

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh :

NAVA MEISYAH PURNAMA ADJI, S.Kep

NIM. 213.0068

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

2022

KARYA ILMIAH AKHIR

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

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



Oleh :

NAVA MEISYAH PURNAMA ADJI, S.Kep

NIM. 213.0068

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

2022

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya dan 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, 05 Juli 2022

Penulis



Nava Meisyah Purnama Adji, S.Kep

NIM. 213.0068

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Nava Meisyah Purnama Adji, S.Kep
NIM : 2130068
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan jiwa Pada Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.,)

Surabaya, 05 Juli 2022

Pembimbing I



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

NIP. 03007

Pembimbing II



Pujiati Sri Asmah, S.Kep.,Ns

NIP. 196901121991012004

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 05 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Nava Meisyah Purnama Adji, S.Kep
NIM : 2130068
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan jiwa Pada Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : **Dr. Hidayatus S, S.Kep., Ns., M.Kep**



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



NIP. 03007

Penguji II : **Pujiati Sri Asmah, S.Kep.,Ns**



NIP. 196901121991012004

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'divah, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 05 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad 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. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan Ketua Penguji yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Penguji I dan Pembimbing Institusi yang selalu memberikan dorongan penuh dan semangat, kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.
4. Pujiati Sri Asmah, S.Kep.,Ns, selaku Penguji II dan Pembimbing Lahan yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.
5. 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 Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.

6. Kepada pasien Tn. R, yang telah mengizinkan saya untuk dapat melakukan interaksi dalam pengambilan data dan bersedia menjawab semua pertanyaan wawancara yang telah di lontarkan.
7. Teman-teman Ners Gerbong 2 seperjuangan tersayang dalam nauangan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan semangat dan bantuan sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan ini tetap terjalin.
8. Kepada sahabat yang selalu ada, selalu support dan bantu satu sama lain dari ospek sampai gelar Ners ini, semoga kita semua menjadi wanita-wanita karir yang sukses dan tetap solid.
9. Kepada keluarga mama, papa dan adek tercinta yang selalu menemani dan mensupport dalam proses pembuatan Karya Ilmiah Akhir.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya 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 Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 05 Juli 2022



Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN SIDANG	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Metoda Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Skizofrenia	9
2.1.1 Definisi Skizofrenia	9
2.1.2 Etiologi Skizofrenia	9
2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia	12
2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia	14
2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia	15
2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan.....	17
2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan	17
2.2.2 Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan	18
2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan	19
2.2.4 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan	20
2.2.5 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan.....	21
2.2.6 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan	22
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.....	23
2.3.1 Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan	23
2.3.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	28
2.3.3 Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan	28
2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan	29
2.3.5 Implementasi Risiko Perilaku Kekerasan	32
2.3.6 Evaluasi Risiko Perilaku Kekerasan	33
2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik.....	34
2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik	34
2.4.2 Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan	35
2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik	36

2.4.4 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik	37
2.5 Konsep Adaptasi Stress Berhubungan Dengan Risiko Perilaku Kekerasan	40
2.6 <i>Web Of Caution</i> Risiko Perilaku Kekerasan	42
2.6.1 Patofisiologi Risiko Perilaku Kekerasan.....	42
2.7 <i>Literature Review</i>	44
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	52
3.1 Pengkajian	52
3.1.1 Identitas Klien	52
3.1.2 Alasan Masuk.....	52
3.1.3 Keluhan Utama.....	53
3.1.4 Faktor Predisposisi	53
3.1.5 Pemeriksaan Fisik	54
3.1.5 Psikososial.....	55
3.1.6 Status Mental.....	58
3.1.7 Kebutuhan Pulang	61
3.1.8 Mekanisme Koping	63
3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan	63
3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang	65
3.1.11 Data Lain-Lain	65
3.1.12 Aspek Medis	65
3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan.....	66
3.1.14 Daftar Diagnosis Keperawatan	67
3.2 Pohon Masalah.....	68
3.3 Analisa Data	68
3.4 Rencana Keperawatan.....	71
3.5 Implementasi & Evaluasi	86
BAB 4 PEMBAHASAN	96
4.1 Pengkajian	96
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	98
4.3 Rencana Keperawatan.....	99
4.4 Tindakan Keperawatan.....	99
4.5 Evaluasi	100
BAB 5 PENUTUP.....	102
5.1 Kesimpulan	102
5.2 Saran.....	104
DAFTAR PUSTAKA	105

