrontasi)
- b. Kesegeraan
- c. Keterbukaan perawat
- d. Katarsis emosional
- e. Bermain peran

2.4.5 Teknik Komunikasi Terapeutik

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian (*listening*)
2. Menunjukkan penerimaan (*accepting*)
3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan
4. Mengulang (*restating/repeating*)
5. Klarifikasi (*clarification*)
6. Memfokuskan (*focusing*)
7. Merefleksikan (*reflwcting/feedback*)
8. Memberi informasi (*informing*)
9. Diam (*silence*)
10. Identifikasi tema (*theme identification*)
11. Memberikan penghargaan (*reward*)
12. Menawarkan diri
13. Memberi kesempatan kepada pasien untuk memulai pembicaraan
14. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan
15. Refleksi
16. Humor

2.4.6 Tahapan Hubungan dan Komunikasi Terapeutik Perawat-Pasien

1. Fase Prainteraksi

Fase ini merupakan fase persiapan yang dapat dilakukan perawat sebelum berinteraksi dan berkomunikasi dengan pasien

2. Fase Orientasi/Introduksi

Fase ini adalah fase awal interaksi antara perawat dan pasien yang bertujuan untuk merencanakan apa yang dilakukan pada fase selanjutnya. Tiga kegiatan utama yang harus dilakukan perawat yaitu:

- a. Memberikan salam terapeutik
- b. Evaluasi dan validasi perasaan pasien
- c. Melakukan kontrak hubungan dengan pasien meliputi kontrak tujuan interaksi, kontrak waktu, dan kontrak tempat

3. Fase Kerja

Fase ini adalah fase terpenting karena menyangkut kualitas hubungan perawat-pasien dalam asuhan keperawatan.

4. Fase Terminasi

Pada fase ini, perawat memberi kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan keberhasilan dirinya dalam mencapai tujuan terapi dan ungkapan perasannya. Ada tiga kegiatan utama yang harus dilakukan perawat, yaitu :

- a. Evaluasi subjektif dan objektif
- b. Rencana tindak lanjut
- c. Kontrak yang akan datang

2.5 Konsep Dasar Stress Adaptasi dan Mekanisme Koping

2.5.1 Definisi Stress Adaptasi

Stress merupakan suatu kondisi yang berasal dari adanya perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal individu yang diamsusikan sebagai suatu yang mengancam (Zaini, 2019).

Dalam memahami konsep stress adaptasi, ada beberapa konsep yang berbeda tergantung dari sudut pandang yang digunakan, diantaranya:

1. Stress merupakan respon individu

Setiap individu akan berbeda dalam mempersepsikan stressor yang diterimanya, respon masing-masing tergantung dari pengalaman dalam menerima stressor

2. Stress merupakan sebuah stimulus

Stressor yang diterima oleh individu akan berdampak pada meningkatnya tekanan psikologis yang dialami oleh individu

3. Stress transaksional

Akan terbentuk jika ada sebuah interaksi antara individu dengan lingkungan baik fisik maupun psikologis. Menurut buku keperawatan jiwa (Widiyawati, 2020) tiga tahapan dalam mengukur potensial yang mengandung stress yaitu :

- a. Pengukuran primer : menggali persepsi individu terhadap masalah
- b. Pengukuran sekunder : mengkaji kemampuan seseorang untuk mengatasi masalah
- c. Pengukuran tersier : berfokus pada perkiraan keefektifan perilaku koping dalam mengurangi dan menghadapi ancaman

2.5.2 Penilaian Terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor meliputi pemahaman terhadap situasi stress terhadap individu (Widiyawati, 2020). Penilaian terhadap stressor ini meliputi :

1. Respon Kognitif

Faktort kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi, sehingga faktor ini jembatan psikologis antara individu dengan lingkungannya yang menghadapi potensi kerusakan

2. Respon Afektif

Respon afektif adalah membangun perasaan, seperti sedih, takut, dan tidak percaya. Dalam penilaiaan terhadap stressor ini adalah reaksi tidak spesifik atau reaksi kecemasan dalam hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi

3. Respon Fisiologis

Respon fisiologis melawan atau menghindar menstimulasi divis simpatik dari sistem saraf autonomi dan meningkatkan aktivitas adrenal.

4. Respon Perilaku

Respon perilaku hasil dari respon emosional dan fisiologis

5. Respon Sosial

Respon ini didasarkan pada tiga aktivitas yaitu mencari arti, atribut social, dan perbandingan sosial.

Empat fase dari respon perilaku individu untuk menghadapi stress, yaitu (Makrifatul Azizah Imam Zainuri Amar Akbar, 2016) :

1. Perilaku yang mengubah lingkungan stres atau memungkinkan individu untuk melarikan diri dari itu.
2. Perilaku yang memungkinkan individu untuk mengubah keadaan eksternal dan setelah mereka.
3. Perilaku intrapsikis yang berfungsi untuk mempertahankan rangsangan emosional yang tidak menyenangkan.
4. Perilaku intrapsikis yang membantu untuk berdamai dengan masalah dan gejala sisa dengan penyesuaian internal.

2.5.3 Sumber Koping dan Mekanisme Koping

Sumber koping meliputi asset ekonomi, kemampuan dan ketrampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, dan motivasi (Widiyawati, 2020). Hubungan antara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber koping lainnya termasuk kesehatan dan energi, dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik. Keyakinan spiritual dan melihat diri positif dapat berfungsi sebagai dasar harapan dan dapat mempertahankan usaha seseorang mengatasi hal yang paling buruk (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016).

Mekanisme koping adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stress. Mekanisme koping dapat bersifat mekanisme konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah (Widiyawati, 2020).

Mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016) :

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

seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

- e) *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

2.5.4 Rentang Respon Koping

Menurut model adaptasi stress (Stuart, 2009) respon koping dievaluasi dalam satu rentang yaitu adaptif dan maladaptif (Widiyawati, 2020).

1. Respon mekanisme koping adaptif

Respon yang mendukung integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan seperti, berbicara dengan orang lain, dan memecahkan masalah dengan orang lain atau bersifat sosial.

2. Respon mekanisme koping maladaptif

Respon sebaliknya dari respon mekanisme koping adaptif. Seperti memecah pertumbuhan yaitu makan berlebihan bahkan tidak makan

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menggambarkan secara nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 07 Mei 2021 dengan data sebagai berikut :

3.1. Pengkajian

Ruangan rawat : Ruang Gelatik Tanggal dirawat/MRS : 04-05-2021

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah Tn.N dengan no.RM 06-55-XX seorang laki-laki lahir pada tanggal 10 April 1978 berusia 43 tahun beragama Islam. Pendidikan terakhir pasien adalah SMP (tidak tamat), dan saat sebelum dirawat di Rumah Sakit pasien bekerja dibagian finishing mebel. Status pasien cerai, duda anak 2. Saat ini pasien tinggal sendiri, terkadang ikut dengan kakak maupun bibinya. Pasien berdomisili di Dusun Manyar, Gresik.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien dibawa oleh kakaknya ke Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 10.00 WIB dikarenakan pasien sejak dua hari yang lalu marah – marah saat berbicara dengan orang lain sehingga menyebabkan emosinya tersulut dan membanting meja yang ada didekatnya. Kemudian pasien dipindahkan ke Ruang Gelatik tanggal 04

Mei 2021 pukul 14.15 WIB, saat dikaji didapati data pasien marah – marah. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Mei 2021 pukul 09.00 didapati data pasien sudah bisa mengontrol emosi, tetapi tatapan pasien masih tajam dan pasien tampak gelisah. Dalam rekam medis pasien, pasien pertama kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur pada tahun 2006 karena narkotika dan menjalani rehabilitasi di Ruang Anggrek, kemudian pasien masuk kembali ke Rumah Sakit Jiwa Menur pada tahun 2010 karena Perilaku Kekerasan terhadap dirinya sendiri. Pasien rutin kontrol, akan tetapi jika obat pasien sudah mulai habis, maka pasien akan mudah tersulut kembali.

