

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA PERILAKU
KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA
PADA Ny. T DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT
JIWA MENUR SURABAYA**



Oleh :

SELVIA KUMALA DEWI
NIM. 193.0079

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA PERILAKU
KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFRENIA
PADA Ny. T DI RUANG FLAMBOYANRUMAH SAKIT
JIWA MENUR SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh :

SELVIA KUMALA DEWI
NIM. 193.0079

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 25 September 2020
Penulis,



SELVIA KUMALA DEWI
NIM. 193.0079

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Selvia Kumala Dewi
 NIM : 193.0079
 Program Studi : Profesi Ners
 Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan Pada Ny. T Dengan Diagnosis Medis Skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**NERS (Ns)
 Surabaya, 25-09-2020
 Pembimbing**



**Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes
 NIP.03.021**

**Mengetahui
 Stikes Hang Tuah Surabaya
 Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
 NIP.03.020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
 Tanggal :

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Selvia Kumala Dewi
NIM : 193.0079
Program studi : Profesi Ners
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan Pada Ny. T Dengan Diagnosis Medis Skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan karya ilmiah akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

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

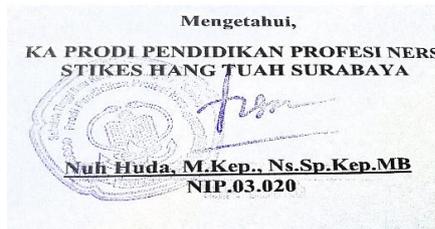


Penguji II : **Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.**
NIP. 03.021



Mengetahui,

**STIKES HANG TUAH SURABAYA
KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**



Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB.
NIP.03.020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal :

MOTTO & PERSEMBAHAN

“Fight to the end, pick up your success. If tired then rest, but don’t give up ”

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik. Karya ilmiah akhir ini saya persembahkan kepada:

1. Kedua orang tuaku tercinta Ayahku (Pak Sukamto), Ibuku (Bu Sukemi) yang selalu memberikan cinta dan kasih sayang, do’a dan dukungan baik moril maupun materiil, serta yang selalu menyemangatiku dalam mengerjakan karya ilmiah akhir ini.
2. Kakakku (Diah) dan Adik-adikku (Arum, Ambar dan Lidia) yang telah menghiburku saat lelah, serta memberikan dukungan selama mengerjakan karya ilmiah akhir ini.
3. Teman-teman seperjuangan dalam satu bimbingan kelompok karya ilmiah akhir (Mas Edwin, Mbak April dan Anjani) yang saling membantu dan saling mengingatkan selama bimbingan.
4. Teman – teman Profesi Angkatan 10 di Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu memberiku semangat saat mengerjakan karya ilmiah akhir.
5. Terima kasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah selalu membalas kebaikan kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal’Alaamiin

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak 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 M. Hafidin Ilham, SpAn selaku Kepala Rumah Sakit jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
2. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyningrum, S.Kp.,M.Kep., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Profesi Ners.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Profesi Ners.
4. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku penguji yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
5. Ibu Lela Nurlela, S.Kp.,M.Kes. selaku pembimbing yang tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir 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 Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat – sahabat seperjuangan tersayang (Herda Mentary Sitorus, Tiara Noviyanti Urgandana, Imelda Sandy, Rara Ayu Anjani dan Ignatius Erino) dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

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

Surabaya, 25 September 2020

Selvia Kumala Dewi

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO & PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	4
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	8
2.1.1 Pengertian Perilaku Kekerasan	8
2.1.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan	9
2.1.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan	9
2.1.4 Etiologi Perilaku Kekerasan.....	10

2.1.5	Pohon Masalah Perilaku Kekerasan.....	14
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Perilaku Kekerasan	14
2.2.1	Pengkajian	14
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	18
2.2.3	Rencana Keperawatan.....	18
2.2.4	Implementasi Keperawatan.....	20
2.2.5	Evaluasi.....	21
2.3	Konsep Skizofrenia	22
2.3.1	Definisi Skizofrenia	22
2.3.2	Etiologi Skizofrenia	22
2.3.3	Tanda dan Gejala Skizofrenia	23
2.3.4	Jenis-jenis Skizofrenia	24
2.3.5	Pengobatan Skizofrenia.....	25
2.4	Konsep COVID-19.....	26
2.4.1	Definisi COVID-19	26
2.4.2	Etiologi COVID-19	27
2.4.3	Patofisiologi COVID-19.....	28
2.4.4	Manifestasi Klinis COVID-19.....	29
2.4.5	Pemeriksaan Penunjang COVID-19.....	33
2.4.6	Penatalaksanaan COVID-19.....	34
2.4.7	Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa & Psikososial.....	42
2.4.8	Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	43
BAB 3	TINJAUAN KASUS.....	45
3.1	Pengkajian	45
3.1.1	Identitas	45
3.1.2	Alasan Masuk.....	45
3.1.3	Faktor Predisposisi	45

3.1.4	Pemeriksaan Fisik	46
3.1.5	Psikososial	46
3.1.6	Status Mental	48
3.1.7	Kebutuhan Pulang	50
3.1.8	Mekanisme Koping	52
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan	52
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	53
3.1.11	Data Lain-Lain	53
3.1.12	Aspek Medik	53
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan	54
3.1.14	Daftar Diagnosa Keperawatan	54
3.2	Pohon Masalah	55
3.3	Analisa Data	56
3.4	Rencana Keperawatan	58
3.5	Implementasi dan Evaluasi	61
BAB 4	PEMBAHASAN	66
4.1	Pengkajian	66
4.2	Diagnosa Keperawatan	67
4.3	Rencana keperawatan	68
4.4	Implementasi keperawatan	69
4.5	Evaluasi	70
BAB 5	PENUTUP	73
5.1	Simpulan	73
5.2	Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	75

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Pada Ny. T	53
Tabel 3.2 Terapi Medik Pada Ny. T	53
Tabel 3.3 Analisa Data	56
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan	58
Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang respon perilaku kekerasan.....	9
Gambar 2.2 Pohon masalah perilaku kekerasan	14
Gambar 3.1 Genogram Pada Ny. T.....	48
Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan Pada Ny.T.....	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SP 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.	77
Lampiran 2 SP 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.	80
Lampiran 3 SP 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.	82
Lampiran 4 SP 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.	85
Lampiran 5 SP 5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.	88
Lampiran 6 Analisa Proses Interaksi.	91

DAFTAR SINGKATAN

DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
PK	: Perilaku Kekerasan
SP	: Strategi Pelaksanaan
SPTK	: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
COVID-19	: <i>Corona Virus Disease 2019</i>
SARS	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
Ny	: Nyonya
P	: Perawat
K	: Klien
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
IDPI	: Ikatan Dewan Persatuan Indonesia
ARDS	: <i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i>
SOFA	: <i>Sepsis-relate Organ Failure Assesment</i>
RM _s	: <i>Recruitment Manoueuvers</i>
NIV	: Non Invasive Ventilasi
HFNO	: <i>High-Flow Nasal Oxygen</i>
IPDP	: Ikatan Dokter Paru Indonesia
PPPI	: Program Pencegahan Pengendalian Infeksi
SIRS	: <i>Systemic Inflammatory Response Syndrom</i>
SARS	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
MERS	: <i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
SD	: Standar Deviasi
EECLS	: <i>Expertise in Extra Corporal Life Support</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
TEK	: Terapi Elektro Konvulsi
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa yang sering di jumpai dan multifactorial, perkembangannya dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif dan defisit kognitif (Jones, et al.2011). Klien skizofrenia mengalami gejala positif, negatif dan defisit kognitif yang mempengaruhi pelaksanaan kegiatan harian dan penurunan fungsi sosial yang bermakna. Gejala negatif meliputi sulit memulai pembicaraan, efek tumpul atau datar, kurangnya motivasi dan atensi, pasif, apatis, dan penarikan diri secara sosial dan rasa tidak nyaman. Gejala positif meliputi waham, halusinasi, gaduh gelisah, perilaku aneh, sikap bermusuhan dan gangguan berfikir formal (Videbeck, 2008). Sikap bermusuhan lebih dikenal dengan perilaku kekerasan yang ditandai dengan ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengucapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan.

Data yang di dapatkan dari WHO (2015) menunjukkan jumlah orang yang mengalami Skizofrenia di seluruh dunia adalah 7 dari 1000 penduduk di dunia yaitu sebesar 21 juta orang, tiga dari empat kasus gejala yang muncul terjadi pada usia 15 dan 34 tahun (Stuart, 2013). Data riset kesehatan dasar (2013) dengan responden yang diteliti adalah 1.027.763 Menurut WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Menurut data WHO (2018), skizofrenia menyerang lebih dari 23 juta orang dari populasi di dunia dan lebih umum diderita oleh laki-laki 12 juta dibanding dengan perempuan 9 juta.

Data hasil Riskesdas (2018) menunjukkan di Indonesia terdapat peningkatan yang signifikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, naik dari 1,7% menjadi 7% angka terjadinya skizofrenia dari 34 provinsi terbanyak pada provinsi Bali, DIY, dan NTB dengan cakupan pengobatan di Indonesia 84,9%. Sedangkan di Jawa Timur prevalensi gangguan jiwa skizofrenia sebesar 6% dan Surabaya tercatat 18,8% (2018). Proses globalisasi dan

pesatnya kemajuan teknologi informasi memberikan dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya pada masyarakat. Data Rumah Sakit Jiwa Menur di Ruang Flamboyan tahun 2018, rata-rata terdapat 152 pasien skizofrenia perbulan dan masalah keperawatan perilaku kekerasan sebesar 40%, yang merupakan masalah keperawatan terbesar kedua setelah halusinasi. Sedangkan di Rumah Sakit Jiwa Menur terdapat sekitar 417 orang yang terkena gangguan jiwa masalah utama perilaku kekerasan dari seluruh pasien yang berjumlah 2785 orang dari keseluruhan pasien yang terdapat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Perilaku kekerasan pada seseorang dilakukan dengan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2010). Perilaku kekerasan bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat kekerasan. Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Volavka & Citrome, 2011).

Corona virus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. *Coronaviridae* dibagi dua sub keluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu *alpha coronavirus*, *betacoronavirus*, *deltacoronavirus* dan *gamma coronavirus* (Maurer-stroh, 2020). Berdasarkan penemuan, terdapat tujuh tipe *Coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia saat ini yaitu dua *alphacoronavirus* (229E dan NL63) dan empat *betacoronavirus*, yakni OC43, HKU1, *Middle East respiratory syndrome-associated coronavirus (MERS-CoV)*, dan *severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus (SARSCoV)*. Yang ketujuh adalah *Coronavirus* tipe baru yang

menjadi penyebab kejadian luar biasa di Wuhan, yakni *Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV)* (IDPI, 2020).

Gejala awal infeksi virus Corona atau COVID-19 bisa menyerupai gejala flu, yaitu demam, pilek, batuk kering, sakit tenggorokan, dan sakit kepala. Setelah itu, gejala dapat hilang dan sembuh atau malah memberat. Gejala-gejala COVID-19 ini umumnya muncul dalam waktu 2 hari sampai 2 minggu setelah penderita terpapar virus Corona. Demam adalah gejala yang paling umum, meskipun beberapa orang yang lebih tua dan mereka yang memiliki masalah kesehatan lainnya mengalami demam di kemudian hari. Dalam satu penelitian, 44% orang mengalami demam ketika mereka datang ke rumah sakit, sementara 89% mengalami demam di beberapa titik selama dirawat di rumah sakit. Gejala umum lainnya termasuk batuk, kehilangan nafsu makan, kelelahan, sesak napas, produksi dahak, dan nyeri otot dan sendi. Gejala seperti mual, muntah, dan diare telah diamati dalam berbagai persentase. Gejala yang kurang umum termasuk bersin, pilek, atau sakit tenggorokan.

Bencana COVID-19 merupakan bencana non alam yang dapat memberikan dampak pada kondisi kesehatan jiwa dan psikososial setiap orang. Sampai dengan tanggal 25 Maret 2020, dilaporkan total kasus konfirmasi COVID-19 sejumlah 414.179 dengan 18.440 kematian (CFR 4,4%) yang dilaporkan di 192 negara/wilayah. Di antara kasus tersebut, sudah ada beberapa petugas kesehatan yang dilaporkan COVID-19 sebanyak 4.241 kasus. Menurut WHO (2020), munculnya pandemi menimbulkan stres pada berbagai lapisan masyarakat. Meskipun sejauh ini belum terdapat ulasan sistematis tentang dampak COVID-19 terhadap kesehatan jiwa, namun sejumlah penelitian terkait pandemi (antara lain flu burung dan SARS) menunjukkan adanya dampak negatif terhadap kesehatan mental penderitanya. Penelitian pada penyintas SARS menunjukkan bahwa dalam jangka menengah dan panjang, 41—65% dari penyintas mengalami berbagai macam gangguan psikologis (Maunder, 2009). Sebuah penelitian di Hong Kong menunjukkan bahwa masalah psikologis pada penyintas SARS tidak berkurang dalam kurun waktu satu tahun setelah

kejadian. Bahkan, diperkirakan 64% dari penyintas berpotensi mengalami gangguan psikiatrik. Adapun faktor risiko terbesar untuk mengalami berbagai distres psikologis terdapat pada perempuan dan tenaga kesehatan. Sebuah penelitian yang juga dilakukan di Hong Kong bahkan menunjukkan bahwa 30 bulan paskainfeksi SARS, 25.6% dari penyintas mengalami Post Traumatic Disorders (PTSD) dan 15.6% mengalami gangguan depresi. Secara rata-rata, setidaknya 30% penyintas mengalami salah satu dari gejala tersebut (Mak dkk., 2009). Berdasarkan penelitian tentang dampak tsunami pada tahun 2004, maka semua masalah kesehatan jiwa meningkat hampir dua kali lipat setelah 12 bulan, yaitu gangguan jiwa berat (*severe mental disorder*) dari 2-3% menjadi 3-4%, gangguan jiwa sedang ke berat (*mild to moderate mental disorder*) dari 10% Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa Dan Psikososial Pada Pandemi COVID 19 menjadi 15-20%, sedangkan distres psikososial sedang ke berat (*mild to severe psychosocial distres*) mencapai 30-50%, dan distres psikososial sedang (WHO, 2015).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa kemudian membuat rumusan masalah sebagai berikut, “Bagaimana asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Ny. T dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Flamboyan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia heberfrenik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
3. Merencanakan asuhann keperawatan pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
4. Mengevaluasi klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
5. Mendokumentasikan asuhann keperawatan pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.4 Manfaat

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

1. Akademis
Hasil karya ilmiah akhir ini memberikan informasi terbaru bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
 - a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit
Hasil karya ilmiah akhir ini, dapat menjadi acuan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan dengan baik.
 - b. Bagi peneliti

Hasil karya ilmiah akhir ini dapat menjadi salah satu referensi bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai riset keperawatan tentang studi kasus dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan orang tua maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data diperoleh secara langsung melalui pengamatan terhadap reaksi dan sikap pasien yang diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi yang dapat menunjang untuk menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari pasien, baik berupa observasi dan pemeriksaan fisik.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari orang tua pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang Latar Belakang, Masalah, Tujuan, Manfaat penelitian dan Sistematika Penulisan Studi Kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan Respiratory Distress Syndrome, serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dan 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

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

2.1 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan baik secara fisik/emosional/seksual dan verbal (Keliat, 2010).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Stuart dan Sundeen, dalam Direja, 2011). Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan bentuk kekerasan dan pemaksaan secara fisik maupun verbal yang ditujukan kepada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan biasanya berupa kekerasan secara fisik atau kekerasan secara verbal. Perilaku kekerasan biasanya timbul untuk menutupi kekurangan seseorang, misalnya rendahnya percaya diri (Townsend, 2009). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusmawati dan Hartono, 2010).