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan	68
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Rentang Respon Marah (Ah. Yusuf, 2014).....	21
Gambar 2.3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan	28
Gambar 2.6 <i>Web Of Caution</i> Risiko Perilaku Kekerasan	42
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. R	55
Gambar 3.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. R.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	107
Lampiran 2	108
Lampiran 3	110
Lampiran 4	114
Lampiran 5	118
Lampiran 6	122
Lampiran 7	125
Lampiran 8	128
Lampiran 9	137
Lampiran 10	145
Lampiran 11	152
Lampiran 12	160
Lampiran 13	163

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut WHO (World Health Organization) adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Gangguan jiwa adalah kondisi psikologis individu dimana mengalami penurunan fungsi tubuh, merasa tertekan, tidak nyaman dan penurunan fungsi peran individu dimasyarakat. Menurut WHO, gangguan jiwa saat ini menjadi prioritas masalah kesehatan bagi setiap negara adalah skizofrenia (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Salah satu diagnosa keperawatan yang muncul pada skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan. Risiko Perilaku kekerasan sendiri yaitu perilaku yang dapat melukai diri sendiri maupun orang lain baik secara fisik dan emosional ditandai dengan verbal yang kasar dan merusak lingkungan (Anisa et al, 2021).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 21 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Gangguan jiwa di Indonesia semakin signifikan dilihat dari data (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018) gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,8 per 1.000 penduduk. Berdasarkan riset menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2019) pada provinsi Jawa Timur berada di urutan 20 dari 34 provinsi dan di dapatkan sebanyak 6,4% mengidap skizofrenia/psikosis. Prevalensi tertinggi yaitu di Bali sebanyak 11,1% jiwa dan DI Yogyakarta sebanyak 10,4% jiwa, adapun prevalensi

terendah yaitu di Riau sebanyak 2,8% jiwa. Di dukung penelitian yang dilakukan (Risksedas, 2018) karakteristik gangguan jiwa menunjukkan berdasarkan kelompok umur, presentasi tertinggi pada usia 65-75 tahun sebanyak 28,6% jiwa, kelompok umur 55-64 tahun sebanyak 11% jiwa, kemudian kelompok umur 45-54 tahun dan 15-24 tahun memiliki persentase yang sama sebanyak 10% jiwa. Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap yaitu, pada tahun 2021 selama 4 bulan terakhir yang berjumlah 1.299 orang, dengan rincian halusinasi 61%, perilaku kekerasan 20%, isolasi sosial 12%, defisit perawatan diri 4% dan gangguan citra tubuh 3%. Sedangkan data pasien di Ruang Gelatik pada bulan Maret sampai Mei diagnosa terbanyak adalah perilaku kekerasan.

Resiko perilaku kekerasan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk verbal maupun fisik. Jika tidak ditangani dengan segera akan berakibat fatal dengan membahayakan diri sendiri yaitu melukai diri dengan bunuh diri, menciderai orang lain dan perilaku merusak lingkungan sekitar (Pardede & Hulu, 2019). Faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri (Afnuhazi, 2015). Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yaitu muka marah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup dan jalan mondar-mandir. Dampak yang dapat

ditimbulkan oleh pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan adalah dapat mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan risiko perilaku kekerasan yang tepat (Pardede & Hulu, 2019). Proses penyembuhan pada penderita dengan perilaku kekerasan memerlukan waktu cukup lama sehingga memerlukan kemampuan pasien untuk menjalankan program pengobatan dalam rutinitas sehari-hari, ketidakpatuhan menjalani pengobatan mengakibatkan pasien mengalami kekambuhan.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan membina hubungan saling percaya, membantu mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, mengajarkan dan melatih pasien cara mengontrol marah, mengajak pasien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK) (Anisa et al., 2021). Adapun farmakoterapi untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan yaitu dengan pengobatan neuroleptika, seperti Clorpromazine HCL, terapi okupasi, terapi somatik, terapi kelompok dan terapi kejang listrik (Yusuf, A.H & R, Nihayati 2015). Oleh karena itu sangat penting asuhan keperawatan jiwa bagi pasien dengan resiko perilaku kekerasan agar dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol dan mengendalikan perilaku kekerasannya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan

Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?''.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi dan mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakit melalui proses Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. R Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Melakukan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan jiwa pada pasien Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan jiwa pada pasien Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

5. Melakukan evaluasi dan dokumentasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. R Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *morbidity*, *disability* dan mortalitas pada pasien Risiko Perilaku Kesehatan (RPK).