Keluhan Utama : Saat dilakukan pengkajian pada hari Jum'at, 07 Mei 2021 pukul 09.00 WIB pasien mengatakan sering tidak bisa mengontrol emosi dan membanting barang yang ada disekitarnya, alasan dari kemarahan pasien adalah tersinggung dengan pembicaraan orang lain saat sedang mengobrol dengan pasien.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Saat dikaji pasien mengatakan sudah empat kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur. Yang pertama pada tahun 2006 karena NAPZA, yang kedua pada tahun 2010 karena Perilaku Kekerasan, yang ketiga pada bulan April 2020 karena Resiko Perilaku Kekerasan, dan yang keempat penyebab pasien masuk adalah Resiko Perilaku Kekerasan.
2. Pengobatan sebelumnya pasien rutin menjalani pengobatan rawat jalan

3. Pasien mengatakan tidak pernah melakukannya kepada keluarga maupun orang lain

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

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

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu diselingkuhi dan ditinggal oleh istrinya pada tahun 2010, sehingga menyebabkan pasien frustrasi.

Masalah keperawatan : Ketidakberdayaan

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital

Tekanan darah : 128/86 mmHg

Nadi : 98 x/menit

Suhu : 36,5 °C

Pernafasan : 20 x/menit

2. Ukur

Tinggi Badan : 172 cm

Berat Badan : 74 Kg

3. Keluhan Fisik

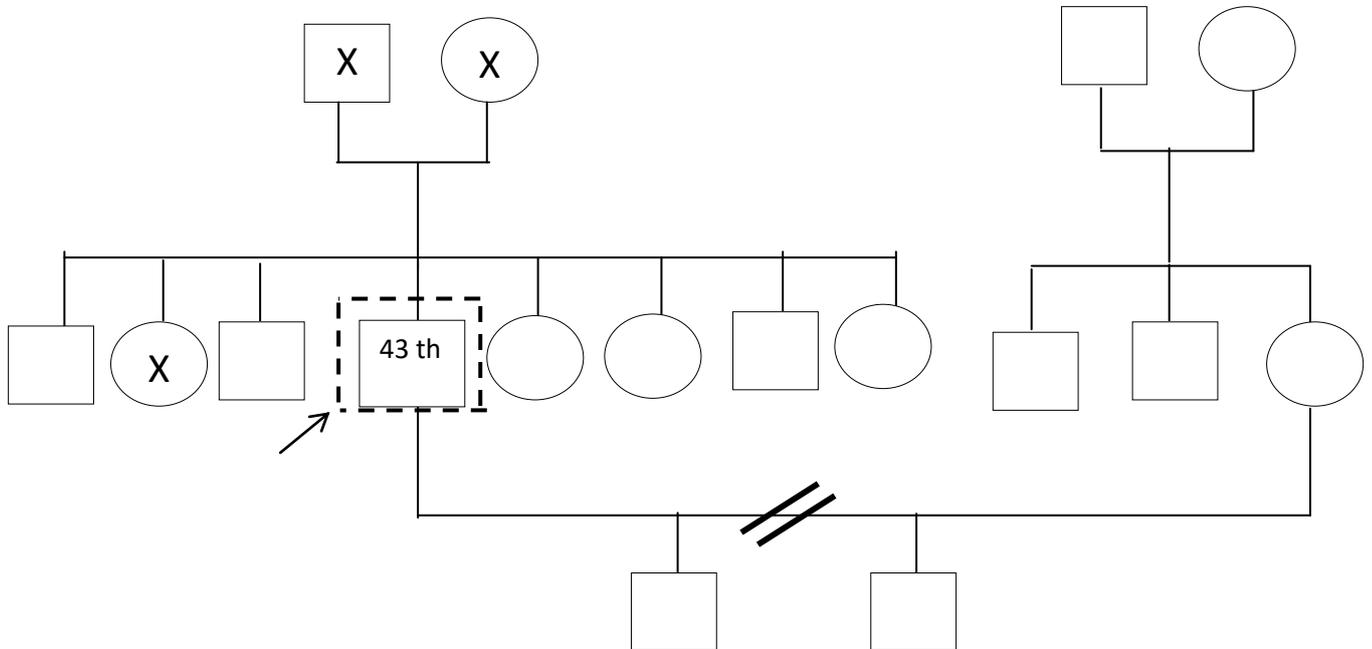
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

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

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Keterangan:



: Laki-Laki



: Perempuan



: Meninggal



: Pasien



: Tinggal Satu Rumah



: Cerai

Gambar 3.1 Genogram Tn.N

Keluarga pasien tidak ditemukan adanya riwayat gangguan jiwa. Pasien merupakan delapan bersaudara. Untuk pengambilan keputusan, pasien dibantu dengan bibi dan kakaknya untuk melakukan musyawarah.

Pola komunikasi pasien satu arah, dan orang terdekat dalam keluarganya adalah kakaknya.

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan bersyukur karena tidak ada kelainan lain yang mengenai tubuhnya dan menyukai bentuk dirinya yang sekarang. Pasien mengatakan dirinya bersyukur masih bisa melakukan kegiatan bersih diri.

b. Identitas

Pasien mengatakan jenis kelaminnya adalah laki-laki dan menyandang status duda yang memiliki dua anak, pasien mampu menyebutkan namanya Tn. N, usia 43 tahun, lahir 10 April 1978, tempat tinggal di Gresik dan pasien pendidikan terakhir kelas 2 SMP dikarenakan malas bersekolah.

c. Peran

Pasien adalah seorang suami yang ditinggal oleh istrinya. Pasien sadar dan merasa bersalah karena perannya sebagai seorang ayah dan suami yang baik telah gagal akibat penyakitnya

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera pulang untuk bekerja kembali. Jika pasien sudah keluar dari Rumah Sakit, pasien akan melanjutkan pekerjaannya dimebel.

e. Harga diri

Pasien mengatakan senang bersosialisasi dan membaur dengan lingkungannya. Pasien sadar jika terjadi suatu hal yang pertama kali menolong dirinya adalah orang lain.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Saat dikaji pasien mengatakan orang yang berarti adalah bapak dan anaknya, karena orang yang paling terdekat dan disayanginya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan senang mengikuti kegiatan di Rumah Sakit, saat diruangan pasien senang berbicara dengan teman sebelahnya. Jika di rumah kegiatannya bekerja di bagian finishing mebel.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien meyakini bahwa Allah SWT adalah Tuhannya, dan islam adalah agamanya. Pasien yakin jika sakitnya akan sembuh jika rutin minum obat dan sholat.

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan selalu taat beribadah sebelum masuk Rumah Sakit.

Saat di Rumah Sakit pasien tidak bisa menjalankan kegiatan ibadah karena kurang tersedianya sarana dan prasarana.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian rambut pasien sedikit gondrong yang dirapikannya dengan memakai peci, kuku bersih, dan sesuai keadaan

Masalah keperawat : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji tentang alasan pasien dibawa ke Rumah Sakit, pasien dapat menjelaskan penyebabnya yaitu pasien tidak bisa mengontrol emosi, marah – marah, dan membanting meja yang ada didekatnya. Saat dilakukan wawancara pasien berbicara secara koheren dengan nada keras dan tegas, kooperatif, dan mampu menjawab pertanyaan.

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

3. Aktivitas Motorik

Saat pengkajian pasien tampak gelisah dan tegang karena ingin cepat pulang dan merayakan hari raya dengan keluarga.

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

4. Alam Perasaan

Pasien merasa sedih karena tidak segera pulang untuk berkumpul dengan anaknya. Saat dilakukan pengkajian, pasien dapat mengontrol emosinya

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

5. Afek:

Afek pasien sesuai. Pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien, jika kondisi bahagia pasien akan bahagia. Jika kondisi sedih pasien akan merasa sedih.

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

6. Interaksi Selama Wawancara:

Pasien tampak defensif dan curiga saat dilakukan pengkajian

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

7. Persepsi Halusinasi

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

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

8. Proses Pikir

Pasien berfikir normal, tidak berbelit-belit, dan relevan dan realistik saat diajak berbicara. Pasien menjawab dan mampu merespon pertanyaan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

9. Isi Pikir

Pasien tidak memiliki gangguan isi pikir seperti: waham, obsesi, phobia, dan pikiran yang magis.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10. Tingkat Kesadaran

Pasien sadar jika saat ini dirinya sedang berada di Rumah Sakit Jiwa karena penyakitnya yang kambuh. Pasien mampu menyebutkan waktu (09.00 WIB), tempat (Rumah Sakit Jiwa Menur Ruang Gelatik I), dan nama orang yang dikenalnya (Mahasiswa Perawat Oktalia)

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori

Pasien tidak ada masalah pada memori dan daya ingat, pasien dapat menyebutkan dan mengingat saat pasien dirawat di Rumah Sakit dalam jangka waktu pendek dan panjang

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pada saat pengkajian mengenai bilangan penjumlahan $4+7=11$, perkalian $4 \times 5=20$, pengurangan $10-8=2$, dan pembagian $10:5=2$, pasien berkonsentrasi dengan baik dan mudah diarahkan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan

13. Kemampuan Penilaian

Terdapat gangguan kemampuan penilaian ringan, pasien mampu menilai bahwa merokok dan kopi tidak baik untuk kesehatan tetapi pasien masih mengkonsumsinya. Pada saat pengkajian pasien diberi

pertanyaan lebih memilih makan dahulu atau mandi dahulu setelah pulang kerja, dan pasien memilih mandi dahulu karena kondisi dari luar kotor dan lebih baik membersihkan diri dulu.

