

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh :

BUNGA AYU APRILLIA PUTRI
NIM. 182.0005

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

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



Oleh :

BUNGA AYU APRILLIA PUTRI
NIM. 182.0005

**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

A handwritten signature in black ink is written over a 10,000 Indonesian Rupiah postage stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'REPUBLIK INDONESIA', and '4BC96A 90039 00'. The signature is written in a cursive style and includes the name 'Bunga Ayu Aprillia Putri'.

BUNGA AYU APRILLIA PUTRI

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

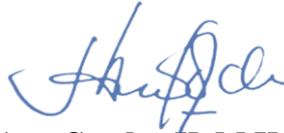
Nama : BUNGA AYU APRILLIA PUTRI
Nim : 182.0005
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Masalah
Utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan
Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik
Rumah Sakit Menur Provinsi Jawa Timur.

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 06 Juni 2021

Pembimbing



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

NIP. 03.043

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 18 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : BUNGA AYU APRILLIA PUTRI
Nim : 182.0005
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Menur Provinsi Jawa Timur.

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

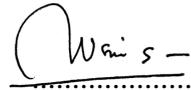
Hari, tanggal : Jumat, 18 Juni 2021

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 : Dr. A.V. Sri Suhardiningsih,S.Kp.,M.Kes
NIP.03.038

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

Penguji III : Ns. Sukma Ayu Candra K, M.Kep.,Sp.Kep.J
NIP.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 Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

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

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

1. Dr. Mujhammad Hafidin Ilham, SpAn, selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, yang telah memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Surabaya dan Penguji 1 yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Ns. Lela Nurlela, S.Kp.,M.Kes selaku penguji 2, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. 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 dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Kedua Orangtua saya tercinta yang selalu mensupport dan memberikan yang terbaik baik lahir maupun batin, gelar dan karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk beliau.
8. Adik saya tersayang Evan Hermawan Putra yang selalu membantu dan mendukung saya hingga saat ini.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan Oktalia, Elda, Nuril, Safena, Siska, Moza, Izza, Silvia, Giga, Rommy, Satriyo, Ghora, Ivan dan teman-teman lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Sahabat saya dari kecil Faila Alfi Cahya Amalia yang telah memberikan semangat serta dorongan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, dan saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
11. Teman – teman saya D-III Angkatan 24 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.
12. Dan yang terakhir, untuk seseorang lelaki diluar sana yang sedang menungguku, mungkin aku mengenalmu, mungkin tidak, mungkin kita pernah bertemu, mungkin juga belum. Siapapun dirimu, akan segera kucari dan kujemput. Bersabarlah, tunggu aku InsyaAllah.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga

karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 01 Juni 2021



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL DALAM	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 Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penulisan.....	4
1.4.1 Akademis.....	4
1.4.2 Secara Praktis, Tugas Akhir Ini Akan Bermanfaat.....	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Skizofrenia.....	8
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	8
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	9
2.1.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	10
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia.....	12
2.1.5 Pengobatan Skizofrenia.....	16
2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan.....	18
2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan.....	18
2.2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan.....	19
2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan.....	20
2.2.4 Etiologi.....	21
2.2.5 Proses Terjadinya Marah.....	25
2.2.6 Penatalaksanaan Medis.....	26
2.3 Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Risiko Perilaku Kekerasan.....	28
2.3.1 Pengkajian.....	28
2.3.2 Pohon Masalah.....	31
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	32
2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan.....	32
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	35

2.3.6	Evaluasi Keperawatan.....	36
2.4	Konsep Komunikasi Terapeutik.....	37
2.4.1	Definisi Komunikasi Terapeutik.....	37
2.4.2	Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan.....	38
2.4.3	Karakteristik Komunikasi.....	39
2.4.4	Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik.....	41
2.5	Konsep Stress dan Adaptasi.....	42
2.5.1	Definisi Stress.....	42
2.5.2	Macam-macam Stress.....	43
2.5.3	Sumber Stressor.....	44
2.5.4	Cara Mengendalikan Stress.....	45
2.5.5	Definisi Adaptasi.....	45
2.5.6	Macam-macam Adaptasi.....	46
2.5.7	Definisi Mekanisme Koping.....	50
2.5.8	Jenis-jenis Mekanisme Koping.....	51
2.5.9	Karakteristik Mekanisme Koping.....	53
2.5.10	Sumber Koping.....	55
BAB 3 TINJAUAN KASUS		
3.1	Pengkajian.....	56
3.2	Pohon Masalah.....	71
3.3	Analisa Data.....	72
3.4	Rencana Keperawatan.....	74
3.5	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	82
BAB 4 PEMBAHASAN		
4.1	Pengkajian.....	92
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	96
4.3	Rencana Keperawatan.....	98
4.4	Pelaksanaan.....	99
4.5	Evaluasi.....	103
BAB 5 PENUTUP		
5.1	Kesimpulan.....	106
5.2	Saran.....	108
DAFTAR PUSTAKA.....		110

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	72
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. A di Ruang Gelatik 1.....	74
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi.....	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Rentang Respon Marah.....	19
Gambar 2.3 Pohon Masalah.....	31
Gambar 3.1 Genogram.....	61
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku Kekerasan.....	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	112
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....	115
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien.....	118
Lampiran 4 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien....	121

DAFTAR SINGKATAN

TUK	= Tujuan Khusus
TUM	= Tujuan Umum
SP	= Strategi Pelaksanaan
DO	= Data Objektif
DS	= Data Subyektif
Kg	= Kilogram
Tn	= Tuan
mmHg	= Milimeter Hektogram
O	= Obyektif
No	= Nomor
WHO	= <i>World Health Organization</i>
RS	= Rumah Sakit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan Jiwa menurut WHO adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Gangguan jiwa adalah kondisi psikologis individu dimana mengalami penurunan fungsi tubuh, merasa tertekan, tidak nyaman, dan penurunan fungsi peran individu dimasyarakat. Menurut WHO, gangguan jiwa saat ini menjadi prioritas masalah kesehatan bagi setiap negara, adalah skizofrenia. Salah satu diagnosa keperawatan yang muncul pada skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan. Risiko Perilaku kekerasan sendiri yaitu perilaku yang membahayakan orang lain, dan diri sendiri secara fisik dan emosional ditandai dengan verbal yang kasar dan merusak lingkungan.

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Gangguan jiwa berat di Indonesia, seperti Skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang. Provinsi Jawa Timur berada diposisi 19 dari 34 provinsi (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap yaitu, pada tahun 2021 selama 4 bulan terakhir yang berjumlah 1.299 orang, dengan rincian halusinasi 61%, perilaku kekerasan 20%, isolasi sosial 12%, defisit perawatan diri 4% dan gangguan citra tubuh 3%. Sedangkan data pasien di

Ruang Gelatik pada bulan Maret sampai Mei diagnosa terbanyak adalah perilaku kekerasan.

Risiko perilaku kekerasan kalau tidak ditangani dengan segera akan berakibat fatal seperti melakukan perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri seperti melukai diri untuk bunuh diri, orang lain seperti melukai atau membunuh orang lain dan lingkungan sekitar seperti perilaku merusak lingkungan, melempar kaca atau barang, dan semua yang ada di lingkungan. Perilaku ini dapat menimbulkan kerugian baik untuk diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien risiko perilaku kekerasan ialah dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien seperti membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengajarkan dan melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan, mengajak pasien mengikuti kegiatan TAK. Adapun yang dapat mengatasi risiko perilaku kekerasan dengan farmakoterapi yaitu pengobatan dengan neuroleptika, seperti Clorpromazine HCL, terapi okupasi, terapi somatik, terapi kelompok dan terapi kejang listrik. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015). Oleh karena itu dibutuhkan asuhan keperawatan jiwa yang lebih dalam pada pasien perilaku kekerasan agar dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasannya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A masalah utama Risiko Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Risiko Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji data pasien pada Tn.A masalah utama Risiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.A masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat

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

1.4.1 Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan.

1.4.2 Secara Praktis, Tugas Akhir Ini Akan Bermanfaat :

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan baik.

2. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukkan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

3. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Penelitian ini menggunakan 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.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan dengan pasien

2. Observasi

Data yang diambil melalui hasil observasi dari keadaan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

3. Pemeriksaan

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

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien

2. Data Sekunder

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

1.5.4 Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

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

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal sering kali di ikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsangan pancaindra). Pada penderita ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja (Azizah et al., 2016)

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).

Skizofrenia adalah bagian dari gangguan psikosis yang terutama ditandai dengan kehilangan pemahaman terhadap realitas dan hilangnya daya tilik diri (Insight) (Sadock et al, 2014) dari buku (Surya & Istiqomah, 2018). Menurut pedoman penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III), Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Surya & Istiqomah, 2018).

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Adapun beberapa faktor penyebab Skizofrenia dalam Nanda NIC NOC, (2015).

1. Keturunan

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

2. Metabolisme

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

3. Susunan Saraf Pusat

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

4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya Skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (Otisme).

5. Teori Sigmund Freud

- a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik.
- b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme dan
- c. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (Transference) sehingga terapi psikonanalitik tidak mungkin.

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Gejala menurut Bleuler dalam (Fillat, 2018) adalah :

1. Gejala Primer

- a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkohherensi.

- b. Gangguan afek emosi
 - (1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - (2) Paramimi dan paratimi
 - (3) Emosi dan afek serta eksperinya tidak mempunyai satu kesatuan
 - (4) Emosi berlebihan
 - (5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- c. Gangguan kemauan
 - (1) Terjadi kelemahan kemauan
 - (2) Perilaku negativisme atas permintaan
 - (3) Otomatisme : merasa pikiran/ perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
- d. Gangguan psikomotor
 - (1) Stupor atau *hiperkinesia, logorea dan neologisme*
 - (2) *Stereotipi*
 - (3) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
 - (4) *Echolalia dan Echopraxia*

2. Gejala Sekunder

a. Waham dan Halusinasi

Istilah ini menggambarkan persepsi sensori yang salah, yang mungkin meliputi salah satu dari kelima pancaindra. Halusinasi pendengaran dan penglihatan yang paling umum terjadi, halusinasi penciuman, perabaan, dan pengecapan juga dapat terjadi.

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ-III (Maslim R, 2013), yaitu :

1. Skizofrenia Paranoid (F 20.0)
 - a. Memenuhi Kriteria Skizofrenia
 - b. Halusinasi dan/ atau waham harus menonjol : Halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal, halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual, waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia Hebefrenik (F 20.1)
 - a. Memenuhi kriteria Skizofrenia
 - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun)
 - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri Gejala bertahan 2-3 minggu
 - d. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses fikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
 - e. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.

- f. Afek dangkal (Shallow) dan tidak wajar (In appropriate), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.

3. Skizofrenia Katatonik (F20.2)

- a. Memenuhi kriteria diagnosis Skizofrenia
- b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
- c. Gaduh-gelisah (Tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
- d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
- e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
- f. Rigiditas (Kaku)
- g. Flexibilitas cerea (Waxy Flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
- h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
- i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif

4. Skizofrenia Tak Terinci Atau Undifferentiated (F 20.3)

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia
- b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik

- c. Tidak memenuhi skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia

5. Skizofrenia Pasca-Skizofrenia (F 20.4)

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini
- b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
- c. Gejala-gejala depresi menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F 32.-), dan telah ada dalam
- d. kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F 32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0-F20.3).

6. Skizofrenia Residual (F 20.5)

- a. Gejala “Negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah

sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.

- d. Tidak terdapat demensia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia Simpleks (F 20.6)

- a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara menyakinkan karena tergantung pada pematapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari :

- (1) Gejala “Negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.

- (2) Disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

- b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya.

8. Skizofrenia Lainnya (F 20.8)

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

9. Skizofrenia Tak Spesifik (F 20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan ke dalam tipe yang telah disebutkan.

2.1.5 Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan Skizofrenia menurut (Hafifah et al., 2018) yaitu :

1. Antipsikotik

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

a. Anti Psikotik Generasi Pertama

Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblokir reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65 % hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak.

b. Anti Psikotik Generasi Kedua

Antipsikotik generasi kedua ini seperti Risperidone, Olanzapine, Quetiapine, Lurasidone, dan Klozapin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin, sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi Kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Dalam penelitian jurnal ini menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik

b. *Social Skill Training*

Menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan dalam penelitian jurnal bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada penderita Skizofrenia

c. PANSS

PANSS digunakan pada pasien rawat inap Skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil.

d. LAI (Long-Acting Injectable)

Farmakoterapi baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Dan penelitian dalam jurnal (Hafifah et al., 2018), membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik (Aripiprazole, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone dan Paliperidone Extendedrelease) menjadi Paliperidone 1 kali selama 1 bulan memberikan respon dan tolerabilitas yang baik. LAI menawarkan afek terapeutik panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat, dan jadwal pengobatan.