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

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

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan

3. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai cara perawatan kepada keluarga tentang deteksi dini tentang Risiko Perilaku Kekerasan sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis keperawatan jiwa. Selain itu agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan (RPK) dirumah.

4. Bagi Profesi Kesehatan

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

5. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

1.5 Metoda Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh langsung dari pasien.

b. Data Sekunder

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

c. Studi Kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)

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

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi (Maulana et al., 2021).

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

Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah penyakit kronis dan seringkali kambuh atau berulang sehingga perlu diberikan terapi jangka lama. Merawat pasien skizofrenia dibutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta dibutuhkan waktu yang lama akibat kronisnya penyakit ini (Pardede & Hulu, 2019)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Menurut (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016) faktor penyebab Skizofrenia yakni :

1. Umur

Umur 25-35 tahun kemungkinan berisiko 1,8 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan umur 17-24 tahun.

2. Jenis kelamin

Proporsi skizofrenia terbanyak adalah laki-laki (72%) dengan kemungkinan laki-laki berisiko 2,37 kali lebih besar mengalami kejadian skizofrenia dibandingkan perempuan. Kaum pria lebih mudah terkena gangguan jiwa karena kaum pria yang menjadi penopang utama rumah tangga sehingga lebih besar mengalami tekanan hidup, sedangkan perempuan lebih sedikit berisiko menderita gangguan jiwa dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih bisa menerima situasi kehidupan dibandingkan dengan laki-laki. Meskipun beberapa sumber lainnya mengatakan bahwa wanita lebih mempunyai risiko untuk menderita stress psikologik dan juga wanita relatif lebih rentan bila dikenai trauma. Sementara prevalensi skizofrenia antara laki-laki dan perempuan adalah sama.

3. Pekerjaan

Pada kelompok skizofrenia, jumlah yang tidak bekerja adalah sebesar 85,3% sehingga orang yang tidak bekerja kemungkinan mempunyai risiko 6,2 kali lebih besar menderita skizofrenia dibandingkan yang bekerja. Orang yang tidak bekerja akan lebih mudah menjadi stres yang berhubungan dengan tingginya kadar hormon stres (kadar katekolamin) dan mengakibatkan ketidakberdayaan, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap

masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja.

4. Status perkawinan

Seseorang yang belum menikah kemungkinan berisiko untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan yang menikah karena status marital perlu untuk pertukaran ego ideal dan identifikasi perilaku antara suami dan istri menuju tercapainya kedamaian. Perhatian dan kasih sayang adalah fundamental bagi pencapaian suatu hidup yang berarti dan memuaskan.

5. Konflik keluarga

Konflik keluarga kemungkinan berisiko 1,13 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan tidak ada konflik keluarga.

6. Status ekonomi

Status ekonomi rendah mempunyai risiko 6,00 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan status ekonomi tinggi. Status ekonomi rendah sangat mempengaruhi kehidupan seseorang. Beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan (status ekonomi rendah) sebagai faktor risiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggung jawab atas timbulnya gangguan kesehatan.

7. Faktor genetik

Faktor genetik turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar monozigot. Diperkirakan bahwa yang diturunkan adalah potensi untuk mendapatkan skizofrenia melalui gen yang resesif. Potensi ini mungkin kuat, mungkin juga lemah, tetapi selanjutnya

tergantung pada lingkungan individu itu apakah akan terjadi manifestasi skizofrenia atau tidak.

8. Hepotensi dopamine

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Kebanyakan obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal tersebut menyekat reseptor dopamine D2, dengan adanya transmisi sinyal pada sistem dopaminergik yang terhalang dapat meredakan gejala psikotik.

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Menurut (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016) pembagian jenis skizofrenia yaitu :

1. Skizofrenia Simpleks

Sering timbul pada anak saat pertama kali mengalami masa pubertas. Gejalanya seperti emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Sering timbul pada masa remaja antara umur 15-25 tahun. Gejala yang muncul yaitu gangguan proses berfikir, adanya *depersenalisasi* atau *double personality*. Perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik. Waham dan halusinasi juga sering terjadi pada skizofrenia hebefrenik.

3. Skizofrenia Katatonia

Timbul pada umur 15-30 tahun, bersifat akut, sering di dahului oleh stress emosional, dan sering terjadi gaduh gelisah.

4. Skizofrenia Tak Terinci

Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia tetapi tidak paranoid, hebefrenik dan katatonik. Tidak memenuhi skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia

5. Skizofrenia Pasca-Skizofrenia

Gejala-gejala depresi menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif.