Masalah keperawatan : Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko

14. Daya Titik Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya masuk di Rumah Sakit Jiwa Menur dan sedang di rawat karena marah – marah, pasien dapat menerima penyakitnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

- 1) **Makan** : pasien mampu memenuhi kebutuhan makannya dengan cara membeli atau ke rumah kakaknya, pasien makan tiga kali sehari dan terbiasa mencuci piringnya setelah makan
- 2) **BAB/BAK** : saat dilakukan pengkajian tidak ada masalah dalam bab/bak pasien, pasien terbiasa melakukannya di toilet umum dikarenakan pasien kos sendiri
- 3) **Mandi** : pasien mampu melakukan mandi secara mandiri, frekuensi mandi pasien tiga kali sehari
- 4) **Berpakaian** : pasien mampu memilih baju yang sesuai saat dirumah, saat dilakukan pengkajian pasien tampak rapi dengan pakaian yang sesuai dengan Rumah Sakit

- 5) **Istirahat dan Tidur** : pasien tidak mengalami gangguan tidur, pasien memiliki kebiasaan gosok gigi, mencuci kaki dan tangan sebelum tidur. Durasi tidur pasien 5-6 jam
- 6) **Penggunaan Obat** : pasien mampu mengenali obat yang diminum, dimulai dari cara minum sesudah makan, warna obat yang terdiri dari warna putih dan pink, pasien mengatakan setelah minum obat mengantuk.
- 7) **Pemeliharaan Kesehatan** : pasien mengatakan rutin melakukan control di Rumah Sakit Jiwa Menur, sistem pendukung dalam keluarga pasien adalah kakak dan anaknya.
- 8) **Kegiatan di Dalam Rumah** : pasien mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang
- 9) **Kegiatan di Luar Rumah** : saat dilakukan pengkajian, pasien melakukan kegiatan seperti bekerja dengan alat transportasi sepeda motor. Untuk kebutuhan sehari-hari pasien membelinya di warung yang terdekat

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 melakukan mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, bab/bak sendiri atau secara mandiri. Saat

dilakukan pengkajian, rambut pasien terlihat gondrong tetapi tampak rapi karena pasien menggunakan peci. Sebelum pasien menemui perawat, pasien mencuci wajah, kaki dan tangan. Pasien tampak mengenakan pakaian dengan sesuai.

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 | 3x/hari |
| d. Frekuensi udapan sehari | 3x/hari |
| e. Nafsu makan | Wajar |
| f. 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 22.00 WIB sampai dengan jam 03.00 pagi. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 13.00 sampai dengan 15.00. Pasien mengatakan tidak mengalami sulit tidur, dan bangun terlalu pagi.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

a. Kemampuan pasien dalam

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

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

b. Pasien memiliki sistem pendukung

Pasien mengatakan anaknya yang paling berarti dalam hidupnya untuk sembuh setelah ditinggal pergi oleh istrinya. Jika kontrol pasien terbiasa melakukannya sendiri ataupun dengan kakaknya.

Masalah keperawatan : Ketidakberdayaan

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

Pasien mengatakan bahwa dia mencari uang dengan cara bekerja di mebel dan menekuni bidang finishing. Hobi pasien jika dirumah hanya mendengarkan music dan bermain aplikasi facebook.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Pasien sudah mempunyai teknik relaksasi sendiri saat emosinya mulai tersulut. Pasien mempunyai riwayat minum-minuman alkohol dan pernah melukai diri dengan cara menyayat tangannya saat emosi pada tahun 2010 akibat perselingkuhan istrinya.

Masalah keperawatan : Resiko Bunuh Diri

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

- a. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok.
- b. Pasien mampu berhubungan dengan lingkungan ruang gelatik
- c. Pasien berhenti sekolah saat kelas 2 SMP
- d. Pasien sebelumnya bekerja serabutan di bidang finishing mebel
- e. Pasien tinggal seorang diri dan terkadang dengan bibi atau kakaknya
- f. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan dalam keluarga.
- g. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat kambuh, semua dapat di jalankan dengan BPJS.
- h. Masalah lainnya,spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat dikaji tentang penyakit, obat-obatan, dan faktor pencetus penyakitnya pasien mengetahui dan dapat menjelaskan. Tetapi pasien tidak dapat mengatasi masalah yang dihadapi jika sudah tersulut kembali emosinya.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3.1.11 Data Lain-lain :

Tanggal : 04 Mei 2021

HB	15,2	14,4
Leukosit	14.970	10.050
Trombosit	256.000	240.000

Table 3.1 Pemeriksaan Laboratorium

3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia Undifferentiated

Tanggal : 04 Mei 2021

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Efek
Chlorpromazine	100 mg (1-0-1)	Untuk menangani gejala psikosis pada skizofrenia, gangguan bipolar, mual dan muntah, serta cegukan yang terjadi terus-menerus.	Pusing, sakit kepala, mulut kering, penglihatan kabur
Haloperidol	5 mg (1-0-1)	Untuk mengatasi gejala skizofrenia, gangguan perilaku yang parah pada anak-anak atau mengontrol gejala sindrom Tourette	Mengantuk, pusing, sakit kepala, sulit tidur, susah buang air kecil, lemas
Trihexyphenidil	2 mg (1-0-1)	Untuk mengatasi gejala penyakit Parkinson dan gejala ekstrapiramidal meliputi kaku tubuh, gerakan yang tidak normal dan tidak terkendali, serta tremor.	Mulut kering, mual dan muntah, sakit kepala, lelah, lemas, dan mengantuk
Lodomer	5 mg/ml (inj. IM)	Untuk mengatasi gejala psikosis pada gangguan mental, seperti skizofrenia dan taurete sindrom	Terjadi reaksi ekstrapiramidal (hypertonia otot/gemetar), gangguan pencernaan, Xerostomia

			(mulut kening akibat produksi kelenjar ludah berkurang)
--	--	--	---

Tabel 3.2 Aspek Medik

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Resiko Bunuh Diri
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko
- d. Ketidakberdayaan
- e. Koping Individu Tidak Efektif

3.1.14 Diagnosa Keperawatan

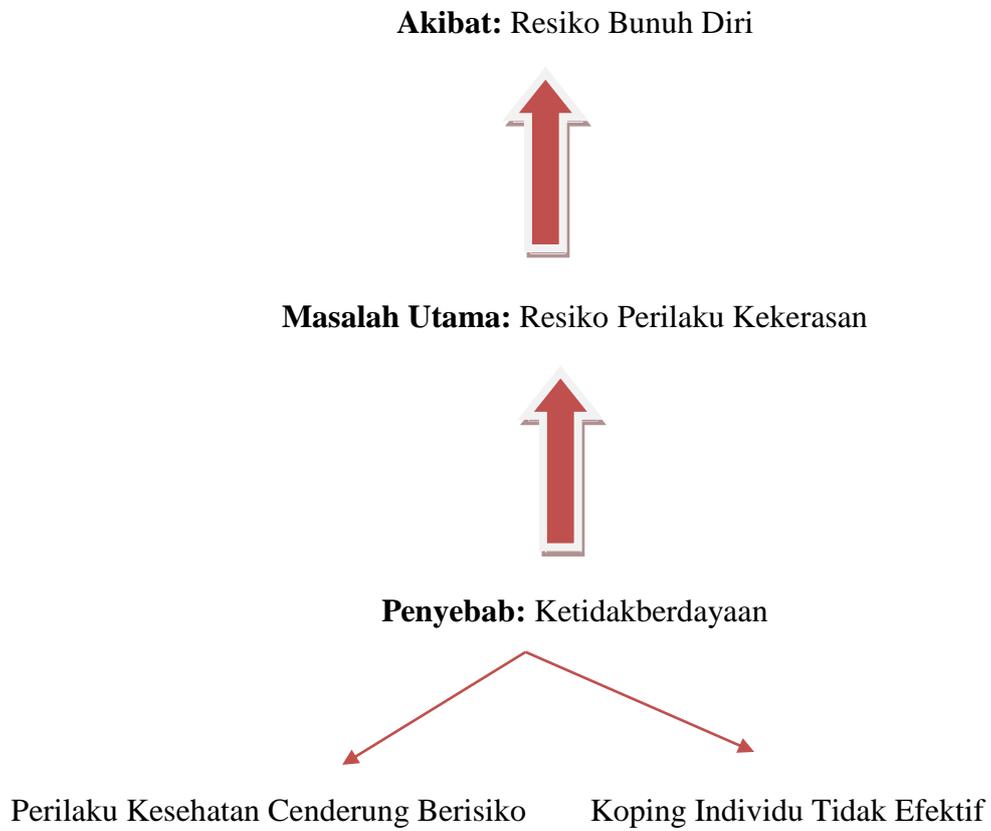
Berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis keperawatan adalah **Resiko Perilaku Kekerasan**