2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

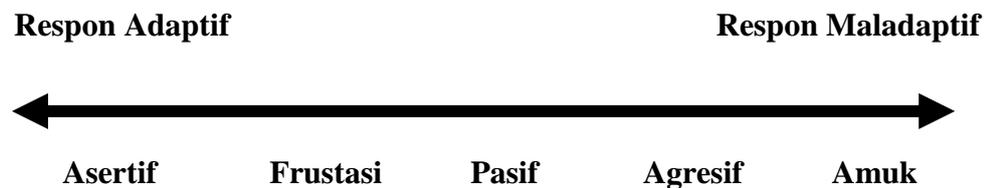
2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko Perilaku kekerasan merupakan suatu perilaku yang rentan dimana seseorang dapat membahayakan fisik baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan dimana perilaku kekerasan ini dapat dilakukan secara verbal maupun fisik dengan tingkah laku yang tidak terkontrol. Risiko Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Sedangkan risiko perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditunjukkan untuk melukai atau membunuh orang lain. Dan risiko perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, gunting, dan semua yang ada di sekitar lingkungan tersebut. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

Risiko perilaku kekerasan menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) adalah suatu individu yang rentan melakukan perilaku yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain secara fisik dan emosional. Perilaku kekerasan dapat berupa verbal, fisik, dan lingkungan.

2.2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Rentang Respon marah menurut (Azizah et al., 2016), pada pasien risiko perilaku kekerasan status rentang emosi merupakan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.2 Rentang Respon Marah (Ah.Yusuf (2014))

- Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain
- Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat
- Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan
- Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

2.2.3 Tanda dan Gejala

Dalam buku asuhan keperawatan jiwa (Budi Anna Keliat et al., 2019), Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

1. Mayor
 - a. Subjektif
 - (1) Mengatakan benci/ kesal dengan orang lain
 - (2) Mengatakan ingin memukul orang lain
 - (3) Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan
 - (4) Mengungkap keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan
 - b. Objektif
 - (1) Melotot
 - (2) Pandangan tajam
 - (3) Tangan mengepal, rahang mengatup
 - (4) Gelisah dan mondar-mandir
 - (5) Tekanan darah meningkat, nadi dan pernafasan meningkat
 - (6) Merusak lingkungan
 - (7) Mudah tersinggung
 - (8) Nada suara tinggi dan bicara kasar
 - (9) Memukul orang lain

2. Minor

a. Subjektif

- (1) Mengatakan tidak senang
- (2) Menyalahkan orang lain
- (3) Mengatakan diri berkuasa
- (4) Merasa gagal mencapai tujuan
- (5) Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi.
- (6) Suka mengejek dan mengkritik

b. Objektif

- (1) Disorientasi
- (2) Wajah merah
- (3) Postur tubuh kaku
- (4) Sinis
- (5) Bermusuhan
- (6) Menarik diri.

2.2.4 Etiologi

Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teori dan aplikasi praktik klinik (Azizah et al., 2016). Ada beberapa faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan, yaitu :

1. Faktor Predisposisi

A. Faktor Biologis

(a.) *Neurologic factor*

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 menstimulasikan timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

(b.) Faktor genetik

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

(c.) Faktor biokimia

Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (*ephinephrin, norepinephrin, dopamin, asetikolin, dan serotonin*). Peningkatan hormon androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebrata dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

(d.) *Instinctual Drive Theory* (Teori dorongan naluri)

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

B. Faktor Biologis

(a.) Teori psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. 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 Risiko 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*

Risiko 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 konstruktif maka individu akan memenuhi kebutuhan melalui perilaku destruktif.

C. Faktor Social cultural

(a.) *Social environment theory* (teori lingkungan)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah, budaya tertutup dan membalas secara diam

(pasif agresif) dan control sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima.

(b.) *Social learning theory* (teori belajar sosial)

Risiko perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi

2. Faktor Presipitasi

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal, dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tindak kekerasan dalam menyelesaikan konflik
- d. Ketidak mampuan menempatkan dirinya sebagai orang dewasa
- e. Adanya riwayat perilaku antisosial 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

3. Faktor lainnya menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) :

- a. Waham
- b. Curiga pada orang lain
- c. Halusinasi

- d. Berencana bunuh diri
- e. Kerusakan kognitif
- f. Disorientasi atau konfusi
- g. Kerusakan kontrol impuls
- h. Depresi
- i. Penyalahgunaan NAPZA
- j. Gangguan konsep diri
- k. Isolasi sosial

2.2.5 Proses Terjadinya Marah

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

Respons marah dapat di ekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015).

Resiko perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual yang rentan

melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain, secara verbal maupun non verbal, bertujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis (Berkowitz, 2000) dalam buku (Azizah et al., 2016).

2.2.6 Penatalaksanaan Medis

Menurut Prabowo (2014) dalam jurnal (Sangadah, 2020), Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan untuk pasien gangguan jiwa antara lain :

1.) Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya *Clorpromazine HCL* yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Apabila tidak ada, dapat digunakan dosis efektif rendah. Contohnya *Trifluoperasine estelasine*, bila tidak ada juga, maka dapat menggunakan *Transquilizer* bukan obat antipsikotik seperti *neuroleptika*, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

2.) Terapi Okupasi

Terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arto kegiatan bagi dirinya. Terapi ini

merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatan.

3.) Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal.

Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.

4.) Peran Serta Keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder), dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

5.) Terapi Somatik

Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan

melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

6.) Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik atau *electro convulsive therapy* (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali.

2.3 Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa (Dermawan & Rusdi, 2013). Pengkajian Pada Risiko Perilaku Kekerasan seperti berikut :

1. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang mendukung terjadinya masalah risiko perilaku kekerasan adalah faktor biologis, psikologis dan sosiokultural.

a. Faktor Biologis

(1) *Instinctual Drive Theory* (Teori Dorongan Naluri)

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

(2) *Psychosomatic Theory* (Teori Psikosomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini

sistem limbik berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b. Psikologis

(1) *Frustration Aggression Theory* (Teori Agresif-Frustasi)

Menurut teori ini risiko perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu tapi gagal atau menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

(2) *Behavior Theory* (Teori Perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas/ situasi yang mendukung.

(3) *Eksistensial Theory* (Teori Eksistensi)

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan memenuhinya melalui berperilaku destruktif.

c. Faktor Sosiokultural

(1) *Social Environment Theory* (Teori Lingkungan Sosial)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individual mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespons asertif atau agresif.

(2) *Social Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Risiko Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Faktor Presipitasi

Stressor yang mencetuskan risiko perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar (serangan fisik, kehilangan, rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain) maupun dari dalam (putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain). Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan, yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

3. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping pasien sehingga dapat membantu pasien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti “Displacement”, sublimasi, proyeksi, represi, denial dan reaksi formasi.

4. Perilaku

Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain yaitu :

(1) Menyerang atau menghindari (*Fight or Flight*).

Dalam keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom beraksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan Tekanan Darah meningkat, takikardia, wajah memerah, pupil melebar, mual sekresi HCL meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat disertai

ketegangan otot, seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku disertai refleks yang cepat.

(2) Menyatakan secara asertif (*Assertiveness*).

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku Asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Disamping itu perilaku ini dapat juga untuk mengembangkan diri pasien.

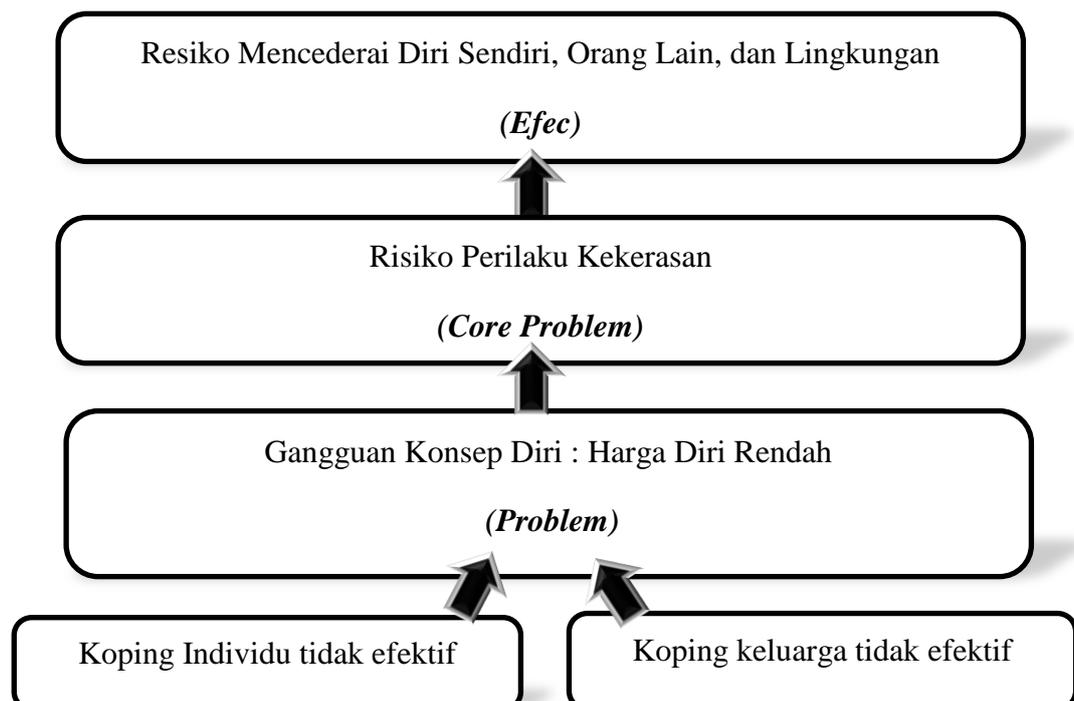
(3) Memberontak (*Acting Out*)

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku “Acting Out” untuk menarik perhatian orang lain.

(4) Perilaku Kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan..

2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2.3 : Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan (Azizah et al., 2016)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Menurut (Dermawan & Rusdi, 2013) dalam bukunya Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah risiko perilaku kekerasan adalah :

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

2.3.4 Rencanan Tindakan Keperawatan

Menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) dalam bukunya, Asuhan Keperawatan Jiwa, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tindakan Keperawatan Ners

A. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- a. Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengkaji penyebab risiko perilaku kekerasan

- c. Pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan
- d. Pasien mampu memahami akibat dari risiko perilaku kekerasan

B. Tindakan Keperawatan

- a. Latih pasien untuk melakukan relaksasi : Tarik nafas dalam, Pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan
- b. Latih pasien untuk bicara dengan baik : Mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.
- c. Latih de-eskalasi secara verbal maupun tertulis
- d. Latih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut (sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya).
- e. Latih pasien patuh minum obat dengan cara 8 benar (benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi).
- f. Bantu pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan.
- g. Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
- h. Berikan pujian pada pasien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan risiko perilaku kekerasan.

2. Tindakan pada keluarga

A. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 30 menit maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- a. Keluarga mampu memahami pengertian risiko perilaku kekerasan
- b. Keluarga dapat memahami penyebab risiko perilaku kekerasan
- c. Keluarga dapat memahami dan menjelaskan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- d. Keluarga mampu memahami cara merawat pasien risiko perilaku kekerasan

B. Tindakan Keperawatan

- 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 :
- e. Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman: Mengurangi stres 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 (TAK)

A. Tindakan Keperawatan

Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi

- a. Sesi 1 : Mengetahui risiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- b. Sesi 2 : Mencegah risiko perilaku kekerasan secara fisik

- c. Sesi 3 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan verbal
- d. Sesi 4 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- e. Sesi 5 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

2.3.5 Implementasi

Implementasi Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapinya ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteri hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk pasien-keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Safitri, 2019). Jadi implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Implementasi Keperawatan Jiwa Pada Risiko Perilaku Kekerasan ada 5 SP menurut buku AIPVIKI (Rahmawati, 2019), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Pada SP 1 pasien risiko perilaku kekerasan yaitu latih cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasannya yaitu dengan tarik nafas dalam, SP 2 yaitu latih

cara fisik 2 dengan memukul kasur atau bantal, SP 3 yaitu dengan latihan bicara verbal yang baik, SP 4 yaitu dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah sesuai dengan agama yang dianut pasien, dan SP 5 yaitu dengan cara rutin meminum obat (8 benar). Dengan di berikannya SP pada pasien risiko perilaku kekerasan diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya agar tidak merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

2.3.6 Evaluasi

Menurut (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015) dalam Bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa. Adapun Evaluasi pada pasien dengan diagnosa risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan pada pasien dan keluarga :

1. Pada Pasien
 - a. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan yang biasanya dilakukan, serta akibat dari risiko perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - b. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
 - (1) Secara fisik,
 - (2) Secara sosial/ verbal
 - (3) Secara spiritual
 - (4) Terapi psikofarmaka.
2. Pada Keluarga
 - a. Keluarga mampu mencegah terjadinya risiko perilaku kekerasan

- b. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien.
- c. Keluarga mampu memotivasi pasien dengan melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan.
- d. Keluarga mampu mengidentifikasi risiko perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat.

2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Fitria, 2018). Sedangkan menurut Stuart & Sundeen komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud yang mempengaruhi orang lain. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara pasien dan perawat yang membantu pasien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain. Dari beberapa pengertian di atas dapat penulis simpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien dan membina hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien.

Komunikasi ialah faktor penting bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pasien. Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin berkualitas pula asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien karena

komunikasi yang baik dapat membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien. Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, tapi juga dapat menumbuhkan sikap empati dan *caring*, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan bahkan dapat meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit (Sarfika et al., 2018).