6. Skizofrenia Residual

Skizofrenia dengan gejala primer, tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder dan timbul sesudah beberapa kali mengalami skizofrenia.

7. Skizofrenia Paranoid

Ciri utamanya adalah adanya waham kejar dan halusinasi auditorik namun fungsi kognitif dan afek masih baik.

8. Skizofrenia Lainnya

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

9. Skizofrenia Tak Spesifik

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

2.1.4 Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut (Afconneri & Puspita, 2020) menjelaskan berbagai tanda dan gejala skizofrenia yaitu :

1. Gejala Primer

- a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherenasi.
- b. Gangguan afek emosi
 - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - 2) Paramimi dan paratimi
 - 3) Emosi dan afek serta eksperinya tidak mempunyai satu kesatuan
 - 4) Emosi berlebihan
 - 5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- c. Gangguan kemauan
 - 1) Terjadi kelemahan kemauan
 - 2) Perilaku negativisme atas permintaan
 - 3) Otomatisme : merasa pikiran/ perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
- d. Gangguan psikomotor
 - 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
 - 2) Stereotipi

3) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama

4) Echolalia dan Echopraxia

2. Gejala Sekunder

a. Waham dan Halusinasi

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

2.1.5 Penatalaksanaan Skizofrenia

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

1. Antipsikotik

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

a. Antipsikotik generasi pertama

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

b. Antipsikotik generasi kedua

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

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi kognitif

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

b. *Social Skill Training*

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

c. PANSS

PANSS digunakan pada pasien rawat inap Skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat

atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil.

d. LAI (Long-Acting Injectable)

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

2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan, baik fisik, emosional, seksual dan verbal. Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other directed violence*). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku

kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung kepada orang lain (Mauila & Aktifah, 2021).

Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan individu melakukan coping terhadap stress, tidak mampu mengidentifikasi stimulus yang dihadapi dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan. Masalah klien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan jika tidak dilakukan penanganan dengan baik akan membawa dampak buruk misalnya mencederai ataupun bisa menimbulkan kematian (Mauila & Aktifah, 2021)

2.2.2 Etiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Jeklin, 2016), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan yaitu :

1. Faktor predisposisi
 - a. Psikologis, menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.
 - b. Perilaku, mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.
 - c. Sosial budaya, dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar.

- d. Bioneurologis, beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

2. Faktor presipitasi

- a. Ekspresi diri, dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

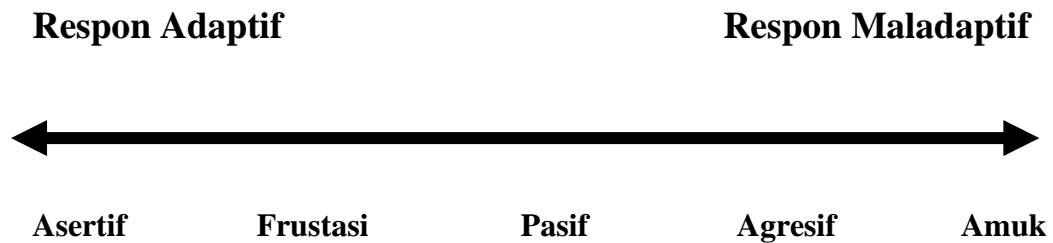
2.2.3 Tanda dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Vahurina & Rahayu, 2021) tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

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

2.2.4 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan

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



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

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

2.2.5 Penatalaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan menurut (Pelaksanaan & Studi, 2019) yaitu :

1. Medis
 - a. Nozinan, yaitu sebagai pengontrol perilkupsikosial
 - b. Halloperidol, yaitu mengontrol psikosis dan prilaku merusak diri
 - c. Thrihexiphenidil, yaitu mengontro perilaku merusak diri dan menenangkan hiperaktivitas
 - d. ECT (Elektro Convulsive Therapy), yaitu menenangkan klien bila mengarah pada keadaan amuk

2. Penatalaksanaan keperawatan
 - a. Psiko terapeutik
 - b. Lingkungan terapeutik
 - c. Kegiatan hidup sehari-hari (ADL)
 - d. Pendidikan kesehatan

2.2.6 Mekanisme Koping Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Prastyana, & Arum (2017). Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan 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 risiko perilaku kekerasan antara lain :

- a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

- b. Menyatakan secara asertif

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

c. Memberontak

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

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Winranto, 2021) pengkajian resiko perilaku kesehatan seperti berikut :

1. Identitas

Meliputi : Nama, umur, jenis kelamin, nomer RM, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur (Keliat,2016).