Surabaya, 09 Mei 2021



Oktalia Lestari Afandi

3.2 Pohon Masalah



**Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan
pada Tn “N”**

3.3 Analisa Data

Nama : Tn. N NO.RM : 06-55-XX Ruangan : GELATIK

Tabel 3.3 Analisa Data pada pasien risiko perilaku kekerasan

HARI/ TGL	DATA	MASALAH	TT Perawat
Jumat, 07 Mei 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pasien merasa tersinggung saat berbicara dengan orang lain - Pasien mengatakan membanting meja yang ada didekatnya saat marah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat gelisah dan curiga - Mendominasi pembicaraan - Wajah tampak tegang - Suara keras dan tegas 	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>SDKI, Hal. 312 (D.0146)</p> <p>Masalah Utama</p>	
Jumat, 07 Mei 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pernah melukai dirinya dengan cara menyayat tangan akibat perselingkuhan istrinya pada tahun 2010 	<p>Resiko Bunuh Diri</p> <p>SDKI, Hal. 293 (D.0135)</p> <p>Akibat</p>	

	<p>Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan perilaku (euphoria mendadak setelah depresi) - Demografi (status perceraian, duda) - Masalah social (kehilangan hubungan yang penting) 		
<p>Jumat, 07 Mei 2021</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit hati dengan istrinya karena istrinya berselingkuh dan meninggalkannya - Pasien mengatakan gagal menjadi ayah dan suami yang baik bagi keluarganya akibat penyakitnya - Pasien mengatakan sudah ikhlas dan merelakan istrinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa tertekan dan frustrasi - Pengasingan 	<p>Ketidakterdayaan</p> <p>SDKI, Hal. 202 (D.0092)</p> <p>Penyebab</p>	

3.4 Rencana Keperawatan (bab 2 sesuai aipviki)

Nama Klien : Tn. N Nama Mahasiswa : Oktalia Lestari Afandi
 NIRM : 0655.-XX Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya
 Bangsal/tempat : Gelatik I

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional
			Tujuan & Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan	
1.	Jum'at, 07 Mei 2021	Risiko Perilaku Kekerasan	<i>Kognitif :</i> 1. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan 2. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan akibat	Bina hubungan saling percaya (Beri salam / panggil nama, jelaskan maksud hubungan interaksi, jelaskan akan kontrak yang akan di buat, lakukan kontak singkat tapi sering) SP 1 : 1. Mengidentifikasi penyebab Resiko Perilaku Kekerasan a. Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan b. Bantu pasien mengungkapkan perasaan jengkel/kesal	- Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. - Agar pasien dapat mengungkapkan

			<p>yang ditimbulkan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <p>1. Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (relaksasi: tarik napas dalam)</p> <p><i>Afektif :</i></p> <p>1. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan</p> <p>2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>c. Dengarkan ungkapan rasa marah dengan siap tenang</p> <p>d. Observasi bersama pasien tanda dan gejala marah yang dialami</p> <p>e. Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan pasien saat marah</p> <p>2. Bantu pasien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.</p> <p>3. Latih pasien cara fisik 1 : Relaksasi tarik napas dalam</p> <p>4. Pasien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan.</p> <p>5. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian</p> <p>6. Berikan pujian atas keberhasilan pasien, dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut</p>	<p>marah tidak pada orang lain dan bisa mengontrol diriemosinya.</p>
--	--	--	--	---	--

2.	Sabtu, 08 Mei 2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p><i>Kognitif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan 2. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan akibat yang ditimbulkan 4. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan <p><i>Psikomotor :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan 	<p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 1 (relaksasi: tarik napas dalam, pukul kasur/bantal, jalan-jalan) 2. Latih pasien cara fisik 2 : Pukul bantal/kasur mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik 3. Pasien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan. 4. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian 5. Berikan pujian atas keberhasilan pasien, 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien dapat mengungkapkan marah tidak pada orang lain dan bisa mengontrol diriemosinya. - Agar pasien terbiasa melakukan pukul bantal/kasur untuk meluapkan kemarahannya tanpa melampiaskan ke lingkungan sekitar maupun orang lain
----	-----------------------	---------------------------------	---	---	--

			<p>dengan cara fisik 2 (pukul bantal/kasur)</p> <p><i>Afektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan 	<p>dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut</p>	
3.	Minggu, 09 Mei 2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p><i>Kognitif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan 2. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu 	<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 2 (pukul bantal/kasur) 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien dapat mengontrol bicaranya dan mengurangi umpatan kepada orang lain - Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan dan dapat meminta maupun menolak dengan

			<p>menyebutkan akibat yang ditimbulkan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <p>1. Pasien mampu berbicara dengan baik: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik</p> <p><i>Afektif :</i></p> <p>1. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan</p>	<p>2. Latih pasien cara fisik 3 : Bercakap-cakap secara verbal, meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>3. Pasien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan</p> <p>4. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian.</p> <p>5. Berikan pujian atas keberhasilan pasien, dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut</p>	<p>baik tanpa melampiaskan ke lingkungan sekitar</p> <p>- Dengan latihan bercakap – cakap secara verbal diharapkan mampu mengungkapkan perasaannya dan mengurangi perasaan marah pasien tanpa melampiaskan ke barang sekitar</p>
--	--	--	---	---	--

			2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan		
4.	Minggu, 09 Mei 2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p><i>Kognitif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan 2. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan akibat yang ditimbulkan 4. Pasien mampu menyebutkan cara 	<p>SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 3 (Bercakap-cakap secara verbal, meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan dengan baik) 2. Latih pasien cara fisik 4 : Kegiatan spiritual sesuai agama yang dianut (ibadah sholat/berdoa) 3. Pasien mengevaluasi pelaksanaan latihan, 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar perasaan pasien merasa lebih rileks dengan kegiatan ibadah - Dengan melatih pasien sholat/berdoa diharapkan pasien mampu mengurangi perasaan emosi dengan istighfar

			<p>mengatasi risiko perilaku kekerasan</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melakukan kegiatan beribadah seperti sholat dan berdoa <p><i>Afektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan 2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan 	<p>cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian. 5. Berikan pujian atas keberhasilan pasien, dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut 	
5.	Minggu, 09 Mei 2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p><i>Kognitif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menyebutkan 	<p>SP 5 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu menyebutkan penyebab 	- Agar pasien terbiasa dan patuh untuk menghabiskan

			<p>penyebab risiko perilaku kekerasan</p> <p>2. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan akibat yang ditimbulkan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <p>1. Pasien mampu melakukan patuh minum obat dengan prinsip 5</p>	<p>risiko perilaku kekerasan</p> <p>b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</p> <p>c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan</p> <p>d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 4 (spiritual: sholat/berdoa)</p> <p>2. Latih pasien cara fisik 5 : Patuh minum obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar nama, benar dosis, benar cara minum, benar waktu)</p> <p>3. Pasien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan</p> <p>4. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian.</p> <p>5. Berikan pujian atas keberhasilan pasien, dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut</p>	<p>obatnya</p> <p>- Dengan patuh minum obat maka diharapkan penyakit yang diderita tidak kambuh kembali</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>benar</p> <p><i>Afektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan		
--	--	--	---	--	--