2.1.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep, I, (2016) 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 2.1 : Rentang respon perilaku kekerasan (Keliat,1999) dalam Ade Hermawan (2011)

Keterangan :

- Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.
- Pasif : Respon lanjutan yang tidak mampu mengungkapkan perasaan.
- Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.
- Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

2.1.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda gejala yang ada adalah ada ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengucapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan (Keliat, 2010).

Tanda dan Gejala perilaku kekerasan yaitu :

1. Fisik

Mata melotot / pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengantup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

2. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.

3. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresi.

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.

6. Spiritual

Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keragua-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat.

7. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.

8. Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

2.1.4 Etiologi

Faktor Predisposisi terdapat uraian sebagai berikut:

1. Faktor psikologis

a. Terdapat asumsi bahwa seorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan yang memotivasi perilaku kekerasan

b. Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan

c. Rasa frustrasi

- d. Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan
- e. Terori psikonaltik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberi kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak kekeraasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap ketidakberdayaannya dan rendahnya haraga diri perilaku tindak kekerasan

2. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosiaonalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Sesuai dengan terori bandura bahwa agresif tidak berbeda dengan repons-respons yang lain. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan secara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predesposisi terjadinya perilaku kekerasan.

3. Faktor biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus listrik rungan pada hipotalamus (system limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional) dan lobus temporal (untuk interprestasi indera penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

Selain itu berdasarkan teori biologi, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut :

- a. Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistrm neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat implus agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

b. Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dalam Townsend (1996) kutipan Ade Hermawan (2011) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epineprin, norepineprin, dopamine, asetikolin dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon androgen dan norepineprin serta penurunan serotonin dan GABA (6 dan 7) pada cairan serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.

c. Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XXY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak kriminal (narapidana).

d. Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy (epilepsy lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

4. Faktor precipitasi

Secara umum seorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1) Kelemahan fisik : keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif dan amsa lalu yang tidak menyenangkan.

2) Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.

3) Lingkungan : panas, padat dan bising

Menurut Shives (1998) dalam Fitria (2009), hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain sebagai berikut:

1. Kesulitan kondisi ekonomi

2. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu

3. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai seorang yang dewasa
4. Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi
5. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap perkembangan keluarga
8. Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya, mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi represif, denial dan reaksi formasi

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain :

- a. Menyerang atau Menghindar

Pada saat ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprinyang menyebabkan tekanna darah meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

- b. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan indivisu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa meyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu dapat mengembangkan diri.

3. Membrontak

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

4. Perilaku kekerasan

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

2.1.5 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan



Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengkajian

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

1. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30-50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan SD.

2. Alasan Masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain.

3. Faktor predisposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

5. Psikososial

a. Genogram

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

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah.

2) Identitas diri

Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan.

3) Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

4) Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

5) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c. Hubungan sosial

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

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah.

6. Status mental

a) Penampilan

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

b) Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor

c) Aktivitas motorik

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar-mandir.

d) Afek dan Emosi

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

e) Interaksi selama wawancara

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

f) Presepsi / sensori

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

7. Proses pikir

a. Proses pikir (arus pikir)

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

b. Isi pikirannya

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

8. Tingkat kesadaran

Tidak sadar, bigung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bigung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

9. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang.

10. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan.

11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif.

12. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita, klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya.

13. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maladaptif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Yusuf, A. Fitryasari, Nihayati, 2015)

1. Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.
2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.

2.2.3 Rencana Keperawatan

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 1 pasien :

1. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan
2. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan
3. Menyebutkan perilaku kekerasan yang telah dilakukan
4. Menyebutkan akibat perilaku kekerasan
5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan

6. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik (tarik nafas dalam ketika marah)
7. Masukkan jadwal kegiatan

SP 2 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (latihan tarik nafas dalam)
2. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 2 latihan verbal (mengontrol marah dengan cara pukul kasur dan bantal)
3. Masukkan jadwal kegiatan pasien

SP 3 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (sp1)
2. Mempraktikkan latihan cara verbal/sosial 3 macam yaitu (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
3. Masukkan jadwal kegiatan pasien

SP 4 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (sp1, 2) dan verbal yaitu (latihan ibadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa)
2. Masukkan jadwal kegiatan pasien

SP 5 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp1, 2), verbal (Sp 3), spiritual
2. Latihan patuh obat
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 1 keluarga :

1. Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Latih cara merawat pasien dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah (diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien dan diskusikan bersama keluarga tentang perilaku penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang muncul dan akibat perilaku tersebut),

diskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.

3. Jadwal keluarga untuk merawat

SP 2 keluarga :

1. Evaluasi SP 1
2. Melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan kemarahan (evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah, anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, anjurkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan)
3. Latih (langsung) ke pasien
4. Jadwalkan keluarga untuk merawat

SP 3 keluarga :

1. Evaluasi kemampuan keluarga
2. Rencanakan follow up dan rujukan

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan standart asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana.

Menurut (Yusuf, A. Ftryasari, Nihayati 2015) tindakan keperawatannya:

SP 1 :

1. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan
2. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan
3. Menyebutkan perilaku kekerasan yang telah dilakukan
4. Menyebutkan akibat perilaku kekerasan

5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
6. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik (tarik nafas dalam ketika marah)
7. Masukkan jadwal kegiatan

Tindakan SP 2 :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (latihan tarik nafas dalam)
2. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 2 latihan verbal (mengontrol marah dengan cara pukul kasur dan bantal)
3. Masukkan jadwal kegiatan pasien

Tindakan SP 3 :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (sp1)
2. Mempraktikkan latihan cara verbal/sosial 3 macam yaitu (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
3. Masukkan jadwal kegiatan pasien

Tindakan SP 4 :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (sp1, 2) dan verbal yaitu (latihan ibadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa)
2. Masukkan jadwal kegiatan pasien

Tindakan SP 5 :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp1, 2), verbal (Sp 3), spiritual
2. Latihan patuh obat
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

2.2.5 Evaluasi

Pasien diharapkan mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah bentuk gangguan yang sering dijumpai dan multifactorial, perkembangannya dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif dan deficit kognitif (Jones et al, 2011). Peristiwa ini dipengaruhi oleh stres, akan mengaktifkan aksis hipotalamus hipofisis-adrenal dan merangsang pelepasan berbagai neurotransmitter otak, terutama dopamine dan norepinephrine, kejadian ini juga dianggap sebagai faktor kunci terjadinya skizofrenia (Bobo et al, 2008).

Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik, dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir. Kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar (Ibrahim, 2011)

2.3.2 Etiologi Skizofrenia

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.

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.

a. Teori Adolf Meyer

Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

b. Teori Sigmund Freud

- 1) Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
- 2) Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan
- 3) Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

c. Bleuler, ciri khas skizofrenia dapat diidentifikasi dari 4 A gejala khas (Bleuler's 4 A's) yaitu:

1. Affect: Symptoms one month to one year before psychotic break
2. Associative Looseness: Person feels something strange or weird is happening to them.
3. Autism: Misinterprets things in the environment
4. Ambivalence: feelings of rejection, lack of self-respect, loneliness, hopelessness, isolation, withdrawal, and inability to trust others.

2.3.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia

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

1. Gejala Primer

a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.

b. Gangguan Afek Emosi

- 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
- 2) Paramimi dan paratimi
- 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan

Emosi berlebihan

- 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

c. Gangguan Kemauan

- 1) Terjadi kelemahan kemauan
- 2) Perilaku negativisme atau permintaan

3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

d. Gangguan Psikomotor

1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme

2) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

3) Echolalia dan Echopraxi

e. Autisme

2.3.4 Jenis-jenis Skizofrenia

Menurut (Kraepelin dalam Nanda NIC NOC, 2015), membagi Skizofrenia dalam beberapa jenis berdasarkan gejala utama antara lain :

1. Skizofrenia Simplek

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

2. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersenalisasi atau double personality.

3. Skizofrenia Katatonia

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

4. Skizofrenia Paranoid

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

5. Episode Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia

luar maupun dirinya sendiri berubah, semua seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

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

7. Skizofrenia Skizo Afektif

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

2.3.5 Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan Skizofrenia menurut (Maramis, 2009):

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping. Dianjurkan menggunakan antipsikotik atipik atau antipsikotik tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Setelah 4-8 minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu gejala-gejala sedikit banyak yang sudah teratasi. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit.

2. Terapi Elektro Konvulsi

Terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. TEK baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor. Terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang, gejala menjadi lebih berat.

3. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan Skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme.

2.4 Konsep COVID-19

2.4.1 Definisi COVID-19

Coronavirus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. *Coronaviridae* dibagi dua subkeluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu *alpha coronavirus*, *betacoronavirus*, *deltacoronavirus* dan *gamma coronavirus* (Maurer-stroh, 2020). Berdasarkan penemuan, terdapat tujuh tipe *Coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia saat ini yaitu dua *alphacoronavirus* (229E dan NL63) dan empat *betacoronavirus*, yakni OC43, HKU1, *Middle East respiratory syndrome-associated coronavirus (MERS-CoV)*, dan *severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus (SARSCoV)*. Yang ketujuh adalah *Coronavirus* tipe baru yang menjadi penyebab kejadian luar biasa di Wuhan, yakni *Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV)* (IDPI, 2020).

Coronavirus adalah keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit mulai dari gejala ringan sampai berat. Ada setidaknya dua jenis *coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) dan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* adalah penyakit jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Virus penyebab COVID-19 ini dinamakan Sars-CoV-2.

Coronavirus terutama menginfeksi dewasa atau anak usia lebih tua, dengan gejala klinis ringan seperti common cold dan faringitis sampai berat seperti SARS atau MERS serta beberapa strain menyebabkan diare pada dewasa. Jika kita terpapar virus dalam jumlah

besar dalam satu waktu, dapat menimbulkan penyakit walaupun sistem imun tubuh berfungsi normal. Orang-orang dengan sistem imun lemah seperti orang tua, wanita hamil, dan kondisi lainnya, penyakit dapat secara progresif lebih cepat dan lebih parah. Infeksi *Coronavirus* menimbulkan sistem kekebalan tubuh yang lemah terhadap virus ini lagi sehingga dapat terjadi re-infeksi.

Berdasarkan bukti ilmiah, COVID-19 dapat menular dari manusia ke manusia melalui kontak erat dan droplet, tidak melalui udara. Orang yang paling berisiko tertular penyakit ini adalah orang yang kontak erat dengan pasien COVID-19 termasuk yang merawat pasien COVID-19.

2.4.2 Etiologi COVID-19

Kebanyakan Coronavirus menginfeksi hewan dan bersirkulasi di hewan. Coronavirus menyebabkan sejumlah besar penyakit pada hewan dan kemampuannya menyebabkan penyakit berat pada hewan seperti babi, sapi, kuda, kucing dan ayam. Coronavirus disebut dengan virus zoonotik yaitu virus yang ditransmisikan dari hewan ke manusia. Banyak hewan liar yang dapat membawa patogen dan bertindak sebagai vektor untuk penyakit menular tertentu.

Kelelawar, tikus bambu, unta dan musang merupakan host yang biasa ditemukan untuk Coronavirus. Coronavirus pada kelelawar merupakan sumber utama untuk kejadian severe acute respiratory syndrome (SARS) dan Middle East respiratory syndrome (MERS) (Li, 2005). Namun pada kasus SARS, saat itu host intermediet (masked palm civet atau luwak) justru ditemukan terlebih dahulu dan awalnya disangka sebagai host alamiah. Barulah pada penelitian lebih lanjut ditemukan bahwa luwak hanyalah sebagai host intermediet dan kelelawar tapal kuda (horseshoe bats) sebagai host alamiahnya (Cao, 2020). Secara umum, alur Coronavirus dari hewan ke manusia dan dari manusia ke manusia melalui transmisi kontak, transmisi droplet, rute feses dan oral.

Kontak erat didefinisikan seseorang yang memiliki kontak (dalam 1 meter) dengan kasus yang terkonfirmasi selama masa simtomatikanya termasuk satu hari sebelum onset gejala. Kontak tidak hanya kontak fisik langsung.

1. Kontak pekerja sosial atau pekerja medis

Paparan terkait perawatan kesehatan, termasuk menangani langsung untuk pasien COVID-19, bekerja dengan petugas kesehatan yang terinfeksi COVID-19 atau memeriksa pasien yang terkonfirmasi kasus atau dalam lingkungan ruangan sama, ketika prosedur aerosol dilakukan.

2. Kontak lingkungan rumah atau tempat tertutup

Berbagi lingkungan ruangan, bekerja bersama, belajar bersama dalam jarak dekat dengan pasien COVID-19.

3. Bepergian bersama pasien COVID-19 dalam segala jenis mode transportasi.

4. Anggota keluarga atau tinggal di rumah yang sama dengan pasien COVID-19 (WHO, 2020).

2.4.3 Patofisiologi COVID-19

Coronavirus hanya bisa memperbanyak diri melalui sel host-nya. Virus tidak bisa hidup tanpa sel host. Berikut siklus dari Coronavirus setelah menemukan sel host sesuai tropismenya.

1. Pertama, penempelan dan masuk virus ke sel host diperantarai oleh Protein S yang ada dipermukaan virus. Protein S penentu utama dalam menginfeksi spesies host-nya serta penentu tropisnya (Z, W, & H, 2020). Pada studi SARS-CoV protein S berikatan dengan reseptor di sel host yaitu enzim ACE-2 (angiotensin converting enzyme 2). ACE-2 dapat ditemukan pada mukosa oral dan nasal, nasofaring, paru, lambung, usus halus, usus besar, kulit, timus, sumsum tulang, limpa, hati, ginjal, otak, sel epitel alveolar paru, sel enterosit usus halus, sel endotel arteri vena, dan sel otot polos. Setelah berhasil masuk selanjutnya translasi replikasi gen dari RNA genom virus. Selanjutnya replikasi dan transkripsi dimana sintesis virus RNA melalui translasi dan perakitan dari kompleks replikasi virus. Tahap selanjutnya

adalah perakitan dan rilis virus (Fehr & Perlman, 2015). Setelah terjadi transmisi, virus masuk ke saluran napas atas kemudian bereplikasi di sel epitel saluran napas atas (melakukan siklus hidupnya). Setelah itu menyebar ke saluran napas bawah. Pada infeksi akut terjadi peluruhan virus dari saluran napas dan virus dapat berlanjut meluruh beberapa waktu di sel gastrointestinal setelah penyembuhan. Masa inkubasi virus sampai muncul penyakit sekitar 3-7 hari.

2. Pada tahap kedua, organisasi terjadi sehingga terjadi perubahan infiltrat atau konsolidasi luas di paru. Infeksi tidak sebatas di sistem pernapasan tetapi virus juga bereplikasi di enterosit sehingga menyebabkan diare dan luruh di feses, juga urin dan cairan tubuh lainnya.

2.4.4 Manifestasi Klinis COVID-19

Infeksi COVID-19 dapat menimbulkan gejala ringan, sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu $>38^{\circ}\text{C}$), batuk dan kesulitan bernapas. Selain itu dapat disertai dengan sesak memberat, fatigue, mialgia, gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran napas lain. Setengah dari pasien timbul sesak dalam satu minggu. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif, seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan perdarahan atau disfungsi sistem koagulasi dalam beberapa hari. Pada beberapa pasien, gejala yang muncul ringan, bahkan tidak disertai dengan demam. Kebanyakan pasien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (*World Health Organization, 2020*).

Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (*World Health Organization, 2020*):

1. Tidak berkomplikasi

Kondisi ini merupakan kondisi teringan. Gejala yang muncul berupa gejala yang tidak spesifik. Gejala utama tetap muncul seperti demam, batuk, dapat disertai dengan nyeri tenggorok, kongesti hidung, malaise, sakit kepala, dan nyeri otot. Perlu diperhatikan bahwa pada pasien dengan lanjut usia dan pasien immunocompromises presentasi gejala menjadi

tidak khas atau atipikal. Selain itu, pada beberapa kasus ditemui tidak disertai dengan demam dan gejala relatif ringan. Pada kondisi ini pasien tidak memiliki gejala komplikasi diantaranya dehidrasi, sepsis atau napas pendek (*World Health Organization, 2020*).

2. Pneumonia ringan

Gejala utama dapat muncul seperti demam, batuk, dan sesak. Namun tidak ada tanda pneumonia berat. Pada anak-anak dengan pneumonia tidak berat ditandai dengan batuk atau susah bernapas atau tampak sesak disertai napas cepat atau takipneu tanpa adanya tanda pneumonia berat.

Definisi takipnea pada anak :

- a. < 2 bulan : ≥ 60 x/menit
- b. 2-11 bulan : ≥ 50 x/menit
- c. 1-5 tahun : ≥ 40 x/menit

3. Pneumonia berat

a. Pada pasien dewasa

Gejala yang muncul diantaranya demam atau curiga infeksi saluran napas sedangkan tanda yang muncul yaitu takipnea (frekuensi napas: >30 x/menit), distress pernapasan berat atau saturasi oksigen pasien $<90\%$ udara luar.

b. Pada pasien anak-anak :

Gejala: batuk atau tampak sesak, Sianosis central atau $SpO_2 <90\%$, distress napas berat (retraksi dada berat), pneumonia dengan tanda bahaya (tidak mau menyusu atau minum; letargi atau penurunan kesadaran; atau kejang). Dalam menentukan pneumonia berat ini diagnosis dilakukan dengan diagnosis klinis, yang mungkin didapatkan hasil penunjang yang tidak menunjukkan komplikasi.

4. *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*

Derajat ringan beratnya ARDS berdasarkan kondisi hipoksemia. Hipoksemia didefinisikan tekanan oksigen arteri (PaO_2) dibagi fraksi oksigen inspirasi (FIO_2) kurang dari < 300 mmHg. Berikut rincian oksigenasi pada pasien ARDS.

a. Dewasa :

1. ARDS ringan : $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (dengan PEEP atau CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ atau tanpa diventilasi)
2. ARDS sedang : $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ dengan PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ atau tanpa diventilasi
3. ARDS berat : $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ dengan PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ atau tanpa diventilasi.
4. Tidak tersedia data PaO_2 : $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ diduga ARDS (termasuk pasien tanpa ventilasi).

b. Anak :

1. Bilevel NIV atau CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ melalui masker full wajah : $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ atau $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$
2. ARDS ringan (ventilasi invasif): $4 \leq \text{oxygenation index (OI)} < 8$ or $5 \leq \text{OSI} < 7.5$
3. ARDS sedang (ventilasi invasif): $8 \leq \text{OI} < 16$ atau $7.5 \leq \text{oxygenation index using SpO}_2 \text{ (OSI)} < 12.3$
4. ARDS berat (ventilasi invasif): $\text{OI} \geq 16$ atau $\text{OSI} \geq 12.3$

5. Sepsis

Tanda pasien mengalami sepsis adalah disfungsi organ perubahan status mental, susah bernapas atau frekuensi napas cepat, saturasi oksigen rendah, keluaran urin berkurang, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, akral dingin atau tekanan darah rendah, kulit mottling atau terdapat bukti laboratorium koagulopati, trombositopenia, asidosis, tinggi laktat atau hiperbilirubinemia.

Skor SOFA dapat digunakan untuk menentukan diagnosis sepsis dari nilai 0-24 dengan menilai 6 sistem organ yaitu respirasi (hipoksemia melalui tekanan oksigen atau fraksi oksigen), koagulasi (trombositopenia), liver (bilirubin meningkat), kardivaskular (hipotensi), system saraf pusat (tingkat kesadaran dihitung dengan Glasgow coma scale)

dan ginjal (luaran urin berkurang atau tinggi kreatinin). Sepsis didefinisikan peningkatan skor *Sequential (Sepsis-relate Organ Failure Assesment (SOFA) ≥ 2 poin*. Pada anak-anak didiagnosis sepsis bila curiga atau terbukti infeksi dan ≥ 2 kriteria *systemic inflammatory Response Syndrom (SIRS)* yang salah satunya harus suhu abnormal atau hitung leukosit.

6. Syok Septik

Definisi syok septik yaitu hipotensi persisten setelah resusitasi volum adekuat sehingga diperlukan vasopressor untuk mempertahankan MAP ≥ 65 mmHg dan serum laktat > 2 mmol/L. Definisi syok septik pada anak yaitu hipotensi dengan tekanan sistolik $<$ persentil 5 atau >2 SD dibawah rata rata tekanan sistolik normal berdasarkan usia atau diikuti dengan 2-3 kondisi berikut :

- a. Perubahan status mental
- b. Bradikardia atau takikardia
 1. Pada balita : frekuensi nadi <90 x/menit atau >160 x/menit
 2. Pada anak-anak : frekuensi nadi <70 x/menit atau >150 x/menit
- c. CRT meningkat (>2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan *bounding pulse*
- d. Takipnea
- e. Kulit mottled atau petekia atau purpura
- f. Peningkatan laktat
- g. Oliguria
- h. Hipertemia atau hipotermia

2.4.5 Pemeriksaan Penunjang COVID-19

1. Pemeriksaan penunjang yang penting yaitu pencitraan toraks seperti foto toraks, CT Scan toraks atau USG paru.

Pada pemeriksaan pencitraan dapat ditemukan: opasitas bilateral, tidak menjelaskan oleh karena efusi, lobar atau kolaps paru atau nodul. Sumber dari edema tidak sepenuhnya dapat dijelaskan oleh gagal jantung atau kelebihan cairan, dibutuhkan pemeriksaan objektif lain seperti ekokardiografi untuk mengeksklusi penyebab hidrostatis penyebab edema jika

tidak ada faktor risiko. Penting dilakukan analisis gas darah untuk melihat tekanan oksigen darah dalam menentukan tingkat keparahan ARDS serta terapi. Pada stage awal, terlihat bayangan multiple plak kecil dengan perubahan interstisial yang jelas menunjukkan di perifer paru dan kemudian berkembang menjadi bayangan multiple ground-glass dan infiltrate di kedua paru. Pada kasus berat, dapat ditemukan konsolidasi paru bahkan “*white-lung*” dan efusi pleura (Z et al., 2020).

2. Kultur Darah

Ambil kultur darah untuk pemeriksaan jenis bakteri yang menyebabkan pneumonia dan sepsis, jika memungkinkan sebelum pemberian terapi antimikrobal. Jangan menunda terapi antimikrobal untuk mengambil kultur darah (WHO, 2020d).

3. Pengambilan Spesimen dari saluran Pernafasan (WHO, 2020d)

Saluran napas atas dengan swab tenggorok (nasofaring dan orofaring). Saluran napas bawah (sputum, bilasan bronkus, BAL, bila menggunakan endotrakeal tube dapat berupa aspirat endotrakeal). Untuk Ambil spesimen dari saluran pernapasan atas (SPA; nasofaringeal dan orofaringeal), jika secara klinis masih diragukan dan spesimen SPA negatif, ambil spesimen dari saluran pernapasan bawah saat sudah tersedia (SPB; dahak yang dikeluarkan, aspirat endotrakea, atau bilasan bronkoalveolar pada pasien berventilasi) untuk uji virus COVID-19 dengan RT-PCR dan pewarnaan/kultur bakteri.

Pada pasien terkonfirmasi COVID-19 di rumah sakit, sampel SPA dan SPB dapat diambil berulang kali untuk menunjukkan bahwa virus sudah bersih. Frekuensi pengambilan spesimen bergantung pada ciri dan sumber daya epidemik setempat. Untuk pemulangan dari rumah sakit pasien yang secara klinis sudah pulih, dianjurkan dilakukan dua uji negatif yang berjarak setidaknya 24 jam.

4. Bronkoskopi

5. Pungsi pleura sesuai kondisi

6. Pemeriksaan Kimia Darah

a. Darah perifer lengkap

Leukosit dapat ditemukan normal atau menurun; hitung jenis limfosit menurun.

Pada kebanyakan pasien LED dan CRP meningkat.

- b. Analisis gas darah
- c. Fungsi hepar (Pada beberapa pasien, enzim liver dan otot meningkat)
- d. Fungsi ginjal
- e. Gula darah sewaktu
- f. Elektrolit
- g. Faal hemostasis (PT/APTT, d Dimer), pada kasus berat, Ddimer meningkat
- h. Prokalsitonin (bila dicurigai bakterialis)
- i. Laktat (Untuk menunjang kecurigaan sepsis) (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)
- j. Pemeriksaan feses dan urin (untuk investigasi kemungkinan penularan)

2.4.6 Penatalaksanaan COVID-19

- 1. Tatalaksana Pasien di Rumah Sakit Rujukan
 - a. Terapi Suportif Dini dan Pemantauan
 - 1) Berikan terapi suplementasi oksigen segera pada pasien ISPA berat dan distress pernapasan, hipoksemia, atau syok.
 - a) Terapi oksigen dimulai dengan pemberian 5 L/menit dengan nasal kanul dan titrasi untuk mencapai target $SpO_2 \geq 90\%$ pada anak dan orang dewasa yang tidak hamil serta $SpO_2 \geq 92\%-95\%$ pada pasien hamil.
 - b) Pada anak dengan tanda kegawatdaruratan (obstruksi napas atau apneu, distress pernapasan berat, sianosis sentral, syok, koma, atau kejang) harus diberikan terapi oksigen selama resusitasi untuk mencapai target $SpO_2 \geq 94\%$;
 - c) Semua pasien dengan ISPA berat dipantau menggunakan pulse oksimetri dan sistem oksigen harus berfungsi dengan baik, dan semua alat-alat untuk

menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) harus digunakan sekali pakai.

- d) Terapkan kewaspadaan kontak saat memegang alat-alat untuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) yang terkontaminasi dalam pengawasan atau terbukti COVID-19.

- b. Gunakan manajemen cairan konservatif pada pasien dengan ISPA berat tanpa syok.

Pasien dengan ISPA berat harus hati-hati dalam pemberian cairan intravena, karena resusitasi cairan yang agresif dapat memperburuk oksigenasi, terutama dalam kondisi keterbatasan ketersediaan ventilasi mekanik.

- c. Pemberian antibiotik empirik berdasarkan kemungkinan etiologi. Pada kasus sepsis (termasuk dalam pengawasan COVID-19) berikan antibiotik empirik yang tepat secepatnya dalam waktu 1 jam.

- d. Jangan memberikan kortikosteroid sistemik secara rutin untuk pengobatan pneumonia karena virus atau ARDS di luar uji klinis kecuali terdapat alasan lain.

Penggunaan jangka panjang sistemik kortikosteroid dosis tinggi dapat menyebabkan efek samping yang serius pada pasien dengan ISPA berat/SARI, termasuk infeksi oportunistik, nekrosis avaskular, infeksi baru bakteri dan replikasi virus mungkin berkepanjangan. Oleh karena itu, kortikosteroid harus dihindari kecuali diindikasikan untuk alasan lain.

- e. Lakukan pemantauan ketat pasien dengan gejala klinis yang mengalami perburukan seperti gagal napas, sepsis dan lakukan intervensi perawatan suportif secepat mungkin.

- f. Pahami pasien yang memiliki komorbid untuk menyesuaikan pengobatan dan penilaian prognosisnya

2. Manajemen Gagal Napas Hipoksemi dan ARDS

- a. Mengenali gagal napas hipoksemi ketika pasien dengan distress pernapasan mengalami kegagalan terapi oksigen standar

Pasien dapat mengalami peningkatan kerja pernapasan atau hipoksemi walaupun telah diberikan oksigen melalui sungkup tutup muka dengan kantong reservoir (10 sampai 15 L/menit, aliran minimal yang dibutuhkan untuk mengembangkan kantong; FiO₂ antara 0,60 dan 0,95). Gagal napas hipoksemi pada ARDS terjadi akibat ketidaksesuaian ventilasi-perfusi atau pirau/pintasan dan biasanya membutuhkan ventilasi mekanik.

- b. Oksigen nasal aliran tinggi (HFNO) atau ventilasi non invasif (NIV) hanya pada pasien gagal napas hipoksemi tertentu, dan pasien tersebut harus dipantau ketat untuk menilai terjadi perburukan klinis.

- 1) Sistem HFNO dapat memberikan aliran oksigen 60 L/menit dan FiO₂ sampai 1,0; sirkuit pediatrik umumnya hanya mencapai 15 L/menit, sehingga banyak anak membutuhkan sirkuit dewasa untuk memberikan aliran yang cukup. Dibandingkan dengan terapi oksigen standar, HFNO mengurangi kebutuhan akan tindakan intubasi. Pasien dengan hiperkapnia (eksaserbasi penyakit paru obstruktif, edema paru kardiogenik), hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran seharusnya tidak menggunakan HFNO, meskipun data terbaru menyebutkan bahwa HFNO mungkin aman pada pasien hiperkapnia ringan-sedang tanpa perburukan. Pasien dengan HFNO seharusnya dipantau oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman melakukan intubasi endotrakeal karena bila pasien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera. Saat ini pedoman berbasis bukti tentang HFNO tidak ada, dan laporan tentang HFNO pada pasien MERS masih terbatas.
- 2) Penggunaan NIV tidak direkomendasikan pada gagal napas hipoksemi (kecuali edema paru kardiogenik dan gagal napas pasca operasi) atau penyakit virus pandemik (merujuk pada studi SARS dan pandemi influenza). Karena hal ini

menyebabkan keterlambatan dilakukannya intubasi, volume tidal yang besar dan injuri parenkim paru akibat barotrauma. Data yang ada walaupun terbatas menunjukkan tingkat kegagalan yang tinggi ketika pasien MERS mendapatkan terapi oksigen dengan NIV. Pasien hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran tidak dapat menggunakan NIV. Pasien dengan NIV seharusnya dipantau oleh petugas terlatih dan berpengalaman untuk melakukan intubasi endotrakeal karena bila pasien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera.

- 3) Publikasi terbaru menunjukkan bahwa sistem HFNO dan NIV yang menggunakan interface yang sesuai dengan wajah sehingga tidak ada kebocoran akan mengurangi risiko transmisi airborne ketika pasien ekspirasi.

- c. Intubasi endotrakeal harus dilakukan oleh petugas terlatih dan berpengalaman dengan memperhatikan kewaspadaan transmisi *airborne*

Pasien dengan ARDS, terutama anak kecil, obesitas atau hamil, dapat mengalami desaturasi dengan cepat selama intubasi. Pasien dilakukan preoksigenasi sebelum intubasi dengan Fraksi Oksigen (FiO₂) 100% selama 5 menit, melalui sungkup muka dengan kantong udara, bag-valve mask, HFNO atau NIV dan kemudian dilanjutkan dengan intubasi.

- d. Ventilasi mekanik menggunakan volume tidal yang rendah (4-8 ml/kg prediksi berat badan, Predicted Body Weight/PBW) dan tekanan inspirasi rendah (tekanan plateau <30 cmH₂O).

Sangat direkomendasikan untuk pasien ARDS dan disarankan pada pasien gagal napas karena sepsis yang tidak memenuhi kriteria ARDS.