2.4.2 Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan

Menurut Buku Ajar Keperawatan Dasar (Sarfika et al., 2018), prinsip-prinsip komunikasi terapeutik meliputi :

1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri (*self awareness*) yang berarti memahami nilai-nilai yang dianut
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
3. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental
4. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut
5. Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi

6. Perawat harus mampu mengontrol perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan emosional seperti perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan, maupun frustrasi
7. Perawat harus mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya
8. Perawat harus mampu memahami arti empati dan menggunakannya sebagai tindakan yang terapeutik, dan mampu memahami arti simpati yang bukan sebagai tindakan terapeutik
9. Perawat harus mampu memahami bahwa kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik
10. Perawat harus mampu menjadi role model agar dapat menyakinkan dan sebagai contoh kepada orang lain tentang perilaku sehat.
11. Perawat harus mampu mengungkapkan perasaan dan menyatakan sikap yang jelas
12. Perawat mampu memiliki sifat *altruisme* yang berarti menolong atau membantu permasalahan pasien tanpa mengharapkan imbalan apapun dari pasien.
13. Perawat harus mampu mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia
14. Bertanggung jawab pada setiap sikap dan tindakan yang dilakukan.

2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut (Fitria, 2018), ada tiga hal yang mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik antara lain :

a. Keikhlasan (*Genuiness*)

Perawat harus menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dipunyai terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat

b. Empati (*Empathy*)

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

c. Kehangatan (*Warmth*)

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

2.4.4 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik

Dalam komunikasi terapeutik ada tempat tahap, dimana pada setiap tahap mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat (Fitria, 2018).

1. Fase Pra Interaksi

Pra interaksi dimulai sebelum kontrak pertama dengan pasien, perawat mengumpulkan data tentang pasien, mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri dan membuat rencana pertemuan dengan pasien.

2. Fase Orientasi

Fase ini dimulai ketika perawat bertemu dengan pasien untuk pertama kalinya. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan pasien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat-pasien. Dalam menilai hubungan tugas pertama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan pasien. Pada tahap ini perawat melakukan kegiatan sebagai berikut : memberi salam dan senyum pada pasien, melakukan validasi, memperkenalkan nama perawat, menanyakan nama kesukaan pasien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan, menjelaskan kerahasiaan. Tujuan akhir pada fase ini ialah terbina hubungan saling percaya.

3. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya, menanyakan keluhan

utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif pasien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas pasien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada pasien.

4. Fase Terminasi

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

2.5 Konsep Dasar Stress Adaptasi dan Mekanisme Koping

2.5.1 Definisi Stress

Stress adalah segala situasi dimana terdapat banyaknya tuntutan yang mengharuskan seorang individu untuk merespon atau melakukan suatu tindakan. Berdasarkan pengertian tersebut dapat dikatakan bahwa stress ialah apabila seseorang mengalami beban atau tugas yang berat tetapi orang tersebut tidak dapat mengatasi tugas yang dibebankan itu, maka tubuh akan berespons dengan tidak mampu terhadap tugas tersebut, sehingga orang tersebut dapat mengalami stres. Namun juga sebaliknya apabila seseorang yang dengan beban tugas yang berat tetapi mampu mengatasi beban dengan tubuh berespons dengan baik, maka orang itu tidak mengalami stress (Lestari, 2016).

2.5.2 Macam – Macam Stress

Ditinjau dari (Lestari, 2016), maka stres dibagi menjadi enam macam, diantaranya adalah :

1. Stres fisik

Stres yang disebabkan karena adanya keadaan fisik seperti karena temperatur yang tinggi atau yang sangat rendah, suara yang bising, sinar matahari atau karena tegangan arus listrik.

2. Stres kimiawi

Stres ini karena disebabkan zat kimia seperti obat-obatan, zat beracun, asam basa, faktor hormon, atau gas dan prinsipnya karena pengaruh senyawa kimia.

3. Stres mikrobiologik

Stres ini disebabkan karena kuman seperti virus, bakteri atau parasit

4. Stres fisiologik

Stres yang disebabkan karena gangguan fungsi organ tubuh diantaranya gangguan dari struktur tubuh, fungsi jaringan, organ dan lain-lain.

5. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan

Stres yang disebabkan karena proses pertumbuhan dan perkembangan seperti pada pubertas, perkawinan dan proses lanjut usia.

6. Stres psikis atau emosional

Stres yang disebabkan karena gangguan situasi psikologis atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri seperti hubungan interpersonal, sosial budaya atau faktor keagamaan.

2.5.3 Sumber Stresor

Sumber stressor merupakan asal dari penyebab suatu stres yang dapat mempengaruhi sifat dari stressor seperti lingkungan, baik secara fisik, psikososial maupun spiritual. Sumber stressor lingkungan fisik dapat berupa fasilitas-fasilitas seperti air minum, makanan, atau tempat-tempat umum sedangkan lingkungan psikososial dapat berupa suara atau sikap kesehatan atau orang yang ada disekitarnya, sedangkan lingkungan spiritual dapat berupa tempat pelayanan keagamaan seperti fasilitas ibadah atau lainnya (Lestari, 2016).

Sumber stressor lain adalah diri sendiri yang dapat berupa perubahan fisiologis dalam tubuh, seperti adanya operasi, obat-obatan atau lainnya. Sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya (Lestari, 2016).

1. Sumber Stres di Dalam Diri

Sumber stress dalam diri sendiri pada umumnya dikarenakan konflik yang terjadi antara keinginan dan kenyataan berbeda, dalam hal ini adalah berbagai permasalahan yang terjadi yang tidak sesuai dengan dirinya dan tidak mampu diatasi, maka dapat menimbulkan suatu stress.

2. Sumber Stres di Dalam Keluarga

Stres ini bersumber dari masalah keluarga yang ditandai dengan adanya perselisihan masalah keluarga, masalah keuangan serta adanya tujuan yang berbeda diantara keluarga permasalahan ini akan selalu menimbulkan suatu keadaan yang dinamakan stress.

3. Sumber Stres di Dalam Masyarakat dan Lingkungan

Sumber stres ini dapat terjadi di lingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umum disebut stress pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan hubungan interpersonal serta kurangnya ada pengakuan dimasyarakat sehingga tidak dapat berkembang.

2.5.4 Cara Mengendalikan Stress

Menurut Modul Stres dan Adaptasi (Lestari, 2016) Stres dapat menimbulkan masalah yang merugikan individu sehingga diperlukan beberapa cara untuk mengendalikannya. Ada beberapa kiat untuk mengendalikan stres yaitu :

1. Positifkan sikap, keyakinan dan pikiran : bersikaplah fleksibel, rasional, dan adaptif terhadap orang lain, artinya jangan terlebih dahulu menyalahkan orang lain sebelum melakukan intropeksi diri dengan pengendalian internal.
2. Kendalikan faktor-faktor penyebab stres dengan cara mengasah : perhatikan diri sendiri, proses interpersonal dan interaktif, serta lingkungan.
3. Kembangkan sikap efisien
4. Lakukan relaksasi (tarik nafas dalam)
5. Lakukan visualisasi (angan-angan terarah)

2.5.5 Definisi Adaptasi

Adaptasi adalah suatu penyesuaian pribadi terhadap lingkungan, penyesuaian ini dapat berarti mengubah diri pribadi sesuai dengan keadaan

lingkungan, juga dapat berarti mengubah lingkungan sesuai dengan keinginan pribadi (Oliver, 2019). Menurut Herdjan dalam buku modul stres dan adaptasi (Lestari, 2016) mengungkapkan bahwa adaptasi adalah suatu usaha atau perilaku penyesuaian diri yang tujuannya untuk mengatasi kesulitan dan hambatan, penyesuaian diri ini berupa perubahan anatomi, psikologi, dan fisiologi dalam diri seseorang yang terjadi sebagai reaksi terhadap stress.

Berdasarkan dua pengertian di atas dapat penulis simpulkan bahwa adaptasi itu merupakan suatu pertahanan yang didapat sejak lahir atau diperoleh karena belajar dari pengalaman untuk mengatasi suatu masalah, seperti secara individu atau kelompok itu dituntut beradaptasi ketika memasuki suatu lingkungan baru contohnya dalam keluarga, suatu perusahaan, bangsa, dan lingkungan sekitarnya.

2.5.6 Macam - Macam Adaptasi

Menurut buku modul stres dan adaptasi (Lestari, 2016), adaptasi ini suatu proses penyesuaian tubuh secara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbang, contohnya seperti masuknya kuman penyakit, maka secara fisiologis tubuh berusaha untuk mempertahankan baik dari pintu masuknya kuman atau sudah masuknya kuman dalam tubuh. Proses adaptasi ini dapat dibedakan menjadi beberapa macam antara lain :

1. Adaptasi Secara Fisiologis

Adaptasi fisiologis dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

1.) LAS (*Local Adaptation Syndrom*)

Apabila kejadian atau proses adaptasi bersifat lokal, seperti ketika daerah tubuh atau kulit terkena infeksi, maka akan terjadi daerah sekitar kulit tersebut kemerahan, bengkak, nyeri, panas dan lain-lain yang sifatnya lokal pada daerah sekitar yang terkena

2.) GAS (*General Adaptation Syndrom*)

Bila reaksi lokal tidak dapat diatasi maka menyebabkan gangguan secara sistemik tubuh akan melakukan proses penyesuaian seperti panas seluruh tubuh, berkeringat dan lain-lain. GAS diuraikan dalam tiga tahapan berikut :

a. Tahap Alarm

Melibatkan pengerahan mekanisme pertahanan dari tubuh dan pikiran untuk menghadapi stressor seperti pengaktifan hormon yang berakibat meningkatnya volume darah dan akhirnya menyiapkan individu untuk bereaksi. Aktifitas hormonal yang luas ini menyiapkan individu untuk melakukan respons melawan atau menghindar. Respons ini bisa berlangsung dari menit sampai jam. Bila stresor menetap maka individu akan masuk kedalam fase resistensi.

b. Tahap Resistensi (Melawan)

Individu mencoba berbagai macam mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangkan kondisi fisiologis sebelumnya kepada keadaan normal dan tubuh mencoba mengatasi faktor-faktor

penyebab stres. Bila teratasi, gejala stres menurun atau normal. Bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan terakhir yaitu fase kelelahan atau kehabisan tenaga.

c. Tahap Akhir (Kelelahan)

Merupakan fase perpanjangan stres yang belum dapat tertanggulangi pada fase sebelumnya. Tahap ini cadangan energi telah menipis atau habis, akibatnya tubuh tidak mampu lagi menghadapi stres. Ketidakmampuan tubuh untuk mempertahankan diri terhadap stresor inilah yang akan berdampak pada kematian individu tersebut.

2. Adaptasi Psikologis

Merupakan proses penyesuaian secara psikologis akibat stressor yang ada, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi atau bertahan dari serangan-serangan atau hal-hal yang tidak menyenangkan. Dalam proses adaptasi secara psikologis terdapat dua cara untuk mempertahankan diri dari berbagai stressor yaitu :

1.) *Task Oriented Reaction* (reaksi berorientasi pada tugas)

Reaksi ini merupakan koping yang digunakan dalam mengatasi masalah dengan berorientasi pada proses penyelesaian masalah, meliputi afektif (perasaan), kognitif (pengetahuan), psikomotor (keterampilan).

2.) *Ego Oriented Reaction* (reaksi berorientasi pada ego)

Reaksi ini dikenal dengan mekanisme pertahanan diri secara psikologis agar tidak mengganggu psikologis yang lebih dalam. Diantara

mekanisme pertahanan diri yang dapat digunakan untuk melakukan proses adaptasi psikologis antara lain :

a. Rasionalisasi

Memberi keterangan bahwa sikap/ tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga dirinya. Misalnya, seorang mahasiswa yang menyalahkan cara mengajar dosennya ketika ditanyakan oleh orang tuanya mengapa nilai semesternya buruk.

b. Displacement

Mengalihkan emosi, arti simbolik, fantasi dari sumber yang sebenarnya (benda, orang, atau keadaan) kepada orang lain, benda atau keadaan lain. Misalnya, seorang pria bertengkar dengan pacarnya dan sepulangnya ke rumah marah-marah pada adiknya.

c. Kompensasi

Menutupi kelemahan dengan menonjolkan kemampuannya atau kelebihanannya.

d. Proyeksi

Hal ini berlawanan dengan intropeksi, dimana menyalahkan orang lain atas kelalaian dan kesalahan-kesalahan atau kekurangan diri sendiri.

e. Represi

Penyingkiran unsur psikis (suatu afek, pemikiran, motif, konflik) sehingga menjadi tidak sadar dilupakan/ tidak dapat diingat lagi.

Represi membantu individu mengontrol impuls-impuls berbahaya, seperti contohnya suatu pengalaman traumatis menjadi terlupakan.

f. Denial

Menolak untuk menerima atau menghadapi kenyataan yang tidak enak. Misalnya, seorang gadis yang telah putus dengan pacarnya menghindarkan diri dari pembicaraan mengenai pacar, perkawinan atau kebahagiaan.

3. Adaptasi Sosial Budaya

Merupakan cara untuk mengadakan perubahan dengan melakukan proses penyesuaian perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat, berkumpul dengan masyarakat dalam kegiatan kemasyarakatan.

4. Adaptasi Spiritual

Proses penyesuaian diri dengan melakukan perubahan perilaku yang didasarkan pada keyakinan atau kepercayaan yang dimiliki sesuai dengan agama yang dianutnya. Apabila mengalami stres, maka seseorang akan giat melakukan ibadah seperti rajin melakukan ibadah.