3.5 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. N

NIRM : 0655.-XX

Ruangan : Gelatik I

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Ttd Perawat
Jumat, 07 Mei 2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Bina hubungan saling percaya</p> <p>“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Oktalia mahasiswa perawat Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang bertugas pagi ini di Ruang Gelatik I, kalau saya boleh tau nama bapak siapa?”</p> <p>“Baik pak N. Bagaimana jika hari ini kita berbicara tentang penyakit bapak? Apa aja sih pak yang bapak ketahui tentang penyakit bapak?”</p> <p>“Bapak lebih suka mengobrol dimana? Tidak lama kok pak, cukup 30 menit”</p> <p>(Lampiran 1 Hal. 117)</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyebutkan namanya “Selamat pagi mbak, nama saya N” “Saya gampang marah-marah mbak. Mudah tersulut emosinya” “Iya mbak boleh, di teras saja” 2. Pasien mengungkapkan perasaannya “Perasaan saya saat ini sudah jauh lebih baik. Saya mudah marah sudah sejak lama saat 	

		<p>SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien mengungkapkan perasaannya saat ini “Bagaimana perasaan bapak saat ini?” “Sudah berapa lama bapak merasa kesal? Dan bagaimana cara bapak mengatasi rasa tersebut?” (Lampiran 1 Hal. 118) 2. Menjelaskan pada pasien tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dilakukan “Saat bapak marah, apakah bapak merasa tegang, kesal, dan mengepalkan tangan?” (Lampiran 1 Hal. 118) 3. Menjelaskan pada pasien akibat dari resiko perilaku kekerasan “Lalu saat bapak marah, hal apa yang bapak lakukan saat tidak bisa 	<p>berhenti narkoba. Kalau saya marah ya biasanya banting barang yang ada”</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien menjelaskan tanda gejala dan akibat dari Resiko Perilaku Kekerasan “Saya kalau marah biasanya tangan ini ngepal, makanya suka banting dan mukuli barang” 4. Melatih pasien cara fisik 1 “Boleh mbak. Saya biasanya juga pakai cara ini kalau sudah kesal” 5. Menganjurkan pasien mencatat kegiatan “Kegiatan hari ini lumayan membuat saya sedikit tenang” 6. Evaluasi kegiatan hari ini “Perasaan saya lumayan rileks. Iya mbak boleh” 	
--	--	---	---	--

		<p>mengatasinya?” (Lampiran 1 Hal. 118)</p> <p>4. Melatih pasien cara mengendalikan perilaku kekerasan cara fisik 1 (relaksasi: tarik napas dalam) “Mari kita coba cara yang pertama. Jika bapak merasa kesal dan ingin marah, bapak tarik napas dalam yang panjang dan keluarkan perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan yang bapak rasakan” (Lampiran 1 Hal. 118)</p> <p>5. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian “Nah bagaimana bapak untuk kegiatan hari ini? Jangan lupa untuk mencatat kegiatan dibuku harian bapak” (Lampiran 1 Hal. 119)</p> <p>6. Berikan pujian atas keberhasilan</p>	<p>O :</p> <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menjelaskan penyebab, tanda dan gejala, akibat, serta cara mengontrol dari Resiko Perilaku Kekerasan <p>Psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan jabat tangan 2. Pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi tarik napas dalam <p>Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif 2. Pasien merasa lebih tenang dan rileks saat setelah melakukan latihan cara fisik 1 <p>A : SP 1 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 2</p>	
--	--	--	---	--

		<p>pasien, dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut</p> <p>“Untuk latihan hari ini cukup ya pak, bapak sudah mampu melakukannya dengan sangat baik. Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan tadi?”</p> <p>“Baiklah, besok saya akan kembali lagi untuk latihan cara yang kedua. Waktunya tidak lama pak, sama seperti hari ini. Apakah bapak bersedia?”</p> <p>(Lampiran 1 Hal. 119)</p>		
Sabtu, 08 Mei 2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya menggunakan prinsip komunikasi terapeutik</p> <p>”Selamat pagi pak, apakah masih ingat dengan saya?”</p> <p>(Lampiran 2 Hal. 121)</p> <p>SP 2 :</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien membalas sapaan perawat 2. Evaluasi kegiatan yang lalu 	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jadwal kegiatan pasien “Bagaimana perasaan bapak saat ini? Apakah ada yang membuat bapak kesal?” 2. Latih pasien cara fisik 2 (Pukul bantal/kasur) “Jika bapak merasa kesal dan tangan bapak sudah menggepal, pukul bantal atau kasur yang ada disekitar bapak. Bagaimana bapak? Apakah bersedia mencobanya?” (Lampiran 2 Hal. 122) 3. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian pasien mencatat kegiatan harian “Nah bagaimana bapak untuk latihan hari ini? Jangan lupa untuk mencatat kegiatan dibuku harian bapak” (Lampiran 2 Hal. 122) 4. Berikan pujian atas keberhasilan 	<p>“Baik-baik saja mbak”</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melatih pasien cara fisik 2 “Enak mukul bantal aja mbak, empuk” 4. Menganjurkan pasien mencatat kegiatan harian “Kegiatan hari ini lebih bisa membuat saya lega” 5. Evaluasi kegiatan hari ini “Untuk latihan hari ini saya lebih senang mbak, karena bisa mukul – mukul barang yang empuk” <p>O :</p> <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengingat nama perawat <p>Psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan cara 	
--	--	--	---	--

		<p>pasien, dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut</p> <p>“Untuk latihan hari ini cukup ya pak, bapak sudah mampu melakukannya dengan bagus. Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan latihan hari ini?”</p> <p>“Baiklah, besok saya akan kembali lagi untuk latihan cara yang ketiga. Waktunya sama seperti hari ini. Apakah bapak bersedia?”</p> <p>(Lampiran 2 Hal. 122-123)</p>	<p>fisik 2 (pukul bantal/kasur)</p> <p>Afektif</p> <p>1. Pasien merasa lebih tenang dan rileks setelah melakukan latihan cara fisik 2</p> <p>A : SP 2 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3</p>	
Minggu, 09 Mei 2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik</p> <p>“Selamat pagi pak N, masih ingat nama saya?”</p> <p>(Lampiran 2 Hal. 125)</p> <p>SP 3 (Lampiran 3) :</p> <p>1. Evaluasi jadwal kegiatan pasien</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien menyapa perawat “Selamat pagi mbak, iya ingat”</p> <p>2. Evaluasi kegiatan yang lalu “Tidak ada yang menyebabkan saya marah mbak. Kondisi saya juga lebih baik”</p>	

		<p>“Bagaimana perasaan bapak saat ini? Adakah hal yang menyebabkan bapak N marah?”</p> <p>2. Latih pasien cara fisik 3 (mengungkapkan perasaan , meminta dan menolak dengan baik) “Baiklah pak sesuai janji kita kemarin, sekarang kita akan latihan cara ketiga yaitu mengungkapkan perasaann, meminta dan menolak dengan baik” “Jika bapak dibuat marah/kesal dengan seseorang, bapak boleh bilang kepada seorang tersebut jika bapak merasa kesal. Bapak bisa mengungkapkan perasaan bapak (Saya tidak suka atas perlakuanmu, nanti saya marah)” “Bagaimana pak? Apakah bapak mau mencobanya?”</p>	<p>3. Latih pasien cara fisik 3 (mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik) “Iya mbak. Nanti saat saya merasa kesal, saya akan mengungkapkan dengan baik” “Saya tidak suka atas perlakuanmu, nanti saya marah”</p> <p>4. Mengajukan pasien mencatat kegiatan harian “Kegiatan hari ini lebih bisa membuat saya lega”</p> <p>5. Evaluasi kegiatan hari ini “Untuk latihan hari ini saya lebih lega”</p> <p>O : Kognitif</p> <p>1. Pasien mampu berbicara dengan</p>	
--	--	---	--	--

		<p>(Lampiran 2 Hal. 125-126)</p> <p>3. Anjurkan pasien mencatat kegiatan harian</p> <p>“Bagaimana bapak untuk latihan hari ini? Jangan lupa untuk mencatat kegiatan dibuku harian bapak</p> <p>4. Berikan pujian atas keberhasilan pasien, dan evaluasi perasaan pasien sebelum maupun sesudah kegiatan tersebut</p> <p>“Untuk kegiatan latihan selama tiga hari ini bapak telah melaksanakannya dengan baik.</p> <p>Baiklah pak, terima kasih atas kerja samanya. Semoga bapak lekas sembuh, dan jangan lupa menerapkan apa yang sudah saya ajarkan serta minum obat secara rutin”</p> <p>(Lampiran 2 Hal. 126)</p>	<p>baik</p> <p>2. Pasien menyebutkan perasaannya secara baik</p> <p>Psikomotor</p> <p>1. Pasien dapat mengungkapkan, menolak dan meminta dengan baik</p> <p>2. Pasien bersedia menepati janji dan kooperatif</p> <p>Afektif</p> <p>1. Pasien merasa lebih tenang saat mampu mengungkapkan yang dirasa</p> <p>A : SP 3 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 4</p>	
--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan kesenjangan tentang asuhan keperawatan pada Tn. N dengan Perilaku Kekerasan di ruang Gelatik I Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang dilakukan pada tanggal 07 – 09 Mei 2021 meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis mengadakan perkenalan diri dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien, dan pasien kooperatif. Data yang didapati pasien masuk di ruangan Gelatik pada tanggal 04 Mei 2021, saat dilakukan pengkajian dan wawancara didapati wajah pasien tampak tegang, bicara keras dan tegas, mata melotot dan sinis, mendominasi pembicaraan. Hal ini sesuai dengan teori (Keliat, 2019) yang menjelaskan bahwa pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan rentan melakukan perilaku yang dapat membahayakan orang lain secara fisik dan emosional. Adapun tanda dan gejala pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan berkesinampungan antara teori dengan kasus yang ditemukan selama penelitian.