- 1) Perhitungkan PBW pria = $50 + 2,3$ [tinggi badan (inci) -60], wanita = $45,5 + 2,3$ [tinggi badan (inci)-60]
- 2) Pilih mode ventilasi mekanik

- 3) Atur ventilasi mekanik untuk mencapai tidal volume awal = 8 ml/kg PBW
- 4) Kurangi tidal volume awal secara bertahap 1 ml/kg dalam waktu \leq 2 jam sampai mencapai tidal volume = 6ml/kg PBW
- 5) Atur laju napas untuk mencapai ventilasi semenit (tidak lebih dari 35 kali/menit)
- 6) Atur tidal volume dan laju napas untuk mencapai target pH dan tekanan plateau

Hipercapnia diperbolehkan jika pH 7,30-7,45. Protokol ventilasi mekanik harus tersedia. Penggunaan sedasi yang dalam untuk mengontrol usaha napas dan mencapai target volume tidal. Prediksi peningkatan mortalitas pada ARDS lebih akurat menggunakan tekanan driving yang tinggi (tekanan plateau-PEEP) di bandingkan dengan volume tidal atau tekanan plateau yang tinggi.

e. Pada pasien ARDS berat, lakukan ventilasi dengan prone position > 12 jam per hari

Menerapkan ventilasi dengan prone position sangat dianjurkan untuk pasien dewasa dan anak dengan ARDS berat tetapi membutuhkan sumber daya manusia dan keahlian yang cukup.

f. Manajemen cairan konservatif untuk pasien ARDS tanpa hipoperfusi jaringan

Hal ini sangat direkomendasikan karena dapat mempersingkat penggunaan ventilator.

g. Pada pasien dengan ARDS sedang atau berat disarankan menggunakan PEEP lebih tinggi dibandingkan PEEP rendah

Titrasi PEEP diperlukan dengan mempertimbangkan manfaat (mengurangi atelektrauma dan meningkatkan rekrutmen alveolar) dan risiko (tekanan berlebih pada akhir inspirasi yang menyebabkan cedera parenkim paru dan resistensi vaskuler pulmoner yang lebih tinggi). Untuk memandu titrasi PEEP berdasarkan pada FiO₂ yang diperlukan untuk mempertahankan SpO₂. Intervensi recruitment manoueuvers (RMs) dilakukan secara berkala dengan CPAP yang tinggi [30-40 cm H₂O], peningkatan PEEP yang progresif dengan tekanan driving yang konstan, atau tekanan driving yang tinggi dengan mempertimbangkan manfaat dan risiko.

- h. Pada pasien ARDS sedang-berat ($\text{td}_2/\text{FiO}_2 < 150$) tidak dianjurkan secara rutin menggunakan obat pelunpoh otot.
- i. Pada fasyankes yang memiliki Expertise in Extra Corporal Life Support (ECLS), dapat dipertimbangkan penggunaannya ketika menerima rujukan pasien dengan hipoksemi refrakter meskipun sudah mendapat lung protective ventilation.

Saat ini belum ada pedoman yang merekomendasikan penggunaan ECLS pada pasien ARDS, namun ada penelitian bahwa ECLS kemungkinan dapat mengurangi risiko kematian.

- j. Hindari terputusnya hubungan ventilasi mekanik dengan pasien karena dapat mengakibatkan hilangnya PEEP dan atelektasis. Gunakan sistem closed suction kateter dan klem endotrakeal tube ketika terputusnya hubungan ventilasi mekanik dan pasien (misalnya, ketika pemindahan ke ventilasi mekanik yang portabel).

3. Manajemen Syok Septik

a. Kenali tanda syok septik

- 1) Pasien dewasa: hipotensi yang menetap meskipun sudah dilakukan resusitasi cairan dan membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan $\text{MAP} \geq 65$ mmHg dan kadar laktat serum > 2 mmol/L.
- 2) Pasien anak: hipotensi (Tekanan Darah Sistolik $<$ persentil 5 atau > 2 standar deviasi (SD) di bawah normal usia) atau terdapat 2-3 gejala dan tanda berikut: perubahan status mental/kesadaran; takikardia atau bradikardia ($\text{HR} < 90$ x/menit atau > 160 x/menit pada bayi dan $\text{HR} < 70$ x/menit atau > 150 x/menit pada anak); waktu pengisian kembali kapiler yang memanjang (> 2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan bounding pulse; takipnea; mottled skin atau ruam petekie atau purpura; peningkatan laktat; oliguria; hipertermia atau hipotermia.

Apabila tidak ada pemeriksaan laktat, gunakan MAP dan tanda klinis gangguan perfusi untuk deteksi syok. Perawatan standar meliputi deteksi dini dan tatalaksana dalam 1

jam; terapi antimikroba dan pemberian cairan dan vasopresor untuk hipotensi. Penggunaan kateter vena dan arteri berdasarkan ketersediaan dan kebutuhan pasien.

- b. Resusitasi syok septik pada dewasa: berikan cairan kristaloid isotonik 30 ml/kg. Resusitasi syok septik pada anak-anak: pada awal berikan bolus cepat 20 ml/kg kemudian tingkatkan hingga 40-60 ml/kg dalam 1 jam pertama.
- c. Jangan gunakan kristaloid hipotonik, kanji, atau gelatin untuk resusitasi.
- d. Resusitasi cairan dapat mengakibatkan kelebihan cairan dan gagal napas. Jika tidak ada respon terhadap pemberian cairan dan muncul tanda-tanda kelebihan cairan (seperti distensi vena jugularis, ronki basah halus pada auskultasi paru, gambaran edema paru pada foto toraks, atau hepatomegali pada anak-anak) maka kurangi atau hentikan pemberian cairan.
 - 1) Kristaloid yang diberikan berupa salin normal dan Ringer laktat. Penentuan kebutuhan cairan untuk bolus tambahan (250-1000 ml pada orang dewasa atau 10-20 ml/kg pada anak-anak) berdasarkan respons klinis dan target perfusi. Target perfusi meliputi MAP >65 mmHg atau target sesuai usia pada anak-anak, produksi urin (>0,5 ml/kg/jam pada orang dewasa, 1 ml/kg/jam pada anak-anak), dan menghilangnya mottled skin, perbaikan waktu pengisian kembali kapiler, pulihnya kesadaran, dan turunnya kadar laktat.
 - 2) Pemberian resusitasi dengan kanji lebih meningkatkan risiko kematian dan *acute kidney injury* (AKI) dibandingkan dengan pemberian kristaloid. Cairan hipotonik kurang efektif dalam meningkatkan volume intravaskular dibandingkan dengan cairan isotonik. Surviving Sepsis menyebutkan albumin dapat digunakan untuk resusitasi ketika pasien membutuhkan kristaloid yang cukup banyak, tetapi rekomendasi ini belum memiliki bukti yang cukup (*low quality evidence*).

- e. Vasopresor diberikan ketika syok tetap berlangsung meskipun sudah diberikan resusitasi cairan yang cukup. Pada orang dewasa target awal tekanan darah adalah MAP \geq 65 mmHg dan pada anak disesuaikan dengan usia.
- f. Jika kateter vena sentral tidak tersedia, vasopresor dapat diberikan melalui intravena perifer, tetapi gunakan vena yang besar dan pantau dengan cermat tanda-tanda ekstrasvasasi dan nekrosis jaringan lokal. Jika ekstrasvasasi terjadi, hentikan infus. Vasopresor juga dapat diberikan melalui jarum intraoseus.
- g. Pertimbangkan pemberian obat inotrop (seperti dobutamine) jika perfusi tetap buruk dan terjadi disfungsi jantung meskipun tekanan darah sudah mencapai target MAP dengan resusitasi cairan dan vasopresor.
 - 1) Vasopresor (yaitu norepinefrin, epinefrin, vasopresin, dan dopamin) paling aman diberikan melalui kateter vena sentral tetapi dapat pula diberikan melalui vena perifer dan jarum intraoseus. Pantau tekanan darah sesering mungkin dan titrasi vasopressor hingga dosis minimum yang diperlukan untuk mempertahankan perfusi dan mencegah timbulnya efek samping.
 - 2) Norepinefrin dianggap sebagai lini pertama pada pasien dewasa; epinefrin atau vasopresin dapat ditambahkan untuk mencapai target MAP. Dopamine hanya diberikan untuk pasien bradikardia atau pasien dengan risiko rendah terjadinya takiaritmia. Pada anak-anak dengan *cold shock* (lebih sering), epinefrin dianggap sebagai lini pertama, sedangkan norepinefrin digunakan pada pasien dengan *warm shock* (lebih jarang).
- h. Tatalaksana spesifik untuk COVID-19 (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)

Saat ini belum ada penelitian atau bukti tatalaksana spesifik pada COVID-19. Belum ada tatalaksana antiviral untuk infeksi Coronavirus yang terbukti efektif. Pada studi terhadap SARSCoV, kombinasi lopinavir dan ritonavir dikaitkan dengan memberi manfaat klinis. Saat ini penggunaan lopinavir dan ritonavir masih diteliti terkait efektivitas dan keamanan pada infeksi COVID-19. Tatalaksana yang belum teruji / terlisensi hanya boleh

diberikan dalam situasi uji klinis yang disetujui oleh komite etik atau melalui Monitored Emergency Use of Unregistered Interventions Framework (MEURI), dengan pemantauan ketat. Selain itu, saat ini belum ada vaksin untuk mencegah pneumonia COVID-19 ini.

2.4.7 Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Pencegahan penularan yang dapat dilakukan secara individu, sebagai berikut:

1. Jarak Sosial (*social distancing*) adalah jarak interaksi sosial minimal 2 meter, tidak berjabat tangan, dan tidak berpelukan sehingga penularan virus dapat dicegah. Jarak sosial ini sepertinya membuat interaksi menjadi semakin jauh, rasa sepi dan terisolasi. Hal ini dapat diatasi dengan meningkatkan intensitas interaksi sosial melalui media sosial yang tidak berisiko terkena percikan ludah.

2. Jarak fisik (*Physical distancing*): Jarak fisik adalah jarak antar orang dimanapun berada minimal 2 meter, artinya walaupun tidak berinteraksi dengan orang lain jarak harus dijaga dan tidak bersentuhan. Tidak ada jaminan baju dan tubuh orang lain tidak mengandung virus COVID-19 sehingga jarak fisik dapat mencegah penularan.

3. Cuci tangan dengan sabun pada air yang mengalir sebelum dan sesudah memegang benda. Tangan yang memegang benda apa saja mungkin sudah ada virus COVID-19, sehingga cuci tangan pakai sabun dapat menghancurkan kulit luar virus dan tangan bebas dari virus. Hindari menyentuh mulut, hidung dan mata, karena tangan merupakan cara penularan yang paling berbahaya.

4. Pakai masker kain yang diganti setiap 4 jam. Pada situasi pandemi tidak diketahui apakah orang lain sehat atau OTG (yang tidak memperlihatkan tanda dan gejala pada hal sudah mengandung virus corona), jadi pemakaian masker kain bertujuan tidak menularkan dan tidak ketularan.

5. Setelah pulang ke rumah. Pada situasi yang terpaksa harus ke luar rumah, maka saat pulang ke rumah upayakan meninggalkan sepatu di luar rumah, lalu segera mandi dan pakaian segera dicuci.

Oleh karena itu setiap orang diminta tinggal di rumah (*stay at home*) artinya bekerja dari rumah, belajar dari rumah, beribadah dari rumah dan semua aktifitas dilakukan di rumah. Hindari pertemuan.

2.4.8 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

1. Kesehatan Fisik pada ODGJ

Orang dengan gangguan jiwa yang berada di masyarakat dan yang dirawat di rumah sakit jiwa mempunyai risiko yang sama terhadap penularan COVID-19. Oleh karena itu semua tindakan pada OS, OTG, ODP, PDP, dan konfirmasi COVID-19 berlaku untuk mereka. Orang dengan gangguan jiwa diberikan edukasi promosi kesehatan dan pencegahan penularan COVID-19 oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Orangtua/caregiver mendampingi ODGJ dalam melakukannya.

2. Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada ODGJ

Pandemi COVID-19 merupakan tambahan stresor bagi ODGJ yang memungkinkan ODGJ yang telah pulih berisiko kambuh. Untuk itu perlu dilakukan beberapa dukungan kesehatan jiwa dan psikososial kepada ODGJ. Cara memberikan dukungan kepada pasien ODGJ selama wabah COVID-19, sbb :

a) Keluarga/Caregiver sebaiknya selalu memperhatikan gejala-gejala klinis yang timbul pada pasien ODGJ karena berita yang ada serta pembatasan dalam ruang gerak individu dapat meningkatkan gejala-gejala psikiatrik pasien ODGJ. Apabila gejala psikiatrik semakin meningkat segera konsultasikan dengan penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer atau dokter yang merawat untuk melakukan tindakan lanjutan yang diperlukan sesuai kondisi klinis.

- b) Keluarga/Caregiver mendapatkan psikoedukasi baik dalam mengatasi gejala-gejala psikiatrik oleh perawat dan dokter pelayanan kesehatan primer yang bertanggung jawab untuk pelayanan kesehatan jiwa.
- c) Tokoh masyarakat diharapkan dapat membantu memberikan perhatian kepada ODGJ seperti: Ketua RT/RW/Lurah dan kader kesehatan jiwa di masyarakat.
- d) Perawat dan dokter penanggung jawab kesehatan jiwa di puskesmas atau pelayanan kesehatan primer memantau dan melakukan follow up kontinuitas perawatan dan pengobatan pasien ODGJ.
- e) Perlakuan dan perhatian khusus terhadap ODGJ terlantar dan gelandangan, bekerja sama dan merujuk pada layanan tempat sosial setempat.

BAB 3
TINJAUAN KASUS
FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
RS. JIWA MENUR SURABAYA

RUANG RAWAT : Flamboyan **TANGGAL RAWAT:** 04 Juni 2019

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

Inisial : Ny. T L/ P Tanggal Pengkajian : 4 Juni 2019
 Umur : 30 tahun RM No. : 24-xx-xx
 Informan : Klien, Petugas Kesehatan dan Rekam medik

3.1.2 Alasan Masuk

Saat di rumah, pasien mengamuk dan memukul orang tua (Ibu) tanpa sebab, gelisah , sulit tidur , sering berfikiran aneh aneh. Terjadi selama 2 bulan belakangan ini.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Pasien sudah pernah dirawat di RSJ Menur sebelumnya, pasien pernah dirawat di RSJ sebelumnya pada tahun 2017. Sekarang pasien dirawat untuk yang ke-3 kali.

2. Pengobatan sebelumnya

Pengobatan sebelumnya tidak berhasil karena pasien tidak mau minum obat secara teratur.

3. Pengalaman

Pasien tidak pernah mengalami aniaya fisik, seksual, kekerasan dalam keluarga, maupun tindakan kriminal sebagai pelaku atau korban.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ?

Tidak terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien pernah mengalami tindakan yang tidak menyenangkan saat SMA kelas 10 ketika pasien jatuh didorong oleh temannya saat turun tangga yang mengakibatkan pasien trauma sampai saat ini.

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital : TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit S : 36,4°C

RR : 20 x/menit

2. Ukur : TB : 160 cm BB : 65 kg

3. Keluhan Fisik :

Pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki tidak ditemukan adanya kelainan. Tidak ada keluhan fisik dan tidak mengalami penurunan berat badan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram

Pasien adalah anak ke-1 dari 4 bersaudara. Pasien belum menikah. Pasien tinggal serumah bersama kedua orang tua dan adik perempuan bungsunya. Keluarga pasien tidak memiliki riwayat gangguan jiwa. Komunikasi dengan keluarga baik. Pola asuh orang tua terhadap anaknya juga baik. Saat pasien tidak kambuh pasien mampu melakukan kegiatan harian dengan baik. Mampu menyelesaikan masalah bersama keluarganya. Saat pengambilan keputusan dilakukan bersama.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

2. Konsep diri :

a. Gambaran diri :

Pasien mengatakan menyukai penampilan yang rapih dan bersih. Pasien menyukai semua bagian tubuhnya.

b. Identitas diri :

Pasien mengatakan berumur 30 tahun, bahwa dirinya seorang perempuan dan belum menikah.

c. Peran diri :

Pasien mengatakan dirinya sebagai seorang anak ke 1 dari 4 bersaudara, dirumah pasien bekerja membantu ibu berjualan sayur di pasar dan kadang pasien bekerja ikut pakdenya menjaring dan memancing ikan di laut.

d. Ideal diri :

Pasien mengatakan ingin cepat pulang karena ingin segera bertemu dengan keluarganya dan jalan-jalan bersama keluarga.

e. Harga diri :

Pasien merasa tidak ada yang mempercayai dan menghargai pasien saat berpendapat. sehingga pasien kurang percaya diri.