2.5.7 Definisi Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan sebuah cara atau usaha yang biasa digunakan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi berbagai perubahan dalam kehidupan sehari-hari dan situasi yang mengancam atau mengganggu baik secara kognitif maupun perilaku (Apriliani, 2020). Koping bisa dikatakan juga sebagai proses individu dalam mengelola ketidakseimbangan

antara tuntutan dan kemampuan individu berada dalam situasi yang penuh tekanan, maka individu tersebut akan mengambil sebuah tindakan untuk mengatasi rasa stress yang dialaminya.

Koping individu adalah suatu respon positif yang digunakan oleh individu untuk melakukan pemecahan terhadap masalah atau mengurangi stress yang diakibatkan dari masalah maupun peristiwa yang dialami, dengan menggunakan sumber-sumber dalam diri individu serta mengembangkan perilaku yang bertujuan untuk menumbuhkan kekuatan dan mengurangi dampak stres yang dialami, menurut (Stuart, 2013) dalam jurnal (Apriliani, 2020).

Mekanisme koping dapat diartikan sebagai suatu proses yang disertai sebuah usaha mengubah perilaku secara konstan untuk mengendalikan tuntutan dan tekanan yang membebani serta melampaui kemampuan ketahanan individu. Koping sangat fleksibel terutama apabila seseorang berhadapan dengan situasi atau keadaan yang menyebabkan individu tersebut mengambil tindakan untuk mengatasi rasa stres dengan cara modifikasi strategi yang sesuai (Apriliani, 2020).

2.5.8 Jenis – Jenis Mekanisme Koping

Lazarus dan Folkam dalam (Apriliani, 2020) mengatakan bahwa koping dapat memiliki dua fungsi yaitu dapat berupa berfokus pada suatu titik permasalahan serta melakukan regulasi emosi dalam merespons masalah, yaitu sebagai berikut :

1. Mekanisme koping berpusat pada masalah (*Problem Focus Coping*)

Mekanisme koping yang berpusat pada masalah ini diarahkan untuk mengurangi tuntutan situasi yang mengurangi stress atau mengembangkan sumber daya untuk mengatasinya. Mekanisme koping ini bertujuan untuk menghadapi tuntutan secara sadar, realistik, subjektif, objektif, dan rasional. Aspek-aspek yang berhubungan dengan mekanisme koping yang berpusat pada masalah sebagai berikut :

- a. *Seeking Informational Support*, yaitu berusaha untuk mencari atau mendapatkan informasi dari orang lain baik teman maupun dosen atau guru yang berada dilingkungan sekitar.
- b. *Confrontative Coping*, merupakan suatu usaha untuk mengubah keadaan atau masalah secara agresif, menggambarkan tingkat kemarahan serta pengambilan resiko. Mekanisme koping ini dapat konstruktif apabila mengarah pada pemecahan masalah, tetapi juga dapat destruktif apabila perasaan stres diarahkan pada hal yang agresif dan negatif.
- c. *Planful Problem Solving*, ialah suatu bentuk menganalisa situasi yang menimbulkan masalah kemudian berusaha untuk mencari solusi secara langsung dalam menghadapi masalah.

2. Mekanisme koping berpusat pada emosi (*Emotional Focused Coping*)

Usaha mengatasi stres dengan mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang ditimbulkan oleh suatu yang dianggap penuh tekanan. *Emotional Focused Coping* ditunjukkan untuk mengatur respon emosional terhadap situasi stres yang digunakan :

- a. *Self-control* : Usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
- b. *Seeking social emotional support* : Yaitu suatu tindakan mencari dukungan baik secara emosional maupun sosial kepada orang lain.
- c. *Discanting* : Merupakan suatu usaha yang dilakukan individu agar tidak terlibat dalam permasalahan, dan menciptakan pandangan yang positif.
- d. *Positive reaprisial* : Usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya bersifat religius.
- e. *Escape/ avoidance* : Usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut dan menghindari dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, dan merokok.
- f. *Accepting responsibility* : Yaitu menerima dan menjalankan masalah yang dihadapinya seiring berjalan waktu memikirkan solusi dari masalah tersebut.

2.5.9 Karakteristik Mekanisme Koping

Menurut Stuart dan Sundeen dalam (Apriliani, 2020), rentang respon mekanisme koping dapat digambarkan sebagai berikut :



1. Mekanisme Koping Konstruktif (Adaptif)

Koping konstruktif (adaptif) merupakan suatu kejadian dimana individu dapat melakukan koping baik serta cukup sehingga dapat mengatur berbagai tugas mempertahankan hubungan dengan orang lain, mempertahankan konsep

diri dan mempertahankan emosi serta pengaturan terhadap respon stres. Koping yang cukup artinya individu itu mampu melakukan manajemen tingkah laku terhadap pemecah masalah yang paling sederhana dan realistis yang berfungsi untuk bisa membebaskan diri dari masalah yang sedang dihadapinya.

Adapun karakteristik mekanisme koping adaptif sebagai berikut :

- a. Dapat menceritakan secara verbal tentang perasaan
- b. Mengembangkan tujuan yang realistis
- c. Dapat mengidentifikasi sumber koping
- d. Dapat mengembangkan mekanisme koping yang efektif
- e. Mengidentifikasi alternatif strategi
- f. Memilih strategi yang tepat
- g. Menerima dukungan

2. Mekanisme Koping Destruktif (Maladaptif)

Mekanisme koping maladaptif adalah suatu keadaan dimana individu melakukan koping yang kurang sehingga mengalami keadaan yang berisiko tinggi atau suatu ketidakmampuan untuk mengatasi *stressor*. Koping maladaptif atau koping yang kurang menandakan bahwa individu mengalami kesulitan dalam beradaptasi terhadap lingkungan maupun situasi yang sangat menekan. Karakteristik koping maladaptif, sebagai berikut :

- a. Menyatakan tidak mampu
- b. Tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif

- c. Perasaan lemas, takut, *irritable*, tegang, gangguan fisiologis, adanya stres kehidupan.
- d. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar.

2.5.10 Sumber Koping

Sumber koping merupakan pilihan-pilihan atau strategi yang membantu seseorang menentukan apa yang dapat dilakukan dan apa yang berisiko, menurut Stuart dalam jurnal (Apriliani, 2020), sumber koping individu terdiri dari dua jenis sumber yaitu sumber koping internal dan eksternal, sebagai berikut :

1. Sumber koping internal

Sumber koping internal berasal dari pengetahuan, keterampilan seseorang, komitmen dan tujuan hidup, kepercayaan diri, kepercayaan agama, serta kontrol diri. Karakteristik kepribadian seseorang yang tersusun atas kontrol diri, komitmen dan tantangan merupakan sumber mekanisme koping yang tangguh. Individu yang memiliki pribadi tangguh menerima stressor sebagai sesuatu yang dapat diubah maupun dianggap sebagai suatu tantangan.

2. Sumber koping eksternal

Dukungan sosial merupakan sumber koping eksternal yang utama. Dukungan sosial ini sebagai rasa memiliki informasi terhadap seseorang atau lebih. Hal ini menyebabkan seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai sehingga disebut sebagai dukungan harga diri. Dukungan sosial dapat meningkatkan kepribadian mandiri dan tidak menyebabkan ketergantungan terhadap individu yang lainnya.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menyajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa 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 : 27-04-2021

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien adalah Tn.A dengan no RM 0X-XX-XX seorang laki-laki dengan tanggal lahir 16 Agustus 1999 (usia 21 tahun) beragama Islam. Pendidikan terakhir pasien adalah SMP, Saat ini pasien tidak bekerja, alamat pasien di Madura daerah Bangkalan pasien tinggal bersama keluarganya. Pasien adalah anak ke tiga dari empat bersaudara dan belum menikah.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien dibawa oleh keluarganya pada 27 April 2021 pada pukul 07.25 Wib di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan selama 3 hari pasien mulai gelisah, memecah-mecah barang, merusak pintu, memukul-mukul tembok, tidak bisa tidur selama 3 hari, mondar-mandir, ngelantur tidak mau mandi, badan banyak lecet-lecet dikulit karena digaruk-garuk sendiri dan diguling-gulingkan di tanah. Lalu pada 27 April 2021 pukul 10.30 pasien di

pindahkan ke ruang gelatik dan didapatkan data dalam rekam medis bahwa pasien marah-marah, teriak-teriak dan melantur sejak 3 hari terakhir. Saat mahasiswa melakukan pengkajian dengan pasien pada 07 Mei 2021, pasien mengatakan alasan bahwa dirinya marah-marah dan akhirnya dibawa ke RSJ itu disebabkan karena pasien tersinggung dengan ucapan teman adiknya saat bermain games bersama dan pada saat marah pasien mengatakan bahwa dirinya memecah-mecah barang, memukul-mukul tembok, berguling-guling di tanah sampai badannya lecet-lecet dan pasien mengatakan bila marah tidak pernah memukul orang lain, didapatkan data dalam rekam medis pasien, pasien pernah dirawat di RSJ Menur bulan 4 tahun 2019 dan tidak pernah kontrol sama sekali..

Keluhan Utama : Saat dilakukan pengkajian oleh perawat mahasiswa pada 07 Mei 2021 pasien mengatakan bahwa dirinya marah-marah yang akhirnya dibawa ke RSJ itu disebabkan karena pasien tersinggung dengan ucapan teman adiknya saat bermain games bersama dan pada saat marah pasien mengatakan bahwa dirinya memecah-mecah barang, memukul-mukul tembok, dan berguling-guling di tanah sampai badannya lecet-lecet.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 2 kali ini masuk ke Rumah Sakit Jiwa Menur, yang pertama karena Napza dan akhirnya di rehab pada bulan April tahun 2019 dan yang kedua karena risiko perilaku kekerasan ini.
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.

3. Pasien mengatakan pernah bertengkar dengan Ayahnya dan Ayahnya sampai membawa clurit dan ibunya hanya bisa diam dan menangis.

Masalah Keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif, Risiko Perilaku Kekerasan

4. Dalam rekam medis pasien di dapatkan data ada anggota keluarga yaitu Ayahnya yang memiliki riwayat risiko perilaku kekerasan, tetapi hanya sekali-sekali saja tidak sering.

Masalah Keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif, Risiko Perilaku Kekerasan

5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pada tahun 2015 yaitu pasien pernah bekerja di Malaysia selama 3 tahun, dan itu sampai dikejar-kejar polisi karena pasien termasuk imigran dan itu membuat hidup pasien merasa terasingkan, tidak tenang, merasa menderita dan tidak berdaya.

Masalah Keperawatan : Ketidakberdayaan

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital

Tekanan Darah : 122/82 mmHg

Nadi : 88 kali/menit

Suhu : 36,3°C

Pernafasan : 18 kali/menit

2. Ukur

Tinggi Badan : 165 Cm

Berat Badan : 65 Kg

3. Keluhan Fisik

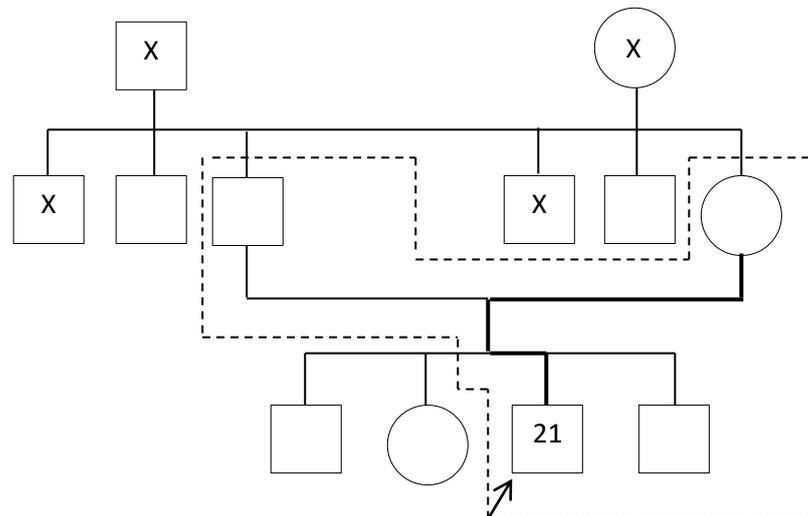
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya

Jelaskan : Saat dikaji pada tanggal 07 Mei 2021 pasien tidak mengeluh sakit dan tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu TD : 122/82 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,3 °C, RR : 18 x/menit.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

□_X : Meninggal

↗ : Pasien

----- : Tinggal Satu Rumah

Gambar 3.1 Genogram Tn.A

Pasien tinggal serumah dengan Ayah, Ibu dan Adiknya. Pengambilan keputusan pada saat pasien sakit dalam keluarganya ialah ayahnya bahwa ia harus di bawa ke RSJ. Pola komunikasi antar keluarga pasien itu hanya satu arah, saat dikaji pasien mengatakan bahwa ayahnya pernah menasehati dirinya, tetapi pasien hanya mendengarkan saja. Dan hubungan terdekat dalam keluarganya adalah ibunya.