Penelitian yang dilakakukan pada pasien Tn. N didapatkan faktor predisposisi yang menyebabkan pasien mengalami gangguan jiwa Resiko Perilaku Kekerasan yaitu pernah mengalami gangguan jiwa pada tahun 2010 dengan masalah Perilaku Kekerasan melukai dirinya sendiri. Data

yang didapatkan dari rekam medik pasien, tahun 2006 mengalami rehabilitasi NAPZA dan tahun 2010 mengkonsumsi alkohol. Hal tersebut dilakukan pasien karena merasa frustrasi dengan perilaku istrinya yang berselingkuh. Terdapat kesesuaian antara kasus dengan konsep teori (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016) mengatakan faktor predisposisi yang menyebabkan adalah biologis, psikologis, dan sosiokultural. Pengalaman dari masa lalu memengaruhi respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal, maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan.

Saat dilakukan pengkajian terhadap Tn. N pasien tampak rapi, menggunakan baju bersih dan sesuai. Aktivitas motorik pasien tampak gelisah dan tegang, tetapi pasien sudah mampu mengendalikan emosinya. Alam perasaan pasien tampak gelisah dan ingin segera pulang. Pasien aktif dan kooperatif saat wawancara dengan selalu menjawab pertanyaan. Proses pikir pasien normal, tidak berbelit-belit, dan relevan. Isi pikir tidak didapati waham, obsesi, phobia. Orientasi waktu dan tempat tinggal pasien menyebutkan dengan baik, waktu dan tempat wawancara dilaksanakan hari Jumat, 07 Mei 2021 Pukul 09.00 WIB di Ruang Gelatik. Pasien dapat mengingat kejadian masa lalu dalam jangka waktu panjang maupun pendek, dan pasien mampu mengakui penyakit yang dideritanya. Berdasarkan teori (Keliat, 2019) tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien Tn. N sesuai. Tanda gejala tersebut meliputi pandangan tajam dan melotot, gelisah, nada suara tinggi dan tegas.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori karena saat dilakukan pengkajian dan observasi didapati pasien menjalani pengobatan rawat jalan karena perasaan mudah tersinggungnya cepat kambuh. Setelah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur penulis sedikit mendapat kendala dalam memperoleh data dan riwayat keluarga karena selama penulis melakukan pengkajian pada pasien, keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya serta mengadakan pengkajian atau observasi kepada pasien secara wawancara dan didukung dengan rekam medis pasien.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan pada Tn. N pohon masalah pasien yang diteliti yaitu dengan Resiko Perilaku Kekerasan sebagai masalah utama, ketidakberdayaan sebagai penyebab yang dipengaruhi koping individu tidak efektif dan Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko, dan Resiko Bunuh Diri. Teori menurut (Makrifatul Azizah, Imam Zainuri, Amar Akbar, 2016) pohon masalah pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan yaitu Harga Diri Rendah sebagai *causa* yang didukung dengan Koping Individu Tidak Efektif serta Koping Keluarga Tidak Efektif, Perilaku Kekerasan sebagai *core problem*, dan Resiko Mencederai Diri sebagai efek. Penulis menemukan adanya ketidaksesuaian antara teori dengan kasus.

Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosis Resiko Perilaku Kekerasan pada pasien Tn. N yaitu dengan data objektif, subjektif, dan alasan masuk Rumah Sakit Jiwa seperti pasien marah – marah karena merasa tersinggung dengan perkataan orang lain sehingga menyebabkan pasien membanting meja yang ada didekatnya. Pernyataan dan respon pasien sesuai dengan teori menurut (Keliat, 2019) tentang tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan.

Berdasarkan data dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan prioritas pada Tn. N sebagai berikut (1) Resiko Bunuh Diri. Pasien pernah menciderai diri sendiri dengan cara menyayat tangannya pada tahun 2010 karena perselingkuhan istrinya. (2) Resiko perilaku kekerasan. Pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur karena pasien tersulut emosinya saat berbicara dengan orang lain dan membanting barang disekitarnya. (3) Ketidakberdayaan. Pasien mempunyai riwayat masa lalu tidak menyenangkan yaitu diselingkuhi dan ditinggal oleh istrinya pada tahun 2010 saat pasien di rawat di Rumah Sakit Jiwa yang menyebabkan pasien frustrasi. Asumsi peneliti antara teori dan tinjauan kasus pada pasien Tn. N terdapat perbedaan pada penyebab dan akibat dari perilaku kekerasan.

4.3. Rencana Keperawatan

Berdasarkan dengan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien Tn. N berfokus pada masalah utama, yaitu resiko perilaku kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

(SPTK). Pada tinjauan teori terdapat enam strategi pelaksanaan. Menurut (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015). (1) SP pada pasien. Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya, pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya, pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya. (2) SP pada keluarga. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien, diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku tersebut), diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain, bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan, buat perencanaan pulang bersama keluarga.

Pada rencana keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam rasionalnya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan yang kognitif, keterampilan menangani masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata diketahui keadaan pasien secara langsung. rasional rencana keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan, makan rasional tetap mengacu pada sasaran dan kriteria yang telah ditetapkan. Didalam keperawatan jiwa yang dilakukan adalah komunikasi terapeutik, dan untuk melakukan komunikasi terapeutik maka harus dibina hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat.

4.4. Pelaksanaan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi yang nyata, implementasi seringkali jauh lebih berbeda dengan rencana tertulis. Hasil penelitian pada Tn. N dengan Resiko Perilaku Kekerasan terdapat beberapa tindakan keperawatan yang sudah dilakukan, diantaranya: Pada hari Jumat, 07 Mei 2021 dilaksanakan tindakan pertama SP 1 yaitu membina hubungan saling percaya. Pilih strategi pemecahan masalah yang tepat dan sesuai dengan tingkat perkembangan pasien, pasien mampu mengidentifikasi penyebab, tanda gejala, dan akibat dari perilaku kekerasan. Kedua gunakan rencana modifikasi perilaku sesuai kebutuhan untuk mendukung strategi pemecahan masalah yang diajarkan, latih pasien cara fisik 1 yaitu relaksasi napas dalam. Ketiga bantu pasien untuk mengevaluasi bagaimana hasil yang tidak sesuai bisa dihindari dengan menggunakan pilihan perilaku yang berbeda. Pada pelaksanaan SP 1 pasien mampu menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif, kontak mata pasien (+) dengan tatapan tajam

dan sinis. Pada hasil wawancara respon verbal pasien dapat menyebutkan namanya Tn.N dan menjawab salam perawat. Pada saat dikaji, penulis menanyakan alasan dari Resiko Perilaku Kekerasan pada pasien dan pasien menjelaskan “Karena saya mudah tersinggung dengan perkataan orang lain mbak, kemudian melampiaskan ke barang yang ada disekitar saya”. Hasil observasi pasien mampu mengenali resiko perilaku kekerasan, kemudia penulis melatih pasien cara fisik 1 untuk mengontrol emosi pasien. Pasien kooperatif dan mampu mempratikkan cara fisik 1 relaksasi napas dalam.

Menurut penulis saat melakukan tindakan SP 1 tidak ditemukan kendala dan pasien kooperatif dalam wawancara maupun praktik latihan cara fisik yang diajarkan. Pasien mudah menerima intervensi penulis dikarenakan riwayat pasien di rawat empat kali di Rumah Sakit Jiwa Menur dan rutin melakukan kontrol. Secara kognitif, psikomotorik, dan afektif pasien mampu mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dan mempratikkan latihan cara fisik 1.