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.

3. Hubungan Sosial :

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan paling dekat dengan ibunya. sebagai tempat bercerita dan meminta bantuan

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien juga sering ikut dalam kegiatan yang ada di lingkungan rumahnya seperti pengajian. Di rumah sakit pasien berteman dengan sesama pasien, pasien mengatakan dekat dengan Ny.S dan sering bercerita tentang masalahnya. Di rumah sakit pasien mengikuti setiap kegiatan yang ada di ruangan seperti jalan jalan setiap pagi

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien tidak ada hambatan dalam hubungan sosial.

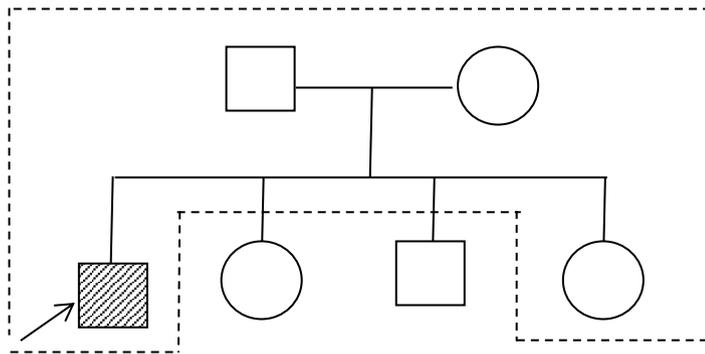
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual :

a. Nilai dari keyakinan : Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama islam

b. Kegiatan Ibadah : Pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

GENOGRAM :**Gambar 3.1** Genogram Ny. T

Keterangan :

○ = Perempuan

□ = Laki-laki

✕ = Meninggal

- - - - = Tinggal serumah

↗ = Pasien

3.1.6 Status Mental**1. Penampilan**

Pasien berpenampilan rapi, rambut rapi, baju rapi & bersih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

2. Pembicaraan

Pasien berbicara sesuai dengan apa yang dibicarakan dan pasien berbicara dengan cepat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3. Aktivitas Motorik

Pasien terlihat tegang, pasien mengatakan dapat memenuhi aktivitas hariannya secara mandiri, seperti membersihkan tempat tidur, mandi, makan, mengikuti kegiatan harian setiap pagi dan tidur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

4. Alam Perasaan

Pasien mengatakan kuatir karena pasien takut jika tidak cepat sembuh

Masalah Keperawatan : Ketakutan

5. Afek

Ekspresi wajah pasien sesuai dengan stimulus yang diberikan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. Interaksi selama wawancara

Afek pasien tumpul, pasien sedikit marah saat ditanya penyebab melakukan tindakan perilaku kekerasan ,interaksi selama wawancara : pasien mudah teringgung, tampak tegang dan kontak mata tidak dapat dipertahankan dan pandangan tajam.

Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

7. Persepsi Halusinasi

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan persepsi

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

8. Proses Pikir

Sirkumstansial , pasien menjawab pertanyaan berbelit belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

9. Isi Pikir

Pasien tidak ditemukan adanya obsesi, waham seperti waham kebesaran, waham agama, waham somatik, dan tidak di temukan adanya fobia dalam diri pasien.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

10. Tingkat kesadaran

Kesadaran pasien composmentis, pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat, dan orang, pasien dapat menyebutkan dengan benar dan jelas

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Pasien tidak mengalami gangguan daya ingat jangka pendek, jangka panjang dan saat ini

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu berkonsentrasi dan berhitung

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Pasien mengatakan menyakini apa yang didengar adalah sesuatu yang tidak nyata.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pasien menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa perlu minta pertolongan/klien tidak menyangkal keadaan penyakitnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Pulang

Kemampuan klien memenuhi/ menyediakan kebutuhan :

Pasien tidak mampu menyediakan kebutuhan pulang seperti makanan, keamanan, perawatan kesehatan, pakaian, transportasi, pasien tinggal dengan ibunya, pasien bekerja sehingga dapat menyediakan uang sendiri.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Kegiatan hidup sehari-hari :

a. Perawatan diri

Pasien mampu mandiri dalam melakukan kegiatan perawatan diri seperti mandi, makan, kersihan, BAB, BAK, dan ganti pakaian.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

b. Nutrisi

Pasien makan 3x sehari dan udapan 1x sehari.

BB SMRS : 65 kg BB MRS : 60 kg

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c. Tidur

Pasien mengatakan tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur dan memiliki kebiasaan tidur siang, saat tidur malam pasien mengatakan tidur pukul 21.00 WIB sampai pukul 05.00 WIB pagi.

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur maupun bangun tidur.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Kemampuan Klien

Pasien mampu memenuhi kebutuhan sendiri, membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri, pasien tidak mampu mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatan, pasien patuh bila disuruh minum obat, pasien minum obat sendiri tetapi untuk pengaturan jadwal masih dilakukan oleh perawat.

Masalah Keperawatan : Ketidapatuhan penatalaksanaan regimen terapeutik

3. Klien memiliki sistem pendukung

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mendukungnya agar cepat pulang, pasien juga mengatakan bahwa yang mendukung adalah dokter, perawat dan teman pasien selama di RSJ yaitu Ny. S

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi ?

Pasien mengatakan senang mengajar di PAUD.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah Keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Adaptif : Pasien mengatakan ketika dirumah pasien ada masalah, pasien terbuka kepada ibu dan adiknya, akan tetapi disaat masalah yang terlalu berat dan pasien tidak mampu mengontrol emosinya, pasien melampiaskanya dengan cara marah-marah ,kadang sampai memukul orang yang membuat pasien emosi.

Maladaptif : Pasien akan menghindari orang baru yang tidak inginkannya untuk berbicara.

Masalah Keperawatan : Perilaku kekerasan. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Masalah dengan Pendidikan, spesifik : pasien mempunyai pendidikan terakhir SMA.
2. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : pasien mengatakan bekerja hanya mengajar di PAUD.
3. Masalah dengan perumahan, spesifik: pasien mengatakan tinggal dengan ibunya
4. Masalah ekonomi, spesifik : dalam memenuhi kebutuhan pasien masih di tanggung oleh ibunya.
5. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : pasien sudah pernah dirawat di RSJ Menur sebanyak 2 kali.
6. Masalah lainnya, spesifik : masalah dengan keluarga :pasien mengatakan dirinya selalu bersama ibunya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Pasien belum paham mengenai penyakit jiwa, faktor yang mempengaruhi gangguan jiwa, obat-obatan, dan cara untuk menghadapi stressor yang dialami.

Masalah Keperawatan : Defisit pengetahuan

3.1.11 Data Lain Lain :

Dari hasil pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 04/06/2019 :

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
WBC	6,8	4,8-10,8
RBC	4,52	4,2-6,1
HGB	17,8	12-18
HCT	40,1	37-52
PLT	355	150-450
LED	42,62	
CREAT	1,5	0,6-1,2
BUN	15,8	4,5-23

3.1 Tabel Hasil Laboratorium Pada Ny.T

3.1.12 Aspek Medik

- Diagnosa Medik F.20 (Skizofrenia Paranoid)
- Terapi Medik :

No	Obat	Kegunaan	Dosis	Cara
1	Chlorpromazine	Menangani gejala psikosis, anti psikotik	2x2 mg	Peroral
2	Trihexyphenidyl	Untuk mengobati gejala penyakit Parkinson atau gerakan lainnya yang tidak bisa dikendalikan ,yang disebabkan oleh efek samping obat psikiatri tertentu, anti kolinergik	2x2 mg	peroral

3.2 Tabel terapi medik pada Ny.T

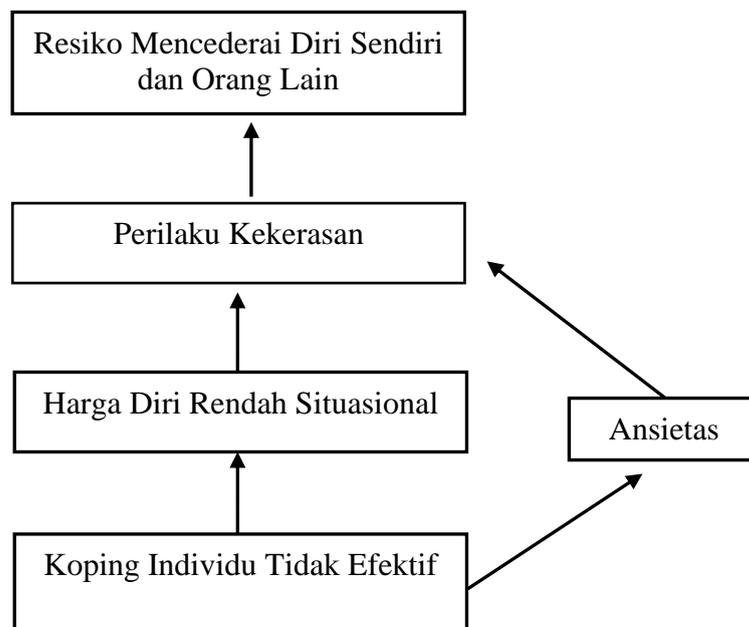
3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Respon Pasca Trauma
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
3. Ketidapatuhan penatalaksanaan regimen terapuetik
4. Koping tidak efektif
5. Defisit pengetahuan
6. Resiko Perilaku Kekerasan.
7. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

3.1.14 Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Konsep Diri :HDR
3. Resiko Mecederai Diri Sendiri, Orang Lain dan Lingkungan

3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan Pada Ny. T



Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan Pada Ny. T

3.3 Analisa Data

Nama : Ny. T

Rm:24-xx-xx

Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.3 Analisa Data

No	Data	Masalah keperawatan
1	<p>DS : Pasien mengatakan jengkel kepada ibunya karena tidak mempercayai pendapatnya, kemudian pasien memukul ibunya, pasien juga sering marah dan mengamuk</p> <p>DO :Pasien mudah tersinggung, tampak tegang dan pandangan tajam</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>
2	<p>DS : Pasien mengatakan saat emosi tidak tekontrol , pasien suka marah marah dan sampai memukul</p> <p>DO : Pasien tampak tegang, pandangan tajam dan mudah tersinggung</p>	<p>Resiko mencederai diri sendiri , orang lain dan lingkungan</p>
3	<p>DS : Pasien mengatakan tidak ada yang percaya dan menghargai pendapat pasien saat pasien mengungkapkan pendapatnya</p> <p>DO : Pasien tampak tidak percaya diri</p> <p>Kontak mata pasien kurang, sering menunduk saat diajak berbicara</p>	<p>Gangguan konsep diri : Harga diri rendah</p>

4.	<p>DS: Pasien mengatakan cemas, gelisah, sedih dan khawatir karena tidak pulang-pulang.</p> <p>DO: pasien sering mondar-mandir dan mendatangi ruang perawat untuk menanyakan kapan pulang</p>	Ansietas
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

3.4 Rencana Keperawatan

No. RM : 24-xx-xx

Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
	Tujuan	Kriteria Hasil	
Perilaku Kekerasan	<p>SP 1 Pasien</p> <p>Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya 2) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab marah 3) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan 4) Pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala yang dirasakan jika terjadi penyebab perilaku kekerasan 5) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan 6) Pasien dapat menyebutkan cara 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan bina hubungan saling percaya perawat melakukan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak, topik, waktu, dan tempat 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu 3) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang pernah dilakukan secara verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri, terhadap lingkungan. 4) Diskusikan bersama pasien tentang tanda dan gejala pasien yang dirasakan ketika terjadi perilaku kekerasan secara fisik, psikologi, intelektual spiritual dan social.

		<p>mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan</p> <p>7) Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam</p>	<p>5) Diskusikan bersama pasien tentang akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>6) Diskusikan bersama pasien tentang cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan baik secara verbal, fisik, obat dan spiritual</p> <p>7) Lakukan latihan nafas dalam dan kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan</p>
	<p>SP 2 Pasien</p> <p>Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik yang kedua yaitu pukul bantal / kasur</p>	<p>1) Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul bantal / kasur</p> <p>2) Pasien dapat menyusun jadwal latihan pukul bantal / kasur kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan</p>	<p>1) Lakukan latihan pukul bantal / kasur</p> <p>2) Susun jadwal latihan pukul bantal / kasur dan kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan</p>
	<p>SP 3 Pasien</p> <p>Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal</p>	<p>1) Pasien mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik</p>	<p>1) Bantu pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>2) Susun jadwal mengungkapkan rasa marah secara verbal</p>

		2) Pasien mampu menyusun jadwal mengungkapkan rasa marah secara verbal	
	SP 4 Pasien Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara Spiritual	1) Pasien mampu mengendalikan marah dengan cara beribadah dan berdoa yang biasa dilakukan 2) Pasien mampu membuat jadwal beribadah dan berdoa	1) Bantu pasien mengendalikan marah secara spiritual dengan kegiatan berdoa dan beribadah yang biasa dilakukan. 2) Buat jadwal beribadah dan berdoa
	SP 5 Pasien Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat	1) Pasien mampu meminum obat dengan cara teratur dengan prinsip lima benar serta kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat 2) Pasien mampu membuat jadwal minum obat secara teratur	1) Bantu pasien meminum obat dengan cara teratur dengan prinsip lima benar serta kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat 2) Buat jadwal minum obat secara teratur

3.5 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi

Tanggal /jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
Senin, 04-06-2020 12.30	<p>DS : Pasien mengatakan jengkel kepada ibunya karena tidak mempercayai pendapatnya, pasien sering marah dan mengamuk</p> <p>DO : Pasien mudah tersinggung, tampak tegang dan pandangan tajam</p> <p>Dx : Perilaku Kekerasan</p> <p>Implementasi SP 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi penyebab marah 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala marah 4. Mengidentifikasi marah yang dilakukan 5. Mengidentifikasi akibat marah 6. Menjelaskan cara mengontrol marah 7. Mengajarkan pengendalian marah dengan latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur. 8. Membimbing Pasien untuk memasukkan ke jadwal harian pasien 	<p>S : "Nama saya T, saya suka dipanggil T." "Saya kalau marah tegang , nada bicara tinggi" "Saya emosi biasanya marah marah, bisa sampai memukul" "Perasaan saya senang mbak sudah bisa mengetahui cara mengontrol marah dengan tarik nafas , tahan 3 detik kemudian lepaskan lewat mulut"</p> <p>O : - Pasien mampu berjabat tangan dan menyebutkan nama - Mampu menjelaskan penyebab, tanda gejala marah yang dilakukan dan akibatnya - Pandangan tajam - Pasien mudah tersinggung - Pasien tampak melakukan latihan tarik nafas dalam dan memukul bantal serta mengulanginya.</p> <p>A : - Perilaku kekerasan (+) - Pasien mampu bina hubungan saling percaya - Pasien mampu menjelaskan penyebab, tanda, gejala, marah yang dilakukan dan akibatnya - Pasien mampu menarik nafas dalam dan mempraktikkan pukul bantal</p> <p>P : Motivasi pasien untuk latihan mengontrol marah dengan latihan fisik 2x sehari saat pasien muncul perasaan emosi</p>	Selvia