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Pasien mengatakan bersyukur karena tidak ada kelainan lain dengan bentuk tubuhnya yang sekarang dan pasien menyukai bentuk dirinya yang sekarang.

b. Identitas

Pasien mengatakan jenis kelaminnya adalah laki-laki, pasien juga mengatakan nama dirinya A, Tanggal lahirnya 16 Agustus 1999 berumur 21 tahun, Tempat tinggalnya di Madura daerah Bangkalan. Pasien mengatakan pendidikan terakhirnya SMP dan tidak lanjut sekolah karena keluarga kekurangan dana, Pasien juga mengatakan bahwa ia belum menikah dan mempunyai 3 orang saudara dan pasien merupakan anak ke-3 dari 4 bersaudara.

c. Peran

Pasien sadar peran nya sebagai anak yang harus berbakti kepada orang tuanya. Pasien juga merasa bersalah karena sakit seperti ini, dirinya tidak bisa menjaga ibu dan adiknya yang dirumah. Pasien juga mengatakan merasa gagal membanggakan orang tuanya karena

dirinya saat ini tidak bisa bekerja untuk menghasilkan uang, dan malah sakit seperti ini.

d. Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin merantau di daerah Tangerang untuk mencari pekerjaan seperti di pabrik setelah dirinya sudah diperbolehkan pulang dari rumah sakit jiwa menur nanti.

e. Harga Diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya merasa malu karena kondisinya saat ini yang tidak bekerja atau pengangguran dan pasien juga merasa bahwa dirinya menjadi beban bagi keluarganya karena saat ini pasien sedang dirawat di rumah sakit jiwa menur. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya suka bermain bulu tangkis dan pernah menang saat lomba 17 Agustusan dan ia ingin membanggakan ibunya dengan menjadi atlet bulu tangkis tetapi pasien malu dan tidak percaya diri karena pasien pendidikan terakhirnya hanya SMP.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya, karena ibunya lah yang selalu melindungi dan sabar menghadapinya, dan ibunya lah yang mengajarkan banyak ilmu tentang kehidupan.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di RS dan juga malas berkomunikasi dengan pasien yang ada di ruangan karena dirinya ingin sendirian, dan jika di rumah kegiatannya hanya bermain games.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan bahwa dulu suka bermain games bersama teman adiknya, tetapi sekarang dia malas bermain dengan mereka dan lebih suka bermain games sendirian, karena pada saat mereka bermain games bersama dirinya mudah tersinggung dengan ucapan teman adiknya yang biasanya suka mengolok-olok dirinya, dan pasien merasa kesal dan ingin marah pada teman adiknya itu jika ia di olok-olok. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya jarang berinteraksi dengan tetangganya dan tidak pernah mengikuti kegiatan bersama masyarakat bila dirinya berada di rumah.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif dan Isolasi Sosial

4. Spiritual

a. Nilai dan Keyakinan

Pasien yakin bahwa Allah SWT itu ada. Pasien yakin bahwa dirinya akan sembuh dari penyakitnya.

b. Kegiatan Ibadah

Pasien ingin melakukan ibadah tetapi tidak ada sarana prasarana di ruangan, Pasien mengatakan bahwa dirinya selalu menjalankan ibadah dan puasanya bila tidak di rumah sakit.

Masalah Keperawatan : Distress Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian pasien tampak rapi, bersih, rambut rapi dan sesuai keadaan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji mengenai kenapa dia bisa di bawa ke rumah sakit jiwa, pasien mengatakan bahwa dirinya marah-marah karena tersinggung dengan perkataan teman adiknya pada saat bermain game bersama. Dan saat di wawancarai pasien sangat kooperatif, suara pasien keras dan tegas, dan selalu menjawab pertanyaan dari mahasiswa perawat.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan

3. Aktivitas Motorik

Saat dilakukan wawancara pasien tampak tegang tetapi tidak tremor. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya merasa gelisah karena ingin cepat pulang, khawatir dengan ibunya dirumah.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan dan Risiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain, dan Lingkungan

4. Alam Perasaan

Pasien mengatakan bahwa dirinya khawatir dengan ibunya karena ibunya adalah orang terdekat dalam hidupnya, dan pasien hanya ingin segera cepat pulang karena ingin bertemu dengan ibunya.

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek

Afek pasien sesuai, dan pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak tenang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi Selama Wawancara

Pasien kooperatif, kontak mata (-) karena pasien merasa malu jika berbicara dengan wanita, dan menjawab dengan relevan.

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

7. Persepsi Halusinasi

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

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8. Proses Pikir

Cara berfikir pasien cepat, saat diberi pertanyaan pasien menjawab dengan respon cepat dan realistis saat di ajak berbicara dengan Perawat Mahasiswa

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 bahwa dirinya saat ini sedang berada di rumah sakit jiwa karena berobat penyakitnya yang dapat dikontrol dengan meminum obat,

pasien juga mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori

Pasien tidak ada masalah pada gangguan daya ingat, pasien mampu mengingat dalam jangka pendek dan jangka panjang

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan, perkalian, pengurangan dan pembagian, pasien dapat menjawab semuanya dan pasien sangat berkonsentrasi dengan baik dan pasien mudah diarahkan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13. Kemampuan Penilaian

Tidak ada gangguan pada pasien, pasien mampu menilai bahwa merokok dan Kopi tidak baik untuk kesehatan. Pada saat mewawancarai pasien tentang beberapa pilihan seperti pada saat pasien setelah pulang kerja lebih memilih makan duluan atau mandi duluan, dan pasien menjawab bahwa dirinya memilih makan duluan dengan alasan bahwa setelah pulang kerja pasti lapar, jadi ya makan duluan, seperti itu.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

14. Daya Titik Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya saat ini berada di Rumah Sakit Jiwa Menur sedang menjalani perawatan karena dirinya tidak dapat mengontrol marah dan emosi.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Kemampuan Pasien Memenuhi/ Menyediakan Kebutuhan :

Pasien tidak mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang karena pasien saat ini belum bisa bekerja. Pada saat wawancara pasien, pasien mengetahui kapan kontrolnya, pasien juga mengetahui setelah pulang dari rumah sakit jiwa Menur harus selalu teratur minum obat.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

b. Kegiatan Hidup Sehari-hari

1) Perawatan Diri

Pasien mengatakan bahwa pasien selalu mandi, makan, BAB/ BAK dan ganti pakaian dilakukan secara mandiri

Jelaskan : Pasien mampu melakukan mandi, menyikat gigi, cuci rambut dan gunting kuku sendiri atau secara mandiri. Pada saat pengkajian pada pasien, pasien mengatakan bahwa rambutnya dipotong oleh perawat yang ada di RSJ Menur. Saat observasi pasien membasuh wajah dan rambut dengan air sebelum bertemu perawat mahasiswa dan pasien juga mengenakan pakaian yang 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 3 kali sehari
- d. Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
- e. Nafsu makan berlebih
- f. BB tertinggi 69 Kg BB terendah 60 Kg
- g. Diet Khusus : Pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : Pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3) Tidur

Hasil pengkajian saat ini tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. Saat tidur malam pasien mengatakan bahwa dirinya tidur jam 20.00 Wib sampai dengan jam 03.40 Wib. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 15.30 Wib sampai dengan 17.00 Wib. Pasien mengatakan bahwa sebelum tidur biasanya mengkhayal, sambil menatap langit-langit di dinding, dan setelah bangun tidur pasien biasanya langsung mandi.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Kemampuan Pasien Dalam Pemenuhan ADL

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

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

d. Pasien Memiliki Sistem Pendukung

Pasien mengatakan bahwa ibunya lah yang paling berarti dalam hidupnya. Pasien juga mengatakan bahwa keluarganya selalu menyuruh pasien untuk kontrol dan minum obat teratur sebelum dirinya masuk RSJ ini, tetapi pasien tidak pernah mendengarkan itu, dan akhirnya pasien masuk kembali di Rumah Sakit Jiwa Menur ini.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

e. Apakah Pasien Menikmati Saat Bekerja Kegiatan yang Menghasilkan atau Hobi :

Pasien mengatakan bahwa dirinya dulu pernah bekerja selama 3 tahun di Malaysia menjadi TKW namun pada saat ini pasien tidak memiliki pekerjaan dan pasien mengatakan hobinya bermain bulu tangkis.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3.1.8 Mekanisme Koping

Saat ada masalah pasien biasanya selalu marah-marah dengan memukul tembok dan berguling-guling.

Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif, Risiko Perilaku Kekerasan

3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan

- a. Pasien ada masalah dengan dukungan kelompok
- b. Pasien mengatakan bahwa dirinya sekarang malas berkumpul dengan orang lain.
- c. Pasien hanya lulusan SMP dan tidak melanjutkan sekolahnya , Karena orangtuanya tidak ada dana.

- d. Pasien mengatakan bahwa dirinya dulu bekerja serabutan, dan apabila tidak ada pekerjaan pasien suka bermain games.
- e. Pasien mengatakan semua anggota keluarga dirumah baik tidak ada masalah
- f. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan dalam keluarga
- g. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat marah-marah, dan semuanya menggunakan BPJS.
- h. Masalah lainnya, spesifik : Pasien mengatakan tidak ada masalah.

Masalah Keperawatan :Isolasi Sosial

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang :

Saat di kaji tentang penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tau, dan pasien menyebutkan warna-warna dari obat, pasien juga tau jika sakitnya tidak dikontrol akan membahayakan dirinya sendiri dan orang lain disekitarnya

Masalah Keperawatan : Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan

3.1.11 Data Lain-lain :

Tidak ada data penunjang lainnya.

3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia

Terapi Medik :

No	Nama Obat	Dosis Obat	Indikasi Obat
1.	Risperidon	2 x 2 mg	Untuk mengobati skizofrenia
2.	Clozapine	2 x 25 mg	Untuk meredakan atau mengurangi gejala pada skizofrenia
3.	Cefadroxil	2 x 500 mg	Untuk mengatasi infeksi

			bakteri di kulit
4.	Lodomer	5 mg	Obat antipsikotik digunakan untuk mengatasi gejala psikosis pada gangguan mental seperti skizofrenia.
5.	Diazepam	5 mg	Obat untuk mengobati kecemasan, gejala putus alkohol, dan kejan. Obat ini juga digunakan untuk melemaskan kejang otot dan sebagai obat penenang.
6.	Trihexyphenidil	2 x 2 mg	Obat untuk mengobati gerakan yang tidak bisa dikendalikan. Obat ini juga membantu menurunkan rasa kaku pada otot.

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
- b. Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah
- c. Koping Individu Tidak Efektif
- d. Koping Keluarga Tidak Efektif
- e. Isolasi Sosial
- f. Risiko Perilaku Kekerasan
- g. Distress Spiritual
- h. Ansietas
- i. Ketidakberdayaan
- j. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan

3.1.14 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis utama keperawatan adalah

Risiko Perilaku Kekerasan

Surabaya, 07 Mei 2021



Bunga Ayu Aprillia Putri

3.2 Pohon Masalah

Akibat : Isolasi Sosial



Masalah Utama : Risiko Perilaku Kekerasan



Penyebab : Harga Diri Rendah

Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan pada Tn "A"

3.3 Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data Pada Pasien Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. A NIRM : 0X-XX-XX RUANGAN : GELATIK

HARI/ TGL	DATA	MASALAH	TT PERAWAT
Jumat, 07 Mei 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan selama 3 hari pasien mulai gelisah, memecah-mecah barang, merusak pintu, memukul-mukul tembok, tidak bisa tidur selama 3 hari, mondar-mandir, ngelantur tidak mau mandi, badan banyak lecet-lecet dikulit karena digaruk-garuk sendiri dan diguling-gulingkan di tanah - Pasien mengatakan bahwa dirinya marah-marah karena kesal dan tersinggung dengan ucapan teman adiknya saat bermain games bersama - Pasien mengatakan bila dirinya marah tidak pernah memukul orang <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat berbicara suara pasien keras dan tegas - Pasien terlihat gelisah 	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>SDKI Hal : 312 (D.0146)</p> <p>(Masalah Utama)</p>	<i>Bunga</i>
Jumat, 07 Mei 2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di RS dan juga malas berkomunikasi dengan pasien yang ada diruangan karena dirinya ingin sendirian - Pasien juga mengatakan bahwa dirinya jarang 	<p>Isolasi Sosial</p> <p>SDKI Hal : 268 (D.0121)</p> <p>(Penyebab)</p>	<i>Bunga</i>

	<p>berinteraksi dengan tetangganya dan tidak pernah mengikuti kegiatan bersama masyarakat bila dirinya berada dirumah</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada saat diruangan pasien tampak menyendiri - Afek pasien datar - Kontak mata kurang 		
<p>Jumat, 07 Mei 2021</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan malu karena kondisinya saat ini yang tidak bekerja - Pasien mengatakan bahwa dirinya itu beban bagi keluarganya saat ini <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien berjalan sambil menunduk - Kontak mata kurang 	<p>Harga Diri Rendah</p> <p>SDKI Hal : 192 (D.0086)</p> <p>(Akibat)</p>	<p><i>Bunga</i></p>

		<p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1, yaitu relaksasi tarik nafas dalam</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu, relaksasi tarik nafas dalam. <p><i>Afektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti 	<p>empati.</p> <p>f. Lakukan kontak singkat tapi sering.</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi Risiko perilaku kekerasan pasien. <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi. b. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi. c. Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami d. Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien 2) Melatih pasien dengan cara fisik 1 : Relaksasi tarik napas dalam, 3) Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat 	<p>keberhasilan rencana selanjutnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi. - Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan.
--	--	---	--	---

			<p>sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 		
2.	Sabtu 08 Mei 2021	Risiko Perilaku Kekerasan	<p><i>Kognitif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan

			<p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu, pukul kasur/bantal</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal</p> <p><i>Afektif :</i></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif dan</p>	<p>yaitu relaksasi: tarik napas dalam.</p> <p>2) Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur</p> <p>3) Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.</p>	<p>yang sudah diberikan</p>
--	--	--	---	--	-----------------------------

			<p>antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 		
3.	Minggu 09 Mei 2021	Risiko Perilaku Kekerasan	<p><i>Kognitif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko 	SP 3	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien

			<p>perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (Meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)</p> <p>6. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah</p> <p>7. Pasien mampu menyebutkan cara</p>	<p>SP 4</p> <p>4) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah</p> <p>SP 5</p> <p>5) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat</p> <p>6) Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.</p>	<p>untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	--	---	---	---

			<p>mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik3. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual		
--	--	--	--	--	--

			<p>seperti berdoa dan beribadah</p> <p>4. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat</p> <p><i>Afektif :</i></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>		
--	--	--	--	--	--

3.2 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. A

NRM : 0X-XX-XX

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T PERAWAT
Jumat 07 Mei 2021	Risiko Perilaku Kekerasan	1.) Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. (Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Bunga mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di ruangan gelatik ini, kalau boleh tau nama mas siapa? “Pagi mbak, panggil saja A”. Baiklah mas, Bagaimana kalau kita	S : 1. Pasien mengatakan namanya ialah Tn. A dan suka dipanggil Tn. A. Pasien mengatakan tinggal di Madura, pasien berkenan diajak berbincang-bincang oleh perawat. 2. Pasien mengatakan bahwa ia kesal dan ingin marah kepada teman adiknya yang telah mengolok-olok dirinya. 3. Pasien mengatakan kalau dia	<i>Bunga</i>

		<p>bercakap-cakap tentang cara mengontrol risiko perilaku kekerasan mas? “Baik mbak”. Mas mau mengobrol dimana? Bagaimana kalau kita mengobrol selama 30 menit? “Iya mbak boleh”. Baiklah mas, seperti yang kita bicarakan tadi kita akan berbincang selama 30 menit di tempat duduk sebelah sana ya mas. “Iya mbak”)</p> <p>Sp 1</p> <p>1.) Membantu mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan pasien saat ini (“Apa yang mas A rasakan saat ini. Sudah berapa lama mas merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan mas A untuk</p>	<p>marah tidak pernah memukul orang tetapi selalu melampiaskan pada barang dan lingkungan di sekelilingnya.</p> <p>4. Pasien mengatakan bahwa setelah dirinya marah dengan cara melampiaskan pada barang seperti memecahkan barang, merusak pintu, memukul tembok, ayahnya sampai membawa clurit dan ibunya hanya bisa diam dan menangis.</p> <p>5. Pasien mengatakan apabila dirinya ingin marah, ia akan melakukan relaksasi tarik nafas dalam</p> <p>O :</p> <p><i>Afektif</i></p> <p>1. Pasien kooperatif dan antusias</p>	
--	--	--	---	--

		<p>mengatasinya?”..... Lampiran 1 Halaman 111)</p> <p>2.) Mengidentifikasi penyebab perasaan emosi pada pasien (Kalau boleh saya tau yang menyebabkan mas A bisa marah itu apa? “Saya marah itu karena tersinggung ucapan dari teman adik saya mbak yang seperti mengejek atau menghina saya, pada saat saya bermain games bersama mereka”)</p> <p>3.) Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan (Saat mas A marah apa ada perasaan tegang, kesal, bahkan mengepalkan tangan, dan apakah mas A juga merasa mondar-mandir?..... Lampiran 1</p>	<p><i>Kognitif</i></p> <p>2. Pasien mampu menyebutkan kembali penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1</p> <p><i>Psikomotor</i></p> <p>3. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan tarik nafas dalam dengan bantuan perawat.</p> <p>A : Sp 1 Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Sp 2</p>	
--	--	---	--	--

		<p>Halaman 112)</p> <p>4.) Mengidentifikasi akibat dari perilaku yang dilakukan pasien. (Lalu, Apa ada tindakan saat mas A sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri, atau memecahkan barang? dan apa akibat dari tindakan yang mas A lakukan?.....Lampiran 1 Halaman 112)</p> <p>5.) Melatih pasien dengan cara fisik 1 yaitu relaksasi tarik nafas dalam. (Sekarang saya akan ajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas, jadi yang pertama mas tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara</p>		
--	--	--	--	--

		<p>perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama? Nah bagus, sudah benar..... Lampiran 1 Halaman 112)</p> <p>6.) Menganjurkan pasien untuk mencatat cara yang telah diajarkan ke dalam jadwal harian (Nah jangan lupa di catat dan selalu latihan di dalam ruangan mas A ya, agar mas A dapat mengontrol rasa marah mas A, Besok saya akan kembali lagi ya mas pada jam 08.30 Wib untuk sesi latihan yang selanjutnya, selamat beristirahat ya mas.)</p>		
Sabtu 08 Mei	Risiko Perilaku Kekerasan	1.) Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan	S : 1. Pasien mengatakan sudah bisa	

2021		<p>menggunakan prinsip komunikasi terapeutik.</p> <p>(Selamat pagi mas A, masih ingat nama saya? “Selamat pagi mbak, masih mbak, Bunga kan namanya mbak”).</p> <p>Sp 2</p> <p>1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien (Bagaimana perasaan mas A saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas A marah? Kemarin kita kan sudah latihan cara fisik 1 ya mas, Apakah sudah dicoba lagi sendiri pada saat mas A berada diruangan?..... Lampiran 2 Halaman 115)</p> <p>2.) Melatih pasien cara mengontrol</p>	<p>melakukan relaksasi nafas dalam, dan pukul kasur/ bantal,</p> <p>O :</p> <p><i>Afektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan antusias <p><i>Kognitif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan kembali perasaan kesalnya dan alasannya <p><i>Psikomotor</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur dan bantal dengan bantuan perawat. <p>A : Sp 2 Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Sp 3</p>	<i>Bunga</i>
------	--	---	--	--------------

		<p>perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur (Kemarin mas A kan sudah cerita penyebab mas marah, cara mengontrol perilaku kekerasam dengan kegiatan fisik 1. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu dengan memukul bantal atau kasur saat mas A merasa kesal. Sekarang ayo coba bersama-sama..... Lampiran 2 Halaman 115)</p> <p>3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-harinya. (Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Dan jangan lupa</p>		
--	--	---	--	--

		<p>memasukkan latihan ini ke jadwal mas A sehari-hari ya?</p> <p>Besok kita ada sesi latihan lagi ya mas pada jam 08.30 di sini lagi, apakah mas mau? “Iya mbak mau”).</p>		
<p>Minggu 09 Mei 2021</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>1.) Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. (Selamat pagi mas A, sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang kita bertemu lagi. “Selamat pagi mbak Bunga, iya mbak”).</p> <p>Sp 3</p> <p>1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien (Bagaimana perasaan mas A saat</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyapa balik mahasiswa 2. Pasien dapat melakukan bicara verbal dengan baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik. <p>O :</p> <p><i>Afektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan antusias <p><i>Kognitif</i></p>	<p><i>Bunga</i></p>

		<p>ini? Apakah sudah latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal diruangan).</p> <p>2.) Melatih pasien berbicara dengan baik, seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.</p> <p>(Sekarang kita akan latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah mas A ya, Seperti meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, lalu menolak dengan baik, dan cara mengatakan rasa tidak senang atau kesal dengan baik? “Baik</p>	<p>2. Pasien mampu menyebutkan kembali cara bicara verbal yang baik</p> <p><i>Psikomotorik</i></p> <p>3. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan kembali cara bicara verbal yang baik dengan bantuan perawat.</p> <p>A : Sp 3 Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Sp 4</p>	
--	--	---	---	--

		<p>mbak”. Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama, Nah bagus sudah benar).</p> <p>3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.</p> <p>(Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Dan jangan lupa memasukkan latihan ini ke jadwal mas A sehari-hari ya? “Iya mbak siap”. Baiklah, terimakasih atas kerjasamanya ya mas, saya mau pamit mas karena pada hari ini saya terakhir disini mas, saya tidak kesini lagi mas A, saya doakan semoga mas A cepat sembuh ya. “Baik mbak Bunga, terimakasih ya”).</p>		
--	--	---	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

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

4.1 Pengkajian

Dalam tahap ini penulis menemukan beberapa kesenjangan pada saat melakukan pengkajian yang nantinya akan penulis jelaskan satu persatu pada tahap pengkajian ini, untuk tahap pengumpulan data penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien sangat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut penulis terdapat data pengkajian tanda dan gejala pasien seperti beberapa perilaku pasien yang muncul pada tinjauan kasus. Pada saat di wawancarai oleh penulis, terdapat data mayor subjektif pasien mengatakan kesal dengan teman adiknya karena diolok-olok oleh teman adiknya, pasien mengatakan jika dirinya marah dia menyakiti diri sendiri dengan berguling-guling, memukul tembok dan merusak lingkungan sekitar seperti merusak pintu, memecahkan barang-barang. Terdapat data mayor objektif pasien tampak gelisah, pada saat berbicara nada suara pasien keras dan tegas. Dan juga terdapat data minor subjektif bahwa pasien mengatakan tidak senang pada teman adiknya

yang sudah mengolok-olok dirinya Hal ini sesuai dengan dengan teori menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019).

Sedangkan pada tanda dan gejala dalam tinjauan pustaka masalah yang dituliskan menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) Data risiko perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

1. Mayor

a. Subjektif

- (1) Mengatakan benci/ kesal dengan orang lain
- (2) Mengatakan ingin memukul orang lain
- (3) Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan
- (4) Mengungkap keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan

b. Objektif

- (1) Melotot
- (2) Pandangan tajam
- (3) Tangan mengepal, rahang mengatup
- (4) Gelisah dan mondar-mandir
- (5) Tekanan darah meningkat, nadi dan pernafasan meningkat
- (6) Merusak lingkungan
- (7) Mudah tersinggung
- (8) Nada suara tinggi dan bicara kasar
- (9) Memukul orang lain

2. Minor

a. Subjektif

- (1) Mengatakan tidak senang
- (2) Menyalahkan orang lain
- (3) Mengatakan diri berkuasa
- (4) Merasa gagal mencapai tujuan
- (5) Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi.
- (6) Suka mengejek dan mengkritik

b. Objektif

- (1) Disorientasi
- (2) Wajah merah
- (3) Postur tubuh kaku
- (4) Sinis
- (5) Bermusuhan
- (6) Menarik diri.

Berdasarkan data yang diperoleh tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dan didapatkan bahwa pasien dengan risiko perilaku kekerasan selalu sama dengan tinjauan teori dalam tanda gejala yang sama seperti yang ditampilkan dalam tinjauan kasus. Dalam tinjauan kasus terdapat data yaitu pasien mengatakan kesal dengan orang lain, mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri dan merusak lingkungan, pasien tampak gelisah, nada bicara pasien keras dan tegas, pasien mengatakan tidak senang. Dapat

terlihat bahwa tanda dan gejala dalam tinjauan kasus sama seperti ada tinjauan teori.

Dalam tinjauan kasus didapatkan bahwa pasien sudah 2 kali ini masuk dan dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur. Pasien pertama kali masuk di Rumah Sakit Jiwa Menur pada bulan April tahun 2019 selama 6 bulan karena rehabilitas NAPZA, dan pengobatan pasien berhasil pada waktu itu tetapi setelah itu pasien jarang melakukan kontrol dan jarang mengkonsumsi obat secara teratur. Dan untuk yang kedua ini pasien masuk pada tanggal 27 April 2021 dengan masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia. Saat penulis berada di ruangan di dapatkan pasien sudah mulai membaik tidak seperti pada awal masuk yang suka menyendiri, mondar-mandir, dan marah-marah

Pada tinjauan teori faktor predisposisi didapatkan faktor yang berakibatkan atau berpengaruh terhadap Risiko Perilaku Kekerasan adalah faktor sosiokultural pasien yaitu pada saat pasien marah dan merusak lingkungan, Ayah pasien malah membawa clurit untuk menakut-nakutinya dan ibunya hanya bisa diam saja dan menangis. Adapun juga faktor presipitasi yang berakibat atau berpengaruh pada pasien adalah faktor lingkungan (serangan dari luar) yang terlalu ribut seperti mengarah pada penghinaan. Adapun faktor penyebab timbulnya risiko perilaku kekerasan adalah penyalahgunaan NAPZA, dan pasien dulu pada tahun 2019 pernah menggunakan NAPZA dan masuk Rumah Sakit Jiwa Menur untuk rehabilitasi.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori dikarenakan saat pengkajian, dalam tinjauan kasus terdapat pengobatan

tidak berhasil dan jarang kontrol sedangkan dalam tinjauan teori terdapat beberapa faktor yaitu faktor sosiokultural, faktor presipitasi dan faktor penyebab penyalahgunaan NAPZA.