Kemudian pada hari kedua Sabtu, 08 Mei 2021 dilakukan tindakan SP 2 yang terdiri dari mengevaluasi kegiatan yang lalu yang terdiri dari mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dan latihan cara fisik 1, melatih pasien cara fisik 2 yaitu pukul bantal/guling, dan yang terakhir menganjurkan pasien mencatat jadwal kegiatan harian. Saat dilakukan tindakan, pasien mampu mempratikkan dengan baik. Pasien bersedia mencatat kegiatan harian dan kooperatif

Menurut penulis, secara kognitif, psikomotorik, dan afektif pasien mampu mengevaluasi jadwal harian dan berlatih mengungkapkan perasaan dengan baik. Penulis berharap bahwa pasien dapat mengontrol emosinya, dan mengurangi kegiatan membanting barang yang ada disekitarnya.

Sabtu, 09 Mei 2021 dilakukan tindakan SP 3 yang terdiri dari mengevaluasi kegiatan yang lalu yang terdiri dari mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dan latihan cara fisik 2, melatih pasien cara fisik 3 yaitu mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik, dan yang menganjurkan pasien mencatat jadwal kegiatan harian. Pasien mampu mengevaluasi kegiatan yang lalu mulai dari mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan, cara fisik 1, dan cara fisik 2. Kemudian penulis membantu pasien menuliskan perasaan yang dirasa pasien dibuku kegiatan pasien. Saat dilakukan tindakan, pasien mampu mempratikkan dengan baik menggunakan “Saya tidak suka dengan yang kamu lakukan, nanti saya bisa marah”. Hal tersebut direspon baik oleh pasien karena kondisi pasien yang mulai stabil untuk mengontrol emosinya.

Menurut penulis, secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu mengungkapkan secara verbal dengan perawat mengenai hal yang membuatnya kesal disertai dengan alasannya. Dengan cara ini diharapkan pasien mampu menerapkan kegiatan yang telah diajarkan.

Terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dengan teori menurut (Keliat, 2019). Dalam teori disebutkan bahwa tindakan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan seharusnya ada lima SP, tetapi saat penulis melakukan tindakan kepada pasien hanya terlaksana tiga

dikarenakan hari untuk pengkajian yang terbatas. Pada teori (Keliat, 2019) seharusnya tindakan keperawatan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Tetapi terdapat hambatan yang dihadapi penulis yaitu, SP keluarga tidak dapat dilakukan karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien selama di Rumah Sakit Jiwa Menur.

4.5. Evaluasi

Pada prinsipnya evaluasi yang ada pada tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus tidak mengalami perbedaan yang berarti, karena disesuaikan dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada perencanaan. Evaluasi pada tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Saat dilakukan evaluasi, penulis melaksanakan SP 1 pada tanggal 07 Mei 2021 dan pasien mampu mencapai SP 1 yaitu : membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, mengetahui tanda dan gejala, serta mempratikkan latihan fisik (tarik napas dalam). Pada evaluasi hari berikutnya, yaitu tanggal 08 Mei 2021 pasien mampu mencapai SP 2 yaitu : pukul bantal/kasur. Pada saat melakukan SP 3, pasien mampu melakukan latihan mengungkapkan perasaan, menolak dan meminta dengan baik. Pasien mengerti dan bisa mendemonstrasikan apa

yang sudah dipelajari dalam latihan sebelumnya. SP 3 tercapai oleh pasien Tn. N sampai tanggal 09 Mei 2021.

Hasil evaluasi pada pasien Tn. N sudah diterapkan dan perawat telah memberikan asuhan keperawatan dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan selama tiga hari dan masalah teratasi. Secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pada evaluasi SP 1 pasien kooperatif dan terbiasa melakukan teknik relaksasi, pasien mampu mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan. Evaluasi SP 2 pasien mampu melaksanakan kegiatan dengan baik dan bersedia menerapkannya, kondisi pasien mulai stabil dan rileks. Evaluasi SP 3 pasien mampu mempratikkan dan menyebutkan kegiatan sebelumnya. Pasien merasa lebih baik saat diajak berbicara mengenai masalahnya, perasaan pasien stabil dan perasaan mudah tersinggung berkurang.

Untuk mendukung kegiatan konsultasi dan pelaksanaan SPTK pada pasien, penulis berharap adanya dukungan lingkungan sekitar seperti tersedianya ruangan konsultasi agar pasien lebih mudah mencerna maksud dan tujuan penulis sehingga dapat menghasilkan kegiatan dan waktu yang lebih efektif.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian dan pengamatan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, maka penulis dapat mengambil beberapa kesimpulan yaitu :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa pada Tn. N masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia didapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur, pasien telah menjalani perawatan rehabilitasi sebelumnya. Perawatan yang pertama pada tahun 2006 karena NAPZA, dan perawatan lanjutan kedua tahun 2010 karena Perilaku Kekerasan. Kondisi pasien saat ini sudah lebih baik dan emosi pasien mulai stabil.
2. Pada penegakan diagnosis keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn. N dengan diagnosis medis skizofrenia didapatkan tiga Permasalahan aktual yaitu:

- a. Ketidakberdayaan
 - b. Resiko Perilaku Kekerasan
 - c. Resiko Bunuh Diri
3. Keterlibatan pasien dengan perawat saat sedang dirawat di Rumah Sakit sangat berpengaruh dengan proses penyembuhan dan pengendalian perilaku kekerasan
 4. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab hanya dapat dilakukan oleh perawat dengan melakukan pendekatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan melakukan strategi pelaksanaan yang bertingkat dan berlanjut
 5. Pada saat evaluasi terakhir tanggal 09 Mei 2021 semua tujuan sebagian dapat tercapai karena kondisi pasien yang kooperatif dan mampu mengenali masalahnya sendiri
 6. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan pada Tn. N yang dilaksanakan mulai tanggal 07 Mei 2021 sampai dengan 09 Mei 2021.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa, sehingga mahasiswa lebih professional dan lebih kreatif dalam mengaplikasikan secara langsung

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dengan mempelajari konsep perilaku kekerasan dalam melakukan perawatan pada pasien jiwa khususnya dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan sehingga perawat dapat membantu mengatasi pasien.

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan ketrampilan, menambah pengetahuan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

DATAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T. (2016). *KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Dermawan, D. dan R. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Dinarti; Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ii, B. A. B. (2015). Perilaku Kekerasan. *Buletin Psikologi*, 8(1), 5–18.
<https://doi.org/10.22146/bpsi.7414>
- Irwan, M., Fajriansyah, A., Sinuhadji, B., & Indrayana, M. . (2011). Penatalaksanaan skizofrenia. *E-Medicine*, 35–76.
- Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia*. UB Press.
- Jayani, D. H. (2019). *Persebaran Prevalensi Skizofrenia / Psikosis di Indonesia*. 2019.
- Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
<https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Keliat, B. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC.
- Makrifatul Azizah Imam Zainuri Amar Akbar, L. (2016). *Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. www.indomediapustaka.com
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. ANDI OFFSET.
- PEDOMAN DIAGNOSTIK dari PPDGJ-III*. (n.d.).
- PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER, & UDAYANA, F. K. U. R. S. U. P. S. (2017). *Buku Panduan Belajar Koas Ilmu Kedokteran Jiwa*.

https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/90e58bdb1609ff9f42d2f7f794397ab4.pdf

Septyaningtyas, R. A. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangguan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*.

Smarpatien. (2016). Schizophrenia-Indonesian. *Hospital Autirity: SMAR PATIEN*.

Tri, E., Subaktilah, Y., Elisanti, A. D., & Verma, S. dan. (2020). *Jurnal Kesehatan Jurnal Kesehatan*. 8(1), 10–15.

Widiyawati, W. (2020). *Keperawatan Jiwa*. Literasi Nusantara.

Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 1–366. <https://doi.org/ISBN978-xxx-xxx-xx-x>

Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial Di Pelayanan Klinis Dan Komunitas*. Budi Utama.

LAMPIRAN 1**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN****(SP 1)**

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

A. Proses Keperawatan**1. Kondisi Pasien**

Pasien tampak tenang, rapi, dan memakai baju yang bersih dan sesuai.