	<p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1 - Minta pasien untuk mengulangi - Lanjutkan SP 2 (Ajarkan mengontrol marah dengan minum obat) 		
<p>Selasa , 05-06-20 10.30</p>	<p>DS : Pasien mengatakan kadang masih muncul perasaan jengkel dan emosi</p> <p>DO : Pasien tampak tegang, pandangan tajam</p> <p>Dx : Perilaku Kekerasan</p> <p>Implementasi SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kemampuan pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik 2. Melatih cara kontrol resiko perilaku kekerasan dengan minum obat 3. Membimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian <p>RTL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi SP 1 dan SP 2 - Minta pasien untuk mengulangi - Lanjutkan SP 3 (Ajarkan pasien mengontrol marah dengan verbal) 	<p>S : “Saya masih ingat tarik nafas dalam 3 detik kemudian hembuskan lewat mulut “</p> <p>“Saya belum melakukan secara mandiri mbak, Saya bisa melakukan saat dibantu oleh perawat”</p> <p>“Saya merasa senang sudah mengetahui cara minum obat dengan benar yaitu benar nama pasien, benar obat, benar dosis, benar cara , benar waktu dan benar dokumentasi “</p> <p>O : - Pasien tampak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata pasien bisa dipertahankan - Pasien tampak memahami cara minum obat dengan benar dan mampu mengulanginya - Nada suara tidak tinggi dan ekspresi pasien tidak tegang <p>A : - Perilaku kekerasan (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengulang cara mengontrol marah dengan kegiatan fisik seperti tarik nafas dalam dan pukul bantal - Pasien mampu mengontrol marah dengan cara minum obat dengan benar. <p>P : - Motivasi pasien untuk latihan memahami prinsip 6 benar obat dan dilakukan 2x sehari</p>	<p>Selvia</p>

<p>Rabu, 06-06-2020 12.30</p>	<p>DS : Pasien mengatakan jarang merasakan emosi</p> <p>DO : Pasien tampak tenang dan rileks, mau diajak berbicara dengan tenang</p> <p>Dx : Perilaku Kekerasan</p> <p>Implementasi SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kemampuan pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan minum obat 2. Mengajarkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan verbal 3. Latih cara kontrol resiko perilaku kekerasan dalam verbal 4. Bimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian <p>RTL : - Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta pasien untuk mengulangi - Lanjutkan SP4 (Ajarkan pasien cara kontrol perilaku kekerasan dengan spiritual) 	<p>S : “Saya ingat tarik nafas dalam 3 detik kemudian hembuskan lewat mulut “</p> <p>“Saya sudah hafal prinsip minum obat dengan benar”</p> <p>“Saya belum melakukan secara mandiri mbak, Saya bisa melakukan saat dibantu oleh perawat”</p> <p>“Saya merasa senang sudah diajarkan mengontrol marah secara verbal dengan cara menolak dan menegur dengan kata kata sopan “</p> <p>O : - Pasien tampak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata pasien bisa dipertahankan - Pasien tampak rileks dan memahami cara mengontrol marah dengan verbal - Nada suara tidak tinggi dan ekspresi pasien tidak tegang <p>A: - Perilaku kekerasan (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengulang cara mengontrol marah dengan kegiatan fisik seperti tarik nafas dalam dan pukul bantal - Pasien mampu mengontrol marah dengan cara minum obat dengan benar. - Pasien mampu mengontrol marah dengan cara verbal dengan baik <p>P : Motivasi pasien untuk latihan mengontrol marah dengan verbal dan dilakukan 2x sehari</p>	<p>Selvia</p>
<p>Kamis, 07-06-2020 12.30</p>	<p>DS : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan emosi</p> <p>DO : Pasien tampak tenang dan rileks, mau diajak berbicara dengan tenang</p>	<p>S : “Saya ingat tarik nafas dalam 3 detik kemudian hembuskan lewat mulut “</p> <p>“Saya sudah hafal prinsip minum obat dengan benar”</p>	<p>Selvia</p>

	<p>Dx : Perilaku Kekerasan</p> <p>Implementasi SP 4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kemampuan pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan verbal 2. Ajarkan kontrol resiko perilaku kekerasan dengan spiritual 3. Latih cara kontrol resiko perilaku kekerasan dengan spiritual 4. Bimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian <p>RTL : - Evaluasi SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien Terapi Aktivitas Kelompok - Lanjutkan SP 5 	<p>“Saya belum melakukan secara mandiri mbak, Saya bisa melakukan saat dibantu oleh perawat”</p> <p>“Saya sudah bisa mengontrol marah dengan verbal yang baik dengan cara menolak dan menegur dengan kata kata sopan “</p> <p>“terimakasih ya mbak sekarang saya tau biar tidak gampang emosi saya mau baca surat pendek yang saya hafal dan sholat 5 waktu”</p> <p>O : - Pasien tampak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontak mata pasien bisa dipertahankan - Pasien tampak rileks dan memahami cara mengontrol marah dengan spiritual - Nada suara tidak tinggi dan ekspresi pasien tidak tegang <p>A: - Perilaku kekerasan (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengulang cara mengontrol marah dengan kegiatan fisik seperti tarik nafas dalam dan pukul bantal - Pasien mampu mengontrol marah dengan cara minum obat dengan benar. - Pasien mampu mengontrol marah dengan cara verbal dengan baik - Pasien mampu mengontrol marah dengan cara spiritual. Membaca surat pendek dan sholat 5 waktu <p>P : - Motivasi pasien untuk latihan mengontrol marah dengan spiritual dan dilakukan 2x sehari</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Jum'at, 08-06-2020 12.30</p>	<p>DS : Pasien mengatakan sudah tidak merasakan emosi</p> <p>DO : Pasien tampak tenang dan rileks, mau diajak berbicara dengan tenang</p> <p>Dx : Perilaku Kekerasan</p> <p>Implementasi SP 5 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kemampuan pasien mengontrol RPK dengan cara latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur 2. Nilai kemampuan mandiri pasien 3. Nilai apakah perilaku kekerasan terkontrol <p>RTL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan delegasi dengan perawat ruangan - Evaluasi SP 1-SP 5 pasien 	<p>S : “Saya ingat tarik nafas dalam 3 detik kemudian hembuskan lewat mulut “</p> <p>“Saya sudah hafal prinsip minum obat dengan benar”</p> <p>“Saya belum melakukan secara mandiri mbak, Saya bisa melakukan saat dibantu oleh perawat”</p> <p>“Saya sudah bisa mengontrol marah dengan verbal yang baik dengan cara menolak dan menegur dengan kata kata sopan “</p> <p>“saya sudah melakukan kegiatan spiritual juga mbak, sholat 5 waktu dan hafalan surat pendek”</p> <p>“saya sudah mengenal teman teman di ruangan ini”</p> <p>O : - Pasien tampak kooperatif dan mau membaaur dengan pasien lain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan yang dialami - Pasien terlihat aktif dan mau melakukan kegiatan harian sesuai jadwal - Pasien terlihat mandiri dalam memenuhi kebutuhan ADL pasien <p>A: - Pasien mampu melakukan SP 1-SP4 dan Terapi Aktifitas kelompok dengan baik</p> <p>P : - Anjurkan pasien untuk tetap melakukan SP 1-SP 4 untuk mengontrol Perilaku Kekerasan</p>	<p>Selvia</p>
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa medis skizofrenia dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Ny. T di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 04-08 Juni 2019. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien (Kusumawati dan Hartono, 2010). Pengkajian pada pasien, penulis menggunakan teori proses keperawatan jiwa yaitu pengkajian identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, faktor presipitasi, pemeriksaan fisik, psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, aspek medik dan terapi (Damaiyanti, 2012). Teknik pengkajian yang dilakukan penulis adalah dengan cara wawancara dengan pasien (*autoanamnesis*) dan keluarga (*alloanamnesis*). Hasil pengkajian pada Ny.T didapatkan data subyektif dan objektif yaitu pasien mengamuk dan memukul orang tua (Ibu) tanpa sebab, gelisah, sulit tidur, sering berfikiran aneh aneh. Terjadi selama 2 bulan belakangan ini.

Menurut data yang di dapat klien pernah mengalami gangguan jiwa pada tahun 2017 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik. Saat di ruangan klien didapatkan klien tampak memasang muka jengkel saat diwawancara dan nada bicara pasien agak tinggi.

Pada dasarnya antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan yaitu dibuktikan pada tinjauan pustaka pada tanda dan gejala menurut (Keliat, 2010) menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu ada ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengungkapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 04-08 Juni 2020 di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya. Penulis mengumpulkan data dengan teknik wawancara dan observasi. Wawancara ditujukan kepada pasien serta mengobservasi secara langsung keadaan pasien. Penulis mengumpulkan data dan informasi secara sistematis mengenai Ny. T dengan menggunakan pendekatan teoritis yang terkait mulai dari faktor predisposisi, presipitasi, proses pikir, dan isi pikir.

Setelah mengetahui diagnosa medis pada Ny. T penulis melalui pengkajian dengan menggali faktor predisposisi yang merupakan faktor pendukung terjadinya gangguan jiwa pada Ny. T, berdasarkan keterangan pasien. Pasien sudah pernah dirawat di RSJ Menur sebelumnya pada tahun 2017. Sekarang pasien dirawat untuk yang ke-3 kali. Pengobatan sebelumnya tidak berhasil karena klien tidak rutin mengkonsumsi obat dan jarang kontrol. Waktu ditanya apakah keluarga ada yang mengalami sakit seperti pasien atau tidak pasien menjawab tidak ada anggota keluarganya yang mengalami sakit seperti pasien. Pasien mengatakan saat di rumah mengamuk dan memukul Ibunya tanpa sebab, gelisah, sulit tidur, sering berfikiran aneh aneh. Terjadi selama 2 bulan belakangan ini. Pada tanggal 04 Juni 2020 pasien masuk rumah sakit di di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya dengan diantar Ibunya. Berdasarkan rekam medis, pada alasan masuk keluarga mengatakan marah-marah tanpa sebab, gelisah sampai memukul. Alasan masuk ini sesuai dengan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang disebutkan (Keliat, 2010) ada ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengungkapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat

perilaku kekerasan. Dalam isi pikir dalam tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan, pengkajian data pada Ny.R data objektif didapatkan mekanisme koping maladaptif. Pasien mengatakan ketika dirumah ada masalah, pasien terbuka kepada ibu dan adiknya, akan tetapi disaat masalah yang terlalu berat dan pasien tidak mampu mengontrol emosinya, pasien melampiaskannya dengan cara marah-marah ,kadang sampai memukul orang yang membuat pasien emosi.

Selama proses pengkajian pada Ny. T terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari proses pengkajian adalah pasien kooperatif selalu menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga mempermudah penulis dalam menggali data-data masalah yang ada pada pasien. Pasien bersedia diajak berbicara dan senang saat diajak berbicara serta tidak menolak ajakan penulis dalam menggali data pada pasien. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga pasien untuk menggali informasi dan tidak dapat melakukan validasi data yang didapat dari pasien sehingga penulis hanya mendapat data dari interaksi dengan pasien dan data rekam medis pasien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon aktual atau potensial dari individu, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan (Keliat, 2016). Pohon masalah pada perilaku kekerasan (*core problem*) dapat mengakibatkan seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol. Hal ini dapat terjadi karena beberapa penyebab yaitu faktor psikologis, perubahan persepsi sensori: halusinasi, gangguan pemeliharaan kesehatan, ketidakmampuan keluarga merawat pasien di rumah (Fitria, 2010). Saat dilakukan pengkajian pasien mengalami frustrasi karena keinginan untuk mencapai tujuannya terhambat sehingga menyebabkan perilaku kekerasan yang didukung dari data yaitu pasien marah-marah sendiri, mengancam orang, teriak-teriak, mata melotot dan wajah merah.

Berdasarkan data yang diperoleh tersebut, diagnosa prioritas yang disesuaikan dengan masalah utama yaitu perilaku kekerasan.

4.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan ada 5 SP yaitu SP 1 : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab PK, mengidentifikasi tanda dan gejala PK, mengidentifikasi PK yang dilakukan, mengidentifikasi akibat PK, menyebutkan cara mengontrol PK, membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik 1 yaitu dengan tarik nafas dalam, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian.

SP 2 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II yaitu pukul bantal / kasur, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 3 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 4 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

SP 5 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara minum obat, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Selain itu, terdapat 3 SP Keluarga yang dapat dilakukan, meliputi SP 1 : mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK, menjelaskan ke keluarga xara merawat pasien dengan PK. SP 2 : melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK. SP 3 : membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*), menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang.

Rencana keperawatan pada Ny.T yang mengalami perilaku kekerasan berupa strategi pelaksanaan yang bertujuan agar klien mampu mengatasi atau mengendalikan perilaku kekerasan (Keliat, 2009 dalam Sari, 2019).

Menurut penulis intervensi pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan semua direncanakan sesuai dengan teori, dalam perencanaan, ditetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, assessment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

4.4 Tindakan Keperawatan

Menurut Keliat (2011) adalah implementasi keperawatan disesuaikan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas pasien beserta lingkungannya. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa medis skizofrenia dengan masalah utama perilaku kekerasan pada Ny. T di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya dilakukan mulai tanggal 04-08 Juni 2019.

Pada tanggal 04 Juni 2019 jam 10.00 WIB dilaksanakan strategi pelaksanaan (SP 1) untuk klien yang isinya mencakup : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab PK, mengidentifikasi tanda dan gejala PK, mengidentifikasi PK yang dilakukan, mengidentifikasi akibat PK, menyebutkan cara mengontrol PK, membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik 1 yaitu dengan tarik nafas dalam, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian. Dalam pelaksanaan klien mau menyebutkan nama dan asalnya. Hal ini dibuktikan dengan “Pagi juga Sus, Nama saya T”. pasien mau diajak berdiskusi tentang perilaku kekerasannya, lalu klien juga mampu mengenali perilaku kekerasannya dengan menyebutkan penyebab, tanda gejala, akibat PK dan bisa mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara mengontrol fisik 1 yaitu dengan tarik nafas dalam. Pasien juga memasukkan cara mengontrol PK ke dalam jadwal kegiatan harian setiap jam 10.00 pagi. Pada pelaksanaan SP 1 tidak ada hambatan, pasien kooperatif, pasien mampu menyebutkan dan menjelaskan tentang perilaku kekerasan. Pasien mampu

menyebutkan cara mengontrol PK dibuktikan dengan data subjektif yang dikatakan oleh pasien “Saya tahu mbak cara mengontrol marah. Jadi, cara mengontrol marah itu ada lima. Pertama tarik nafas dalam, terus pukul bantal / kasur, dengan cara verbal, lalu spiritual atau berdoa, sama minum obat sus”. Pasien juga mampu menjelaskan cara mengontrol PK dengan tarik nafas dalam dibuktikan dengan pasien mengatakan “Cara nafas dalam yaitu pertama tarik nafas pelan-pelan sambil dinikmati setiap udara yang masuk lewat hidung, kemudian ditahan sejenak lalu dikeluarkan melalui mulut pelan-pelan” dan berdasarkan data objektif pasien mampu mendemonstrasikan cara tarik nafas dalam dengan baik dan benar secara mandiri.