Pada saat pengkajian juga didapatkan konsep diri dan harga diri pasien cenderung malu saat dikaji karena pasien jika berada di dekat wanita sering grogi, kontak mata pasien juga kurang dengan perawat. Pasien mengatakan tidak aktif dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Pada pengkajian alam perasaan ekspresi wajah pasien menunjukkan kegelisahan dan frsutasi, karena pasien ingin cepat pulang dan hari raya di Rumah tetapi perawat hanya berkata iya saja tanpa ada bukti. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis mendapatkan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan tinjauan teori dan tinjauan kasus, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah sebagai Penyebabnya, Risiko Perilaku Kekerasan sebagai Masalah Utama dan Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain, dan Lingkungan sebagai efek dari masalah utama. Sedangkan pada tinjauan kasus yang penulis dapatkan adalah Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah sebagai penyebabnya, Risiko Perilaku Kekerasan sebagai masalah utama dan Isolasi Sosial sebagai efek dari masalah utama.

Hasil pengumpulan data penulis yang dilakukan pada pasien Tn. A ditemukan diagnosa keperawatan yaitu risiko perilaku kekerasan, bahwa risiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan persepsi pada lingkungan tidak akurat.

Kemudian dari hasil analisa data dan pengkajian telah didapatkan data yaitu selama 3 hari pasien mulai gelisah, memecah-mecah barang, merusak pintu, memukul-mukul tembok, tidak bisa tidur selama 3 hari, mondar-mandir, ngelantur tidak mau mandi, badan banyak lecet-lecet dikulit karena digaruk-garuk sendiri dan diguling-gulingkan di tanah, dan kontak mata dengan perawat mahasiswa kurang, ekspresi wajah pasien tampak gelisah dan frustrasi karena pasien ingin cepat pulang tetapi perawat hanya berkata iya saja tanpa ada bukti kata pasien. Sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Dermawan & Rusdi, 2013) bahwa faktor yang mendukung untuk menegakkan masalah risiko perilaku kekerasan adalah yang pertama faktor biologis seperti memecah-mecah barang, merusak pintu, memukul-mukul tembok jika pasien tidak suka dengan perkataan dari orang lain yang menyinggung hatinya, yang kedua faktor psikologis contohnya raut wajah menunjukkan kegelisahan, dan yang terakhir faktor sosiokultural contohnya pasien malu dengan berada di dekat wanita karena pasien merasa grogi.

Berdasarkan data dari pohon masalah didapatkan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Isolasi Sosial dikarenakan pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di Rumah Sakit, malas berkomunikasi dengan pasien yang ada diruangan karena ingin sendirian, dan pasien juga mengatakan bahwa dirinya jarang berinteraksi dengan tetangganya dan tidak pernah mengikuti kegiatan bersama masyarakat bila dirinya berada dirumah. Dan pada saat penulis datang ke ruangan, pasien tampak menyendiri, lalu saat wawancara dengan penulis afek pasien datar dan kontak mata kurang.

2. Risiko Perilaku Kekerasan dikarenakan pasien menyakiti diri sendiri dengan berguling-guling ditanah, badan banyak lecet-lecet karena digaruk-garuk sendiri. Dan pasien merusak lingkungan dengan memecah-mecah barang, merusak pintu, memukul-mukul tembok.
3. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, data yang didapatkan pada pasien yaitu merasa malu karena kondisinya saat ini yang tidak bekerja dan juga merasa bahwa dirinya itu beban bagi keluarganya saat ini, karena pasien sedang sakit dan berada di Rumah Sakit Jiwa Menur, kontak mata pasien kurang dan bila berjalan sambil menunduk.

4.3 Rencana Keperawatan

Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan teori pada SP 1 yaitu pasien bisa membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, akibat dari risiko perilaku kekerasannya, melatih pasien dengan cara fisik 1 yaitu relaksasi tarik nafas dalam, dan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien.

Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 2 yaitu melakukan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal, dan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien.

Menurut data tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada SP 3 yaitu melatih pasien dengan bicara verbal yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik. SP 4 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah. Dan SP 5 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat.

Menurut penulis semua direncanakan sesuai teori seperti SP 1 melatih pasien dengan cara fisik 1 relaksasi tarik nafas dalam, SP 2 melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur / bantal dan SP 3 melatih pasien dengan bicara verbal yang baik. SP 4 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah. Dan SP 5 yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat.

4.4 Pelaksanaan

Pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama penulis melaksanakan pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien. Sedangkan dalam tinjauan pustaka menurut (Budi Anna Keliat et al., 2019) rencana tindakan keperawatan lebih baik lagi bila diberikan pada pasien dan keluarga, dan itu membuat kurangnya keefektifan asuhan keperawatan jiwa pada pasien risiko perilaku kekerasan.

Pada implementasi keperawatan penulis hanya bisa memberikan 3 SP pada pasien yaitu SP 1 melakukan latihan cara fisik 1 yaitu relaksasi nafas dalam, pukul bantal/kasur, dan senam/jalan-jalan, SP 2 melakukan latihan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal, dan SP 3 melakukan latihan untuk bicara verbal dengan baik seperti mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik, dan menolak dengan baik. Karena penulis ada keterbatasan waktu untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A di Rumah Sakit Menur yang dilaksanakan hanya tiga hari saja.

Sedangkan dalam tinjauan pustaka ada 5 SP yang harus terlaksanakan pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama risiko perilaku kekerasan yaitu SP 1

melakukan latihan cara fisik 1 seperti relaksasi nafas dalam, SP 2 melakukan latihan cara fisik 2 seperti pukul bantal/kasur, dan SP 3 melakukan latihan untuk bicara verbal dengan baik seperti mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik, dan menolak dengan baik, SP 4 melatih pasien untuk melakukan kegiatan ibadah/ spiritual sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut seperti sholat, berdoa, dan kegiatan ibadah yang lainnya, dan SP 5 yaitu melatih pasien untuk patuh minum obat dengan cara 8 benar seperti benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu, benar manfaat, benar tanggal kadaluwarsa dan benar dokumentasi.

Dan menurut penulis ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori, karena pada tinjauan kasus penulis hanya bisa memberikan 3 SP saja karena adanya keterbatasan waktu untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A di Rumah Sakit Menur. Sedangkan pada tinjauan pustaka ada 5 SP yang harus terlaksanakan pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama risiko perilaku kekerasan. Dan itu membuat kurangnya keefektifan asuhan keperawatan jiwa pada pasien risiko perilaku kekerasan.

Pada tanggal 07 Mei 2021 dilakukan tindakan SP 1 yang terdiri dari membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan perawat. Pasien bisa mengidentifikasi penyebab, tanda gejala, dan akibat dari risiko perilaku kekerasan, melatih pasien dengan cara fisik 1 yaitu relaksasi tarik nafas dalam, dan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien. Dalam pertemuan pertama pasien mampu menyebutkan nama, alamat dan pasien berkenan untuk diajak berdiskusi tentang risiko perilaku kekerasannya. Pada pelaksanaan SP 1 pasien mampu menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif namun kontak

mata pasien masih kurang karena dirinya malu dan grogi jika berada dekat wanita. Pada hasil wawancara respon pasien secara verbal dari mulai perkenalan pasien mengatakan “Selamat pagi mbak, saya Tn. A suka dipanggil Tn. A” kemudian oleh penulis ditanyakan mengenai perasaan yang dirasakan dan penyebab risiko perilaku kekerasannya dan pasien menjawab “Saya sekarang baik baik saja mbak, penyebab saya bertindak seperti itu karena saya tersinggung ucapan dari teman adikku yang seperti menghina”. Pada saat dikaji pasien mampu mengenali risiko perilaku kekerasan dengan menyebutkan penyebab, tanda gejala, dan akibat dari risiko perilaku kekerasannya, pasien juga mampu mengontrol marah dengan cara fisik 1 yaitu relaksasi nafas dalam. Untuk ini penulis berasumsi bahwa pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik 1 dan pasien kooperatif meskipun kontak mata pasien kurang.

Menurut penulis saat dilakukan tindakan pada SP 1 tidak ada halangan dan pasien bisa mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara fisik 1 dengan cara ini penulis berharap pasien dapat mengontrol marah dengan melakukan cara yang sudah diajarkan perawat. Pasien mudah sekali menerima intervensi dari perawat dikarenakan pasien tersebut adalah pasien lama dan pernah dirawat sebelumnya. Dan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu mengidentifikasi risiko perilaku kekerasannya dan mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara fisik 1.

Pada tanggal 09 Mei 2021 dilakukan tindakan SP 2 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien tentang mengontrol rasa marah dengan cara fisik 1, melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal, dan juga menganjurkan memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian. Pada saat

wawancara pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal. Untuk ini penulis berasumsi bahwa pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik 2 dan pasien kooperatif meskipun kontak mata pasien kurang.

Menurut penulis secara kognitif, afektif, dan psikomotorik pasien mampu mengontrol dan mengikuti cara fisik 2 dengan pukul kasur/ bantal. Dengan cara ini penulis berharap pasien bisa mengontrol perasaan marahnya pukul kasur/ bantal.

Pada tanggal 09 Mei 2021 dilakukan tindakan SP 3 yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien berbicara verbal dengan baik, seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik, menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari. Pasien mengatakan bahwa dia sudah mencobamengontrol marah dengan cara fisik 1 dan 2. Pada SP 3 ini perawat mahasiswa melatih pasien dengan bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik. Pada saat wawancara pasien juga mampu mengikuti dan mempraktikkan cara bicara yang baik. Pasien juga mampu memasukkan apa yang sudah diajarkan perawat ke dalam kegiatan sehari-hari.

Menurut penulis secara kognitif, afektif dan psikomotorik pasien mampu mengevaluasi jadwal harian dan berlatih bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik.

Penulis berharap bahwa pasien mampu mengontrol marah dengan tidak menggunakan umpatan yang kasar.

Pada tinjauan kasus dan tinjauan teori terdapat kesenjangan yaitu pada tinjauan teori menyebutkan bahwa tindakan keperawatan dilakukan pada pasien dan juga keluarga, sedangkan dalam tinjauan kasus penulis tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan tindakan keperawatan pada keluarga, karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi di Rumah Sakit Jiwa Menur.

4.5 Evaluasi

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

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

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 07 Mei 2021 dan pasien mampu membina hubungan saling percaya, dan mampu mencapai SP 1 yaitu mengidentifikasi risiko perilaku kekerasan, mempraktikkan dan mampu memahami cara fisik 1 yaitu relaksasi tarik nafas dalam, dan menganjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan.

Pada evaluasi hari berikutnya tanggal 08 Mei 2021 dilanjutkan dengan SP 2 pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien juga mampu mengevaluasi kegiatan harian, mampu menyebutkan kembali cara fisik 1, dan pasien mampu mencapai SP 2 yaitu latihan cara fisik 2 dengan pukul kasur/ bantal, dan mampu memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari.

Pada evaluasi hari terakhir tanggal 09 Mei 2021 dilanjutkan SP 3 pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien juga mampu mengevaluasi kegiatan harian, mampu mengontrol perasaan marahnya dengan cara fisik 1 dan 2, dan pasien mampu mencapai SP 3 yaitu berbicara verbal yang baik pada saat marah seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, dan mampu memasukkan dalam kegiatan sehari-hari dirinya.

Hasil evaluasi Pasien Tn. A sudah diterapkan dan perawat sudah memberikan asuhan keperawatan selama 3 hari dan evaluasi diharapkan masalah teratasi. Secara afektif, kognitif dan psikomotorik pada evaluasi SP 1 pasien sangat kooperatif dan antusias untuk berlatih, pasien mampu menyebutkan kembali penyebab, tanda dan gejala, akibat dan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1, pasien juga mampu mengikuti dan mempraktikkan tarik nafas dalam dengan bantuan perawat. Evaluasi SP 2 penulis mengevaluasi bahwa secara afektif, kognitif, dan psikomotorik pasien sangat kooperatif serta antusias mengikuti latihan, pasien mampu cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2, pasien juga mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur/ bantal dengan bantuan perawat. Evaluasi SP 3 penulis mengevaluasi bahwa secara afektif, kognitif, dan psikomotorik pasien sangat kooperatif serta

antusias untuk mengikuti latihan, pasien mampu menyebutkan kembali cara bicara verbal yang baik, dan pasien juga mampu mengikuti dan mempraktikkan kembali cara bicara verbal yang baik dengan bantuan perawat.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Kesimpulan

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama risiko perilaku kekerasan pada Tn. A dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan kesimpulan bahwa pasien sudah bisa menjadi lebih baik daripada hari pertama dia berada diruangan Gelatik pada 27 April 2021
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan tiga permasalahan actual, yaitu (1) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, (2) Risiko Perilaku Kekerasan dan (3) Isolasi Sosial.

3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
4. Intervensi Keperawatan yang diberikan kepada Tn.A yaitu strategi yang diberikan kepada pasien ada 3 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan membina hubungan saling percaya dengan perawat, mampu memahami tanda gejala, penyebab, dan akibat dari risiko perilaku kekerasan dan mampu mengontrol rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam, SP 2 bertujuan agar mampu mengontrol rasa marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal. Pada SP 3 bertujuan agar pasien mampu melakukan latihan bicara yang baik dengan meminta yang baik, menolak yang baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik.
5. Tindakan keperawatan pada Tn.A dilakukan mulai tanggal 07 Mei 2021 sampai dengan 09 Mei 2021 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama 3 hari tersebut pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik.
6. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.
7. Pada akhir evaluasi pada tanggal 09 Mei 2021 semua tujuan dapat tercapai karena kondisi pasien yang mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.

8. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien Tn. A, yang dilaksanakan mulai tanggal 07 sampai dengan 09 Mei 2021.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk menambah pengetahuan dan keterampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan jiwa, sehingga mahasiswa bisa lebih profesional dan lebih kreatif lagi dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep risiko perilaku kekerasan dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pada pasien dengan gangguan jiwa khususnya masalah utama risiko perilaku kekerasan sehingga perawat dapat membantu mengatasi pasien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan.

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan keterampilan, menambah pengetahuan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dan diharapkan agar mahasiswa peneliti selanjutnya dapat memahami komunikasi terapeutik. Serta mengetahui

terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriliansi, F. (2020). *Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana*.
- Azizah, M. lilik, Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. *Indomedia Pustaka*, 657.
- Budi Anna Keliat, P. D., S. Hamid, P. A. Y., & Eka Putri, Y. S. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (P. D. Budi Anna Keliat (ed.); 1st ed.). Buku Kedokteran EGC.
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa* (T. Rahayuningsih (ed.); 1st ed.). Gosyen Publishing.
- Fillat, M. T. (2018). *Penerapan Aktivitas Terjadwal Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktifitas*.
- Fitria. (2018). Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (2018). Review Artikel : Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, 16(2), 210–232.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).
- Lestari, H. D. (2016). Modul Grade 2 I. *Stres Dan Adaptasi*.
- Maslim R. (2013). Buku Saku : Diagnosis Gangguan Jiwa. Rujukan Ringkas dari PPDGJ-II. *PT Nuh Jaya-Jakarta*, 72 p.
- Oliver, J. (2019). Adaptasi sebagai komunikasi antar budaya. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Rahmawati, P. M. (2019). *Modul Praktik Klinik Keperawatan Jiwa*.
- Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/8ucph>
- sangadah, khotimatus. (2020). Studi Dokumentasi Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Skizofrenia. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 21(1), 1–9.
- Sarfika, N. R., Maisa, E. A., & Windy Freska. (2018). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan. In *Buku Ajar Keperawatan 2*.
- Surya, D., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia* (Tim UB Press (ed.); 1st ed.). UB Press.

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>

Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

LAMPIRAN 1 STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke -1
Hari /Tanggal : Jumat / 07 Mei 2021
Nama Pasien (Inisial) : Tn. A
Ruangan : Gelatik 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien

Pasien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai, pasien juga kooperatif dan mampu menjawab semua pertanyaan.

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya, dan mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1 : relaksasi tarik nafas dalam.

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- b. Pasien mampu mendemostrasikan latihan cara fisik 1, relaksasi tarik nafas dalam, pukul kasur/ bantal, dan jalan-jalan

5. Tindakan Keperawatan

SP 1 : Membina hubungan saling percaya dan latihan cara fisik 1 : relaksasi tarik nafas dalam.

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi mas?”, “Perkenalkan saya perawat Bunga, saya perawat yang bertugas di ruang Gelatik 1 ini. Nama mas siapa ya kalau boleh saya tau? Dan mas senang di panggil apa?”.”Okay, Saya panggil mas A ya.”

b. Evaluasi / Validasi

“Apa yang mas A rasakan?” “Jadi mas A sering kesal atau marah.”

“Sudah berapa lama?.” “Apa yang sudah dilakukan untuk mengatasinya? Apakah berhasil?”.

c. Kontrak

“Baiklah, pagi ini kita akan mengobrol mengenai perasaan marah yang saat ini mas rasakan”. “Mari kita membicarakan ini disana, ada tempat untuk duduk santai disana.” “Berapa lama mas A mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?”.

2. Kerja

Perawat Bunga : “Apa yang menyebabkan mas A bisa marah, coba ceritakan apa yang dirasakan mas A saat marah?”

Pasien A : “Saya marah itu karena tersinggung ucapan dari teman adik saya mbak yang sering mengejek saya, pada saat saya bermain games bersama mereka.”

Perawat Bunga : “Saat mas A marah apa ada perasaan tegang, kesal, bahkan mengepalkan tangan, dan mas A juga merasa mondar-mandir? Atau mungkin ada hal lain yang dirasakan?”.

Pasien A : “Iya mbak benar, saya merasa sangat kesal sekali tetapi saya tidak mengepalkan tangan mbak.”

Perawat Bunga : ”Lalu, Apa ada tindakan saat mas A sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri, atau memecahkan barang?”

Pasien A : “Iya mbak, pada saat saya marah itu memecah-mecah barang, memukul-mukul tembok, merusak pintu, teriak-teriak, dan guling-guling dijalan mbak, kaya orang kesurupan gitu, gatau saya mbak. Tapi saya nggak pernahukul orang mbak, takut saya soalnya”

Perawat Bunga : “Terus apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang di alami selesai? Dan apa akibat dari tindakan yang telah mas lakukan di rumah?”

Pasien A : “Tidak mbak, badan saya malah sakit semua, terus bapak saya malah marah-marrah sambil membawa clurit mbak, dan ibu saya

Cuma bisa diam dan nangis mbak. Lalu besoknya saya dibawa ke rumah sakit jiwa sama ibu bapak saya mbak”

Perawat Bunga : “Kalau boleh saya tau, mas kesini barusan ini atau dulu pernah kesini ya?”

Pasien A : “Ini yang kedua saya kesini mbak, yang pertama itu saya kesini gara-gara narkoba jadi saya di rehab mbak di NAPZA selama 6 bulan pada tahun 2019 mbak.”

Perawat Bunga : “Oh seperti itu ya mas, Okay sekarang saya akan ajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas. Nah caranya seperti ini mas “mas A coba untuk tarik nafas dalam secara perlahan melalui hidung, lalu tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti mengembuskan kekesalan”.

Pasien A : “Iya mbak”

Perawat Bunga : “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama”. “Ya, benar seperti itu.” “Sekarang coba lakukan sendiri.”

Perawat Bunga : “Nah bagus, sudah benar.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan mas A setelah berbincang-bincang dengan saya tentang perasaan marah yang mas A rasakan?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas A jelaskan lagi kenapa mas bisa marah?”

“Kalau perasaan marah mulai muncul, apa yang harus mas A lakukan? Coba sekarang mas praktikkan lagi.”

c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang bagaimana mengatasi marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal mas A” “Dimana kita bisa mengobrol lagi mas, bagaimana kalau disini saja mas”. “Okay besok kita ketemu lagi di sini ya mas jam 08.30 Wib”

LAMPIRAN 2 STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke -2

Hari /Tanggal : Sabtu / 08 Mei 2021

Nama Pasien (Inisial) : Tn. A

Ruangan : Gelatik 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien juga sudah dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
- c. Pasien dapat mengenal penyebab marah

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengidentifikasi yang biasa dilakukan
- c. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marah
- d. Pasien mampu latihan cara fisik 2 : yaitu pukul kasur/ bantal

4. Tindakan Keperawatan

SP 2 : Membantu pasien latihan cara fisik 2 yaitu pukul kasur atau bantal

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik
“Selamat pagi mas A? Masih ingat nama saya?”.
- b. Evaluasi / Validasi
“Bagaimana perasaan mas A saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas A marah?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”. “Mas mau berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?”. “Mari kita latihan ditempat kemarin ya pak”.

2. Kerja

Perawat Bunga : “Kemarin mas A kan sudah cerita penyebab mas A marah, dan belajar tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan kegiatan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik yang ke 2 ya mas”.

Pasien A : “Okay siap mbak”

Perawat Bunga : “Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan mas A marah dan muncul perasaan kesal. Berdebar-debar, dan mata melotot selain bernafas dalam-dalam, Mas A juga bisa melampiaskannya dengan memukul bantal atau kasur mas”.

Pasien A : “Oh kayak gitu ya mbak”

Perawat Bunga : “Nah sekarang ayo coba kita latihan bersama-sama memukul bantal dan kasur, dimana tempat tidur mas A”. “Nah, benar seperti itu mas”. “Nah kalau perasaan marah mas A muncul sampai ingin memecahkan barang, memukul tembok, mas A harus cepat-cepat mencari bantal dan melampiaskan marah mas A pada bantal dengan cara memukulnya”.

Pasien A : “Siap mbak, nanti kalau besok saya merasa marah, saya akan memukul bantal saja”

Perawat Bunga : “Nah cara inipun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Jangan lupa untuk merapikan kembali tempat tidurnya dan memasukkan latihan ini ke jadwal mas sehari-hari ya”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaannya mas A setelah latihan tadi”.

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihannya?” “Nah bagus sekali mas A, sudah benar”.

c. Rencana Tindak Lanjut

“Nah karena mas A sudah pandai dan tau tindakan yang telah dilakukan, mas A mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal yang baik? Nanti saya ajari, Bagaimana mas A, bersedia?”

d. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Bagaimana kalau besok kita mulai belajar mengungkapkan rasa marah dengan verbal baik ya mas A?”. “Dimana kita bisa belajar mengungkapkan perasaan marah dengan baik ya mas? O... disini lagi ya mas A?”. “Okay besok kita belajar marah yang sehat pada jam 08.30 Wib disini lagi ya mas.”

LAMPIRAN 3 STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke -3
Hari /Tanggal : Sabtu / 09 Mei 2021
Nama Pasien (Inisial) : Tn. A
Ruangan : Gelatik 1

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien
Pasien sudah mengetahui perasaan marah dan akibat tindakan yang dilakukan saat marah, pasien tenang dan kooperatif
2. Diagnosa Keperawatan
Resiko Perilaku Kekerasan
3. Tujuan Khusus
 - a. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
 - b. Mendemonstrasikan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
4. Tindakan Keperawatan
SP 3 : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Tahap Orientasi
 - a. Salam Terapeutik
“Assalamualaikum mas A, Selamat pagi mas, sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang kita ketemu lagi”.
 - b. Evaluasi / Validasi
“Bagaimana perasaan mas A saat ini?” “Bagaimana mas, sudah latihan melakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur/ bantal? Apa yang dirasakan setelah melakukan secara teratur?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Nah pada pagi hari ini kita akan berlatih cara bicara verbal yang baik untuk mencegah marah mas A? “Sesuai kesepakatan kemarin kita akan berlatih disana, tempat duduk kemarin ya mas?”.
 “Berapa lama kita akan membicarakan ini?” “Bagaimana kalau 30 menit?”.

2. Kerja

Perawat Bunga : “Sekarang kita akan latihan cara bicara verbal yang baik untuk mencegah marah mas A ya.” “Nah kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam, pukul kasur/ bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara yang baik dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya mas”

Perawat Bunga : “Yang pertama meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin mas A bilang bahwa penyebab marahnya karena teman adik berbicara seperti menghina mas A dan menyinggung perasaan mas A ya?”

Pasien A : “Iya mbak benar..”

Perawat Bunga : “Coba sekarang mas meminta dengan baik agar teman adiknya mas A tidak berbicara seperti itu lagi : “X, Saya tidak suka kamu berbicara seperti itu, karena menyinggung perasaan saya. Saya mohon jangan berbicara seperti itu lagi ya X” “Coba mas A praktikkan”.

Pasien A : “Sambil mempraktikkan yang telah diajarkan perawat”

Perawat Bunga : “Nah bagus sekali mas A”

Perawat Bunga : “Yang kedua, jika ada yang menyuruh dan mas A tidak ingin melakukannya, katakan : “Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan.” “Coba mas A praktikkan”

Pasien A : “Sambil mempraktikkan yang telah diajarkan perawat”

Perawat Bunga : “Nah bagus sekali mas A”

Perawat Bunga : “Yang ketiga, Jika ada perlakuan orang lain yang membuat mas A kesal, mas A dapat mengatakan: “Saya jadi ingin

marah karena perkataanmu itu.” “Coba mas A praktikkan”. “ Nah bagus sekali mas A”.

3. Tahap Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan mas A setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara verbal yang baik?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas A sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari”. “Bagus sekali!!”.

c. Rencana Tindak Lanjut

“Nah bagus sekali mas A, tolong nanti mas A di coba lagi cara yang sudah perawat ajarkan dan jangan lupa ikuti kegiatan yang ada diruangan ya mas!”.

d. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Baiklah, terimakasih atas kerjasamanya ya mas, saya mau pamit mas karena pada hari ini saya terakhir disini mas, saya tidak kesini lagi mas A, saya doakan semoga mas A cepat sembuh ya”.

LAMPIRAN 4**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN**

Nama Pasien : Tn. A

Ruangan : Gelatik 1 Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : Bunga Ayu

Petunjuk : Berilah tanda checklist (√) jika pasien mampu melakukan kemampuan dibawah ini.

No	Kemampuan	Tanggal		
		07	08	09
A.	Pasien SP 1	07	08	09
1.	Mengidentifikasi penyebab PK	√	√	√
2.	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK	√	√	√
3.	Mengidentifikasi PK yang dilakukan	√	√	√
4.	Mengidentifikasi akibat PK	√	√	√
5.	Menyebutkan cara pengendalian PK	√	√	√
6.	Membantu mempraktikan latihan nafas dalam, pukul kasur/ banta/, berolahraga/ jalan-jalan	√	√	√
7.	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	√	√	√
B.	Pasien SP 2	07	08	09
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	√	√	√
2.	Melatih pasien de-enskalasi (curhat)	√	√	√

3.	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	√	√	√
C .	Pasien SP 3	07	08	09
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian	√	√	√
2.	Mengontrol PK dengan cara verbal meminta/ menolak/ mengungkapkan dengan baik	√	√	√
3.	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	√	√	√