3. Faktor predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa (Parwati, Dewi & Saputra 2018).

- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit sebagai alternatif serta memasingkan diri dan bila tidak berhasil baru dibawa ke rumah sakit jiwa.
 - c. Trauma, biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
 - d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
 - e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan
4. Pengkajian fisik
- a. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat.
 - b. Ukur tinggi badan dan berat badan.
 - c. Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah).
 - d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).
5. Psikososial
- a. Genogram
Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.
 - b. Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

c. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

1) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

2) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

6. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara.

- b. Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan
- b. Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa
- c. Kegiatan ibadah
- d. Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah

8. Status mental

a. Penampilan

Biasanya penampilan klien kotor

b. Pembicaraan

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

c. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat

d. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Afek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

f. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

g. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

h. Isi pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja

i. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung.

j. Memori

Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

k. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan.

l. Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya.

9. Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya dan merusak alat-alat rumah tangga.

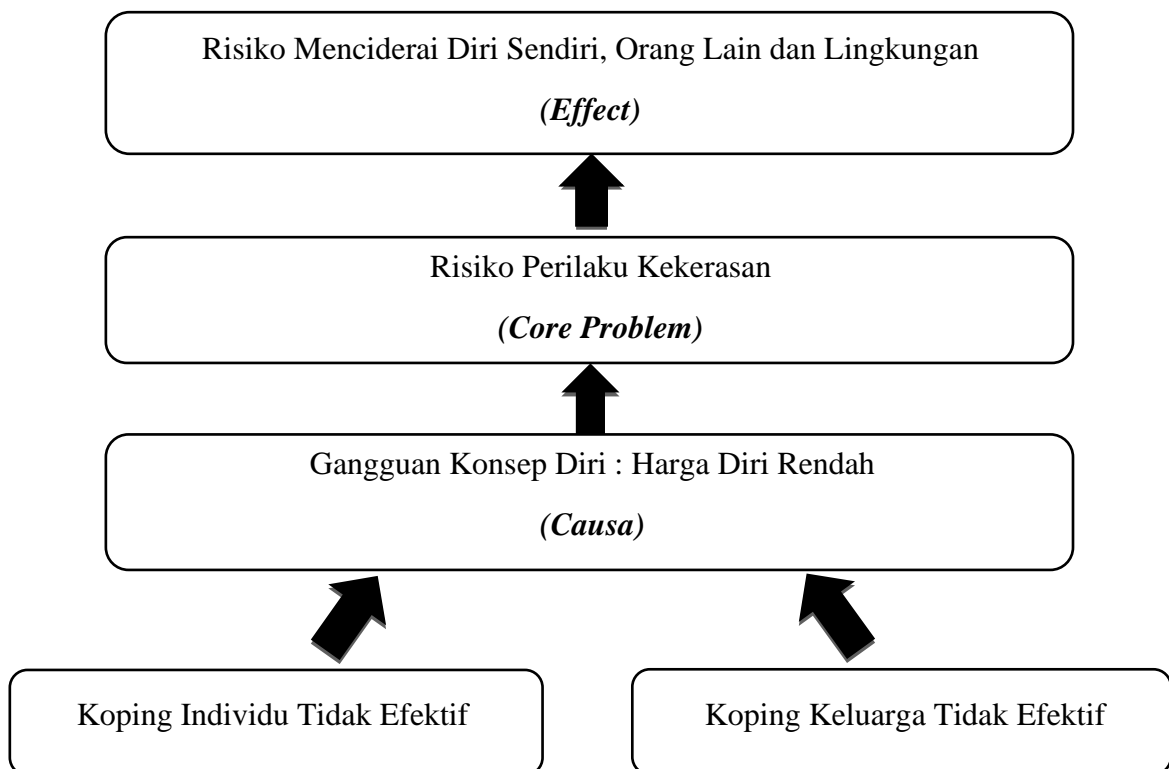
10. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

11. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

2.3.2 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan



1 Gambar 2.3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.3 Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan

atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/ mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

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

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

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

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

1. Tindakan Keperawatan Perawat

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu mengkaji tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- 2) Pasien mampu mengkaji penyebab risiko perilaku kekerasan
- 3) Pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu memahami akibat dari risiko perilaku kekerasan

b. Tindakan Keperawatan

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

2. Tindakan Pada Keluarga

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka risiko perilaku kekerasan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluarga mampu memahami pengertian risiko perilaku kekerasan.
- 2) Keluarga dapat memahami penyebab risiko perilaku kekerasan.