Pada tanggal 05 Juni 2019 jam 10.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang kedua (SP 2) yang terdiri dari mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien yaitu SP 1 dengan tarik nafas dalam , melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II yaitu pukul bantal / kasur dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada pelaksanaan SP 2 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara memukul bantal/kasur. Hal ini dibuktikan dengan “Saya sudah latihan tarik nafas dalam Sus seperti yang diajarkan kemarin, sekarang saya akan latihan cara kedua untuk mengontrol marah saya dengan memukul bantal/kasur”. Pasien juga mampu menjelaskan cara mengontrol PK yang kedua dengan pukul bantal/kasur dibuktikan dengan pasien mengatakan “Cara mengontrol marah yang kedua ”

Pada tanggal 06 Juni 2019 jam 10.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan yang ketiga (SP 3) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien SP 2 yaitu dengan memukul bantal/kasur, melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pada pelaksanaan SP 3 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol halusinasinya dengan cara memukul bantal/kasur, bercakap-cakap dengan orang lain (verbal) dan memasukan kedalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 07 Juni 2019 jam 10.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang keempat (SP 4) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pasien bisa mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain/verbal, melakukan kegiatan terjadwal. Pelaksanaan SP 4 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara berdoa.

Pada tanggal 08 Juni 2019 jam 10.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan yang keempat (SP 5) yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara minum obat, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Pasien mampu menjelaskan waktu pemberian obat yaitu saat pagi dan malam hari. Pelaksanaan SP 5 tidak ada hambatan, pasien kooperatif dan pasien mampu mengontrol perilaku kekerasannya menggunakan keempat cara tersebut.

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pada tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pasien bisa mempraktikkan semua cara mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur, verbal, spiritual dan minum obat secara teratur.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan (Kusumawati dan Hartono, 2010).

Hasil evaluasi didapatkan pada tanggal 4 Juni 2019 dan pasien mampu melakukan SP 1 yaitu : Membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, menyebutkan tanda dan gejala, menyebutkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan dan mengontrol PK dengan tarik nafas dalam dan memasukkan ke dalam jadwal harian.

Selanjutnya pada tanggal 5 juni 2019 pasien mampu melakukan SP 2 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien yaitu SP 1 dengan tarik nafas dalam , mengontrol PK dengan cara fisik II yaitu pukul bantal / kasur dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Selanjutnya tanggal tanggal 6 juni 2019 pasien mampu melakukan SP 3 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien SP 2 yaitu dengan memukul bantal/kasur, mengontrol PK dengan cara verbal (bercakap-cakap dengan orang lain) dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Pada tanggal 7 Juni 2019 pasien mampu melakukan SP 4 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, mengontrol PK dengan cara berdoa secara teratur, dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. Selanjutnya pada tanggal 8 Juni 2019 2019 pasien mampu melakukan SP 5 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara minum obat, dan memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Hasil evaluasi akhir pada tanggal 5 Juni 2019, pasien mampu untuk mengontrol perilaku kekerasannya dengan identifikasi penyebab, tanda dan gejala dan akibat PK kemudian tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur untuk mengontrol perilaku kekerasannya, dengan cara verbal atau bercakap-cakap dengan orang lain, spiritual (berdoa) dan minum obat secara teratur dan memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pasien. Data subjektif dan objektif didapatkan pasien sudah mau berbicara dengan orang lain, tidak lagi marah dan merasa lebih tenang.

Penulis berasumsi dari pelaksanaan pengkajian pada pasien telah didapatkan bahwa pasien berawal dari koping individu yang tidak efektif dikarenakan pasien merasa pendapatnya tidak dihargai oleh ibunya sehingga pasien meluapkan emosinya dengan marah-marah sampai memukul. Dari hasil pengkajian faktor predisposisi pasien, penulis berasumsi kecenderungan perilaku kekerasan karena berawal dari koping individu yang tidak efektif sehingga stress yang muncul pada pasien diungkapkan dengan perilaku kekerasan. Dalam aktivitas motorik penulis merasa harus lebih berhati-hati dengan pasien dikarenakan pada saat pengkajian pasien menjawab dengan benar namun wajah pasien

memerah, mata melotot dan tangan mengepal. Pada penegakkan diagnosa keperawatan jiwa, pasien didapatkan hasil yang jelas dan sesuai dengan kondisi pasien. Dari diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien perencanaan asuhan keperawatan jiwa pada pasien sesuai dengan literatur. Inti dari evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pasien penulis berasumsi bahwa faktor yang mendukung keberhasilan SP selain kemampuan personal yaitu tingkat pendidikan, mekanisme coping, kooperatif klien, kemauan diri serta pengaruh obat yang telah diberikan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Ny. T dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Flamboyan RS Menur Surabaya maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia dengan resiko tinggi terpapar COVID-19.

5.1 Simpulan

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Ny. T dengan diagnosa medis skizofrenia didapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memang sudah dua kali masuk Rumah Sakit Jiwa Menur .
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Ny. T dengan diagnosa medis skizofrenia didapatkan tiga permasalahan aktual yaitu (1) perilaku kekerasan dan (2) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (3) gangguan konsep diri : harga diri rendah.
3. Pada akhir evaluasi pada tanggal 8 Juni 2018 semua tujuan tercapai semua karena klien mengikuti ajaran perawat dengan baik.
4. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien Ny. T yang dilaksanakan mulai tanggal 4 - 8 Juni 2019.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

DAFTAR PUSTAKA

- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa 2.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-2019)*.
- Ikatan Psikolog Klinis Indonesia. (2020). *Panduan Layanan Psikologi Klinis dalam Rangka Penanggulangan Pandemi COVID-19*.
- Dr. Budi Anna. (2018). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Ariani & Prihantini. (2015). *Pengaruh Terapi Psikoreligi Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*.
Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Surakarta Jurusan Keperawatan
- IDPI. (2020). *Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Coronavirus Disease (COVID-19)*.
Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ikatan Dokter Paru Indonesia. (2020). *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease (Covid-19)*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Jordan. (2013). *Ketahanan Kardiorespirasi*. *Journal Of Chemical Information And Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Maurer-Stroh, S. (2020). *Maximum Likelihood Phylogenetic Tree Of Conserved Orf1b Region - Sharing Via GISAIID*. Baijing.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2020). *Pneumonia Covid-19: Diagnosis & Penatalaksanaan Di Indonesia*. Jakarta: Pdpi.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Tindakan Keperawatan (SIKI) (1st Ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan (SLKI) (1st Ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- WHO. (2020). *Global Surveillance For Human Infection With Novel Coronavirus (2019-Ncov)*
- Mohammad Ali, T. A. (2015, November 2). *Pengaruh Pelatihan Asertif Dalam Memperpendek Fase Intensif Dan Menurunkan Gejala Perilaku Kekerasan Di Ruang Intensive Psychiatric*. *Jurnal Ilmu Keperawatan Volume 3, no 2*, 168-182.

- Mukhrifah Damaiyanti, I. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Rinawati, F. (2015, November 1). *Penerapan Terapi Perilaku Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Pendekatan Teori Johson Dan Teori Lewin*. *Jurnal Keperawatan Vol 4*, 67-72.
- Sari, N. P. (2015, Januari 01). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) Terhadap Pengetahuan Keluarga*. *Jurnal Kesehatan " Samodra Ilmu" Vol 6*, 25-34.
- Ah.Yusuf, R. F. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Amin Huda, H. K. (2015). *NANDA NIC-NOC JILID 3*. Jogjakarta: Media Action.
- Erwina, I. (2012, Juni 1). *Aplikasi Model Adaptasi Roy Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Penerapan AsertivenessTraining*. *Ners Jurnal Keperawatan Vol 8*, 65-73.

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA Ny. T DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan : Ke 1 (SP 1)

Hari / Tanggal : Senin, 04 Juni 2019

Waktu : 09.00 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi klien

Klien tenang, kooperatif, klien mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mengidentifikasi PK
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda PK
- c. Pasien dapat menyebutkan jenis PK yang pernah dilakukannya
- d. Pasien dapat menyebautkan akibat dari PK yang dilakukannya.
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah / mengendalikan PK nya

4. Tindakan Keperawatan

SP 1 Klien :

Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam).

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase Orientasi :

“ Assalamu’alaikum, selamat pagi Mbak, perkenalkan nama saya Selvia Kumala Dewi, saya biasa dipanggil Selvia. Saya perawat yang dinas diruang Madrim ini, saya dinas diruangan ini selama 1 minggu. Hari ini saya dinas pagi dari jam 7 sampai jam 2 siang, jadi selama 1 minggu ini saya yang merawat ibu.

Nama Mbak, siapa? Senang nya dipanggil apa?”

“ Bagaimana perasaan Mbak saat ini?”

“Masih ada perasaan kesal atau marah?”

“ Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah yang Mbak, rasakan,”

“ Berapa lama Mbak mau kita berbincang-bincang ? Bagaimana kalau 15 menit“

“Dimana kita akan bincang-bincang?”

“Bagaimana kalau diruang tamu?”

2. Fase Kerja :

“ Apa yang menyebabkan Mbak marah?”

Apakah sebelumnya Mbak pernah marah?

Terus penyebabnya apa?

Samakah dengan yang sekarang?

Pada saat penyebab marah itu ada, seperti rumah yang berantakan, makanan yang tidak tersedia, air tak tersedia (misalnya ini penyebab marah klien), apa yang Mbak rasakan?“

Apakah Mbak merasa kesal, kemudian dada berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat, dan tangan mengempal?“ “Apa yang Mbak lakukan selanjutnya”

“ Apakah dengan Mbak marah-maraha, keadaan jadi lebih baik?”

“ Menurut Mbak adakah cara lain yang lebih baik selain marah-marah?

“Maukah mbak belajar mengungkapkan marah dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?

” Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, hari ini kita belajar satu cara dulu,

“ Begini mbak, kalau tanda- marah itu sudah mbak rasakan, coba berdiri lalu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan secara perlahan-lahan dari mulut seperti mengeluarkan kemarahan, coba lagi dan lakukan sebanyak 5 kali. Bagus sekali mbak sudah dapat melakukannya.

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

3. Fase Terminasi :

“ Bagaimana perasaan mbak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan mbak?”

“ Coba mbak sebutkan penyebab ibu marah dan yang ibu rasakan dan apa yang ibu lakukan serta akibatnya.

“Baik, sekarang latihan tadi kita masukkan ke jadwal harian ya Mbak”

” Berapa kali sehari Mbak mau latihan nafas dalam ?” Bagus..

“Nanti tolong mbak tulis M, bila melakukannya sendiri, tulis B, bila dibantu dan T, bila tidak melakukan”

“Baik mbak, bagaimana kalau besok kita latihan cara lain untuk mencegah dan mengendalikan marahMbak.

”Dimana kita akan latihan, bagaimana kalau tempatnya disini saja ya Mbak?”

“Berapa lama kita akan lakukan, Bagaimana kalau 15 menit saja”

“Saya pamit dulu ya Mbak, Assalamualaikum”

Lembar 2**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA Ny. T
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 2 (SP 2)

Hari / Tanggal : Selasa, 05 Juni 2019

Waktu : 10.00 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi klien**

Klien tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

- a. Melatih cara mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan secara fisik kedua
- b. Mengevaluasi latihan nafas dalam
- c. Melatih cara fisik ke 2: pukul kasur dan bantal
- d. Menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua

4. Tindakan Keperawatan

SP 2 klien :

Membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke dua (evaluasi latihan nafas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke dua : pukul kasur dan bantal), menyusun jadwal kegiatan harian cara ke dua.

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase Orientasi

“ Assalamu’alaikum Mbak, masih ingat nama saya” bagus,ya saya Selvia”

“Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang saya datang lagi.

“Bagaimana perasaan mbak saat ini, adakah hal yang menyebabkan ibu marah?”

“Baik, sekarang kita akan belajar cara mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua.”

“ Mau berapa lama? Bagaimana kalau 15 menit seperti kemarin?”

“ Dimana kita bicara? Bagaimana kalau di ruang tamu ini”

2. Fase Kerja

“ Kalau ada yang menyebabkan mbak marah dan muncul perasaan kesal, selain nafas dalam mbak dapat memukul kasur dan bantal.”“ Sekarang mari kita latihan memukul bantal dan kasur mari ke kamar mbak? Jadi kalau nanti mbak kesal atau marah, i langsung ke kamar dan lampiaskan marah mbak tersebut dengan memukul bantal dan kasur. Nah coba mbak lakukan memukul bantal dan kasur, ya bagus sekali mbak melakukannya!”“ Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah, kemudian jangan lupa merapikan tempat tidur ya!”

3. Fase Terminasi

“ Bagaimana perasaan mbak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

“ Coba mbak sebutkan ada berapa cara yang telah kita latih? Bagus!”

“ Mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari ya. Pukul berapa mbak mau mempraktikkan memukul kasur/bantal? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik jadi jam 5 pagi dan jam 3 sore, lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya.“ Sekarang mbak istirahat, besok kita lanjut lagi disini bagaimana?” Kita akan belajar mengendalikan marah dengan belajar bicara yang baik. ”Assalamu’alaikum”

Lembar 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA Ny. T DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan : Ke 3 (SP 3)

Hari / Tanggal : Rabu, 6 Juni 2019

Waktu : 10.00 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN

1. *Kondisi klien*

Klien kooperatif, tenang, ada kontak mata saat berbicara, sesekali nada bicara agak tinggi.

2. **Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

3. **Tujuan khusus**

- a. Melatih cara mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
- b. Mengevaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik
- c. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
- d. Menyusun jadwal latihan mengungkapkan secara verbal

4. **Tindakan Keperawatan**

SP3 klien :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta

dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik), susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal)

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN.

1. Fase Orientasi

“ Assalamu’alaikum Mbak, masih ingat nama saya” bagus Ibu,,ya saya Anwar”, sesuai dengan janji saya 2 jam yang lalu sekarang kita ketemu lagi”

“Bagaimana bu, sudah dilakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?” Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya. “Bagus.”

“Bagaimana kalau kita sekarang latihan cara bicara untuk mencegah marah?”

“Dimana enak nya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat yang sama?”

“Berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaiman kalau 15 menit?”

2. Fase Kerja

“Sekarang kita latihan cara bicara ya Mbak.. Kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya mbak:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin mbak mengatakan penyebab marahnya karena makanan tidak tersedia, rumah berantakan, Coba mbak minta sediakan makan dengan baik:” Bu, tolong sediakan makan dan bereskan rumah”

Nanti biasakan dicoba disini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba mbak praktekan. Bagus sekali“

Yang kedua : Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan ibu tidak ingin melakukannya, katakan: “maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan’. Coba mbak praktekan. Bagus sekali”.

Yang ketiga : Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal mbak dapat mengatakan:”Saya jadi ingin marah karena perkataan mu itu’. Coba praktekan. Bagus.”

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan mbak setelah bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?’

“Coba mbak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari.”“Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali sehari mbak mau latihan bicara yang baik? bisa kita buat jadwalnya?”

“Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, makanan dll. Bagus nanti dicoba ya mbak!”

“ Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi?”

“ Besok kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah ibu yaitu dengan cara ibadah, mbak setuju? Mau dimana mbak? Disini lagi? Baik sampai nanti ya Mbak...Assalamu’alaikum”

Lembar 4**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA Ny. T
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 4 (SP 4)

Hari / Tanggal : Kamis, 7 Juni 2019

Waktu : 10.00 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi klien**

Klien tenang, kooperatif, bicara jelas.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

Pasien dapat mencegah/ mengendalikan PKnya secara spiritual,

4. Tindakan Keperawatan

SP 4 klien :

Bantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/ berdoa)

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase Orientasi

“ Assalamu’alaikum Mbak, masih ingat nama saya” Betul “

“Bagaiman mbak, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya?”

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?”

“Dimana enaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat biasa?”

“Berapa lama mbak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

3. Fase kerja

“Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa mbak lakukan! Bagus, yang mana yang mau di coba?”“Nah, kalau mbak sedang marah coba langsung duduk dan langsung tarik nafas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat”.“Mbak bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan.”