Pasien kooperatif dan mampu menjawab pertanyaan dengan baik

2. Diagnosis/Masalah Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan**a. Umum**

Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya

b. Khusus

- Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- Pasien mampu mendemonstrasikan latihan fisik 1 (tarik napas dalam)

4. Tindakan keperawatan

SP 1 : Membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi penyebab marah, cara fisik 1 (relaksasi: tarik napas dalam)

B. Strategi Pelaksanaan

1. Orientasi:

a. Salam

“Selamat pagi, saya Oktalia, mahasiswa perawat dari STIKES Hang
Tuah”

“Siapa nama Bapak?” , “Senang dipanggil apa?” , “Saya panggil Pak N
ya.”

“Tanggal lahirnya berapa?”

b. Evaluasi

“Apa yang Bapak N rasakan? “

“Jadi Pak N sering kesal atau marah“ , “Sudah berapa lama? “

“Apa yang sudah dilakukan untuk mengatasinya? “ , “Apakah
berhasil? “

c. Kontrak

“Bagaimana kalau saya periksa dulu tentang marah dan belajar cara
mengendalikannya? “

“Waktunya 30 menit, apakah Pak N setuju? “ , “Kita lakukan di
sini saja ya? “

2. Kerja

a. Pengkajian

- Penyebab

“Apa yang menyebabkan Bapak marah? Apakah disertai rasa akesal atau kecewa dan ingin memukul? “

- Tanda/gejala

“Apakah yang dirasakan saat marah? Apakah merasa tegang, tangan terkepal, mengatup rahang dengan kuat? “

- Akibat

“Apakah akibatnya jika marah demikian? Dengan cara seperti itu bisa menghilangkan rasa marah? “

b. Diagnosa

“Pak N sering kesal dengan melempar barang dan masih sulit mengendalikan marah sehingga terjadi resiko perilaku kekerasan. Apakah Bapak ingin belajar mengendalikannya? “

c. Tindakan

“Baiklah, saya akan bantu Bapak untuk mengatasi marah dengan cara yang pertama“

- Latihan relaksasi napas dalam

“Bapak jika merasamarah atau kesal tarik napas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti mengembuskan kekesalan Bapak N.“

3. Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan Pak N setelah latihan tadi?”

b. Evaluasi objektif

“Apa saja latihan yang sudah kita coba tadi? Coba Bapak sebutkan“

c. Rencana tindak lanjut

“Selanjutnya mari kita buat jadwal latihannya. Latihan relaksasi berapa kali sehari? Dan besok kita akan belajar cara yang kedua” , “Tidak lama hanya 30 menit saja ditempat ini“

LAMPIRAN 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

(SP 2)

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

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- Pasien tampak rapi memakai baju pasien yang bersih dan sesuai.
Pasien bisa membina hubungan saling percaya dengan perawat
- Pasien dapat mengidentifikasi penyebab marah

2. Diagnosis/Masalah Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan

a. Umum

Pasien dapat mengenali penyebab marah

b. Khusus

- Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
- Pasien mampu mengidentifikasi akibat dari resiko perilaku kekerasan

- Pasien mampu mendemonstrasikan latihan fisik 2 (mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik)

4. Tindakan keperawatan

SP 2 : Membantu pasien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul bantal/kasur)

B. Strategi Pelaksanaan

1. Orientasi:

a. Salam

“Selamat pagi pak, apa masih ingat nama saya?”

b. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Adakah sesuatu hal yang membuat Bapak kesal?”

c. Kontrak

“Baik, sesuai janji kita yang kemarin kita akan latihan cara yang kedua. Waktunya tidak lama Pak, hanya 30 menit saja”

2. Kerja

a. Pengkajian

- Penyebab

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

- Tanda/gejala

“Apakah yang dirasakan saat marah? Apakah merasa tegang, tangan terkepal, mengatup rahang dengan kuat?”

- Akibat

“Apakah akibatnya jika marah demikian? Dengan cara seperti itu bisa menghilangkan rasa marah?”

b. Diagnosa

“Pak N sering kesal dengan melempar barang dan masih sulit mengendalikan marah sehingga terjadi risiko perilaku kekerasan. Apakah Bapak ingin belajar mengendalikannya?”

c. Tindakan

“Baiklah, saya akan bantu Bapak untuk mengatasi marah dengan cara yang kedua”

- Latihan memukul kasur atau bantal

“Saat bapak sedang marah/ jengkel, bapak langsung pergi ke kamar. Kemudian Bapak bisa memukul bantal/kasur jika merasa jengkel. Seperti meluapkan kekesalan bapak ke bantal/ kasur tersebut”

3. Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan Pak N setelah latihan tadi?”

b. Evaluasi objektif

“Apa saja latihan yang sudah kita coba tadi? Coba Bapak sebutkan”

c. Rencana tindak lanjut

“Selanjutnya mari kita buat jadwal latihannya. Latihan curhat dengan siapa saja? Bagaimana dengan latihan bicara yang baik terhadap orang yang menimbulkan rasa marah?”

“Baiklah, karena Bapak sudah mempratikkan dengan baik besok kita akan belajar cara mengungkapkan marah yang sehat, untuk memastikan perasaan Bapak”

“Waktunya tidak lama, hanya 30 menit. Kita bisa bertemu lagi ditempat ini Pak”

LAMPIRAN 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

(SP 3)

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

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

Pasien sudah mengetahui perasaan marah dan akibat tindakan yang dilakukan saat marah. Pasien tampak tenang dan kooperatif

2. Diagnosis/Masalah Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan

a. Umum

Pasien dapat memilih cara relaksasi untuk menenangkan perasaan marah

b. Khusus

- Pasien mampu memilih cara yang konstruktif
- Pasien mampu mendemonstrasikan satu cara marah yang konstruktif
- Pasien mampu mendemonstrasikan cara fisik 3 (mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik)

4. Tindakan keperawatan

SP 3 : Membantu pasien menemukan cara yang konstruktif dalam merespon kemarahan dan latih cara fisik 3 (mengungkapkan perasaan, meminta dan menolak dengan baik)

B. Strategi Pelaksanaan

1. Orientasi:

a. Salam

“Selamat pagi Bapak N”

b. Evaluasi

“Bagaimana perasaan Bapak hari ini?”

c. Kontrak

“Pagi hari ini kita akan berlatih cara mengungkapkan marah yang sehat, benar kan pak?” , “Sesuai janji kita yang kemarin, kita hanya melaksanakan 30 menit saja”

2. Kerja

a. Pengkajian

“Menurut Bapak N, bagaimana cara mengungkapkan marah yang benar? Tentunya tidak merugikan/ membahayakan orang lain ya pak”

b. Tindakan

Latihan bicara yang baik

“Pak N dapat berlatih cara meminta dengan santun, menolak dengan tepat, dan cara mengatakan rasa tidak senang. Nah sekarang mari kita coba bersama-sama“

“Mari kita ulangi bersama – sama apa saja yang sudah bapak pelajari”

“Yang pertama dengan menarik nafas dalam saat marah/ jengkel sehingga menjadi rileks”

“Yang kedua, Bapak juga bisa memukul bantal/kasur jika merasa jengkel”

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

3. Terminasi

a. Evaluasi subjektif

“Bagaimana perasaan Pak N setelah berlatih cara marah yang sehat?”

b. Evaluasi objektif

“Apa saja latihan yang sudah kita coba tadi? Coba Bapak sebutkan”

c. Rencana tindak lanjut

“Selanjutnya mari kita buat jadwal latihannya, dan bagaimana jika keluarga Bapak N dating kita ajak berbicara cara marah yang sehat?”

“Butuh waktu berapa lama kira-kira akan mengobrol? Bagaimana jika 30 menit saja? , “Baiklah Bapak, semoga lekas sembuh”

LAMPIRAN 4**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN**

Nama Pasien : Tn. N

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : Oktalia Lestari Afandi

Petunjuk :

Berilah tanda checklist (✓) jika pasien mampu melakukan kemampuan dibawah ini

No.	Kemampuan	Tanggal		
		Pasien SP 1 - 3 07	08	09
1	Mengidentifikasi peyebab PK	✓	✓	✓
2	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK	✓	✓	✓
3	Mengidentifikasi PK yang dilakukan	✓	✓	✓
4	Mengidentifikasi akibat PK	✓	✓	✓
5	Menyebutkan cara mengendalikan PK	✓	✓	✓
6	Membantu mempratikkan latihan nafas dalam	✓	✓	✓

7	Menganjurka pasien memasukkan dalam kegiatan harian	✓	✓	✓
8	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	✓	✓	✓
9	Melatih pasien mengontrol PK pukul bantal/kasur	✓	✓	✓
10	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	✓	✓	✓
11	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian	✓	✓	✓
12	Mengontrol PK dengan cara verbal meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif	✓	✓	✓
13	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	✓	✓	✓