“Coba mbak sebutkan sholat 5 waktu? Bagus, mau coba yang mana? Coba sebutkan caranya?”

4. Fase terminasi

“Bagaiman perasaan mbak setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini?” “ Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus”

“Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan mbak. Mau berapa kali mbak sholat. Baik kita masukkan sholatdan(sesuai kesesuaian pasien).”

“Coba mbak sebutkan lagi cara ibadah yang dapat ibu lakukan bila mbak sedang marah”

“Setelah ini coba mbak lakukan sholat sesuai jadwal yang telah kita buat tadi”

“ Baik, besok bagaimana kalau kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat “

“Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah, setuju Mbak?

“Mbak mau dimana, ok disini lagi seperti biasa ya, kita ngobrol 15 menit lagi bagaimana?”

“Kalau begitu, mbak sekarang istirahat ya,. Assalamu’alaikum”

Lembar 5**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA Ny. T
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 5 (SP 5)

Hari / Tanggal : Jum'at, 8 Juni 2019

Waktu : 10.00 WIB

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi klien**

Klien tenang, kooperatif, kontak mata ada saat komunikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus

Pasien dapat mencegah/ mengendalikan PKnya dengan terapi
psikofarmaka

4. Tindakan Keperawatan

SP 5 klien :

Membantu klien latihan mengendalikan PK dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar (benar pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna minum obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur)

B. STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase Orientasi

“ Assalamu’alaikum, masih ingat nama saya” bagus sekali,ya saya Selvia mbak,

“Sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang kita ketemu lagi”

“Bagaimana Mbak, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Coba kita lihat kegiatannya”.

“Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?”

“Dimana enakya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?”

“Berapa lama mbak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?”

2. Fase Kerja (Perawat membawa obat pasien)

“Mbak sudah dapat obat dari dokter?”

“Berapa macam obat yang mbakminum?warnanya apa saja? Bagus, jam berapa mbak minum?Bagus”“Obatnya ada 3 macam bu, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih namanya THP agar rileks dan tidak tegang, dan yang merah jambu ini namanya HLP rasa marah berkurang. Semuanya ini harus ibu minum 3x sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam”“Bila nanti setelah minum obat mulut mbak terasa kering, untuk membantu mengatasinya mbak bisa mengisap-isap es batu”

“Bila terasa berkunang-kunang, sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu”.

“Nanti dirumah sebelum minum obat ini mbak lihat dulu label di kotak obat apakah benar nama mbak tertulis disitu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum, baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Disini minta obatnya pada suster kemudian cek lagi apakah benar obatnya”.

“Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya

mbak, karena nanti bisa kambuh lagi.” “ Sekarang kita masukkan waktu minum obat kedalam jadwal ya mbak”.

3. Fase Terminasi

“Bagaimana perasaan mbak setelah kita bercakap-cakap tentang cara kita minum obat yang benar?”

“Coba mbak sebutkan lagi jenis jenis obat yang ibu minum. Bagaiman cara minum obat yang benar?”

“Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari? Sekarang kita tambahkan jadwal kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya”.

“Baik, besok kita ketemu lagi untuk melihat sejauh mana Mbak melaksanakan kegiatan dan sejauh mana dapat mencegah rasa marah. Selamat pagi mbak, sampai jumpa. Assalamu’alaikum”

Lampiran 6

ANALISA PROSES INTERAKSI

Inisial klien : Ny. T
 Nama Mahasiwa : Selvia Kumala Dewi
 Status interaksi perawat-klien: Pertemuan ke-1 dengan klien (pengkajian status mental) Tanggal : 4 Juni 2019
 Lingkungan : Ruang pertemuan (ruang tengah), berhadapan, kondusif Jam : 13.30
 Deskripsi klien : Klien tampak menyendiri, bingung, mondar-mandir dan berbicara sendiri
 Tujuan :
 a. Klien dapat mengenal perawat dan mengungkapkan perasaannya
 b. Dapat mengidentifikasi kondisi status mental dari klien

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
P : “Selamat siang. Boleh saya duduk disini Mbak?” K : “Iya sus”	P : Memandang pasien dan tersenyum K : Duduk dan diam K : Ekspresi datar P : Fokus pada pembicaraan	Perawat dalam kondisi tenang dalam memulai pembicaraan atau interaksi.	Klien tampak tenang sehingga proses interaksi lancar dan kooperatif memulai interaksi.	Klien mulai menerima kehadiran perawat.
P : “Perkenalkan nama saya Selvia mbak, saya	P : Tampak rileks, tersenyum ke arah klien	Perawat merasa bahwa klien harus diberikan	Klien masih memberikan tanggapan secara ragu-ragu	Memperkenalkan diri dapat menciptakan rasa

<p>mahasiswa yang praktek disini selama 1 minggu ke depan”</p> <p>K : (diam)</p>	<p>K : Tampak rileks</p> <p>K : Kontak mata cukup</p> <p>P : Kontak mata baik, perhatian penuh pada klien</p>	<p>penjelasan tentang kedatangan perawat</p>		<p>percaya klien terhadap perawat</p>
<p>P : “Bagaimana kalau kita ngobrol-ngobrol mbak? Sekitar 15 menit bagaimana?”</p> <p>K : “Iya sus”</p>	<p>P : Fokus, kontak mata baik</p> <p>K : Mendengar dengan seksama</p> <p>K : Tampak lelah dan mengantuk</p> <p>P : Mendengarkan dengan seksama</p>	<p>Perawat memulai pembicaraan dengan klien disertai kontrak terlebih dahulu.</p>	<p>Klien menunjukkan kesediannya untuk terbuka dan berinteraksi.</p>	<p>Kontrak awal sangat penting dalam interaksi untuk menunjang hubungan saling percaya.</p>
<p>P : “Bagaimana perasaan mbak hari ini? Apa aja yang sudah mbak lakukan mulai dari tadi pagi?”</p>	<p>P : Kontak mata baik, perhatian penuh terhadap klien</p> <p>K : Badan condong ke depan, mendengarkan perawat dengan seksama</p> <p>K : Fokus pada pembicaraan</p>	<p>Perawat berusaha mengeksplorasi apa yang dirasakan klien.</p>	<p>Klien mau mengungkapkan apa yang ia rasakan kepada perawat.</p>	<p>Eksplorasi perasaan klien penting untuk mengetahui apa yang dirasakan klien.</p>

<p>K : “Biasa aja. Tadi pagi bangun jam setengah 5 mandi trus bersih-bersih, makan, tidur-tiduran, makan kajang ijo, makan siang kemudian santai-santai di tempat tidur”</p>	<p>P : Diam sejenak memikirkan bagaimana cara menyampaikan pada klien</p>			
<p>P : “Oh begitu. Coba mbak ceritakan awal mula mbak masuk sini?”</p> <p>K : “Saya di rumah ngamuk-ngamuk sus, saya melempar kuas make up dan mengancam ibu saya dengan pisau terus saya langsung dibawa ke RS sama ibu saya”</p>	<p>P : Fokus pada klien K : Kontak mata baik</p> <p>K : Berbicara menghadap perawat sambil membenahi posisi duduk</p> <p>P : Badan condong ke depan, ekspresi wajah tenang, sikap terbuka</p>	<p>Perawat berusaha menggali alasan masuk klien dan menggali daya ingat klien</p>	<p>Klien tampak terbuka dan mau mengungkapkan kronologi klien masuk ke RS</p>	<p>Daya ingat pasien dapat dikaji dengan menanyakan data-data pasien yang sederhana</p>

<p>P : “Mbak, ingat sekarang dimana dan tanggal berapa?”</p> <p>K : “Ehmm, lupa sus sekarang tanggal berapa. Kalau tempatnya ini di RSJ Menur sus.”</p>	<p>P : Eskpresi tenang, tetap mempertahankan kontak mata dengan klien, tersenyum</p> <p>K : badan condong ke arah perawat, fokus pada pembicaraan</p> <p>K : Serius memandang perawat sambil mengungkapkan keinginannya</p> <p>P : Mendengarkan apa yang di ungkapkan klien</p>	<p>Perawat mencoba mengorientasikan waktu dan tempat terhadap klien</p>	<p>Klien dapat menyebutkan tempat dimana ia sekarang tapi klien tampak kesulitan saat akan menyebutkan waktu</p>	<p>Daya ingat pasien dapat dikaji dengan menanyakan data-data pasien yang sederhana</p>
<p>P : ”Sekarang itu hari Senin tanggal 4 Juni 2019 mbak. Mbak ingat sekarang umur berapa?”</p>	<p>P : Menjelaskan kepada klien dengan penuh perhatian sambil menggerak-gerakkan tangannya</p> <p>K : Mengangguk-anggukan kepala mendengarkan penjelasan perawat</p>	<p>Perawat mencoba mengkaji daya ingat klien</p>	<p>Klien berusaha mengingat-ingat</p>	<p>Umur mempengaruhi daya ingat klien</p>

K : “Ehhmmm, saya umur 30 Sus”	K : Menjawab pertanyaan sambil menunduk P : Fokus pada pembicaraan			
P : “Apa yang menyebabkan Mbak memukul ibunya?” K : “Saya kesal sus sama ibu saya karena tidak mendengarkan pendapat saya.”	P : Tersenyum, mempertahankan kontak mata dengan klien K : Menunduk, klien tampak lelah K : Klien tampak sedih dengan kondisinya P : Fokus pada pembicaraan, mengangguk-anggukkan kepala	Perawat mencoba menggali penyebab klien melakukan perilaku kekerasan	Klien dapat menjawab alasan dari perilaku amuknya	Menggali alasan dari perilaku amuk sangat penting untuk menentukan penyebab dan menentukan intervensi
P : “Menurut Mbak, bagian tubuh mana yang disukai, Mbak anak keberapa, dan apa yang mbak inginkan/harapkan sekarang? Kalau	P : tersenyum, melihat jam tangan, badan terbuka K : sedikit tersenyum dan memperhatikan perawat	Perawat menggali gambaran diri klien	Klien tampak terbuka menyampaikan hal-hal yang ditanya oleh perawat	Konsep diri menunjukkan gambaran diri klien yang meliputi citra tubuh, identitas diri, peran, ideal diri, dan harga diri klien

<p>dirumah Mbak dekat dengan siapa?”</p> <p>K : “Saya menyukai semua bagian tubuh saya, saya bersyukur atas semuanya. Saya ini anak ke-2 dari 3 bersaudara, kakak dan adik saya sudah menikah semua. Saya dirumah hanya tinggal dengan bapak saya. Saat ini saya ingin cepat sembuh dan pulang. Kalau dirumah saya dekat dengan Ibu Saya”</p>	<p>K : Memandang perawat P : Fokus pada klien</p>			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	--	--	--

<p>P : “Mbak agamanya apa? Biasanya dirumah sholat? Kalau disini sholatnya bagaimana?”</p> <p>K : “Saya Islam sus, kalau dirumah saya sholatnya rutin, kalau disini malah jarang sholat sus”</p>	<p>P : Menunjukkan perhatian</p> <p>K : Menunduk sambil memandang kakinya</p> <p>K : Masih menunduk</p> <p>P : Memperhatikan</p>	<p>Perawat menggal nilai dan keyakinan klien terkait spiritual serta kegiatan ibadah yang biasa dilakukan</p>	<p>Klien dapat menyebutkan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan baik pada saat di rumah ataupun di RS</p>	<p>Nilai dan keyakinan sangat penting untuk menentukan apakah terdapat masalah terkait dengan spiritual klien</p>
<p>P : “Mbak ingat tidak disini sudah berapa hari?”</p> <p>K : “Saya sudah 30 hari di Rumah Sakit Jiwa Menur ini sus, tepatnya di Ruang Flamboyan.”</p>	<p>P : Memandang klien sambil tersenyum</p> <p>K : Menunduk</p> <p>K : Bicara tanpa menoleh perawat</p> <p>P : Memandang klien</p>	<p>Perawat mengkaji data umum dan daya ingat pasien</p>	<p>Klien berpikir dan berusaha mengingat</p>	<p>Lama rawat menentukan apakah klien kronis atau akut</p>
<p>P : “Oh iya mbak, kalau misalnya mbak disuruh milih antara mandi dan</p>	<p>P : Empati pada klien, badan condong ke arah klien</p> <p>K : focus pada pembicaraan</p>	<p>Perawat menggali kemampuan penilaian klien</p>	<p>Klien dapat memberikan penilaian terhadap hal-hal yang sederhana</p>	<p>Kemampuan penilaian terhadap hal-hal yang sederhana dapat</p>

<p>makan, mana yang Mbak pilih?”</p> <p>K : “Saya milih mandi dulu sus”</p>	<p>K : Memandang perawat</p> <p>P : Kontak mata baik</p>	<p>terhadap hal-hal yang sederhana</p>		<p>menunjukkan adanya gangguan atau tidak.</p>
<p>P : “Wah, Mbaknya pintar... Oya, Mbak kan tau kalau sekarang ini di RS, berarti tau kan kalau mbak sakit, terus bagaimana perasaannya?”</p> <p>K : “Iya saya tau Sus kalau sakit, jadi saya menerima penyakit saya dan ingin segera pulang kembali.</p>	<p>P : badan condong ke arah klien, kontak mata baik</p> <p>K : Tampak lelah dan mengantuk</p> <p>K : Memandang perawat</p> <p>P : Mendengarkan dengan seksama</p>	<p>Perawat mencoba menggali harapan klien untuk memberikan semangat cepat sembuh</p>	<p>Klien tampak bersemangat segera ingin pulang</p>	<p>Penguatan terhadap klien atas kemampuannya sangat membantu untuk meningkatkan kemampuan dirinya.</p>
<p>P : “Mengapa mbak kalau di rumah lebih suka menyendiri jarang keluar rumah?”</p>	<p>P : Menunjukkan perhatian</p> <p>K : Menunduk sambil memandang kakinya</p>	<p>Perawat mencoba menggali alasan klien suka menyendiri di rumah</p>	<p>Klien dapat mengungkapkan alasannya</p>	<p>Identifikasi penyebab menarik diri sangat penting untuk</p>

<p>K : “Saya kadang merasa malu Sus, tapi sebenarnya saya lebih senang kalau punya teman”</p>	<p>K : Masih menunduk P : Memperhatikan</p>			<p>mengetahui penyebabnya</p>
<p>P : “Baik Mbak, ini sudah 15 menit kita berbincang-bincang jadi kita akhiri saja ya? Besok kita bertemu lagi bagaimana?” K : “Iya Sus”</p>	<p>P : tersenyum, melihat jam tangan, badan terbuka K : sedikit tersenyum dan memperhatikan perawat K : Menganggukkan kepala P : Fokus pada klien</p>	<p>Perawat mengakhiri kontrak dan membuat kontrak baru</p>	<p>Klien tampak memahami apa yang disampaikan perawat.</p>	<p>Penguatan terhadap klien atas kemampuannya sa-ngat membantu untuk meningkatkan kemampuan dirinya.</p>
<p>P : “Baiklah saya permisi dulu ya mbak. Mbak bisa beristirahat lagi. Terimakasih ya mbak sudah meluangkan waktunya”</p>	<p>P : Tersenyum, jabat ta-ngan K : Menerima jabat tangan dari perawat K : Berdiri</p>	<p>Perawat mengakhiri interaksi dengan baik.</p>	<p>Klien berespon untuk mengakhiri interaksi dengan baik.</p>	<p>Klien sepakat untuk menindaklanjuti pertemuan. Hal ini menunjukkan bahwa antara klien dan perawat telah terjadi <i>trust</i>. Hal ini sesuai</p>

K : “Sama-sama sus”	P : Berdiri sambil memper- silahkan klien untuk ber- istirahat kembali			dengan teori bahwa aspek utama untuk mempertahankan hubu- ngan adalah adanya hubungan saling percaya.
---------------------	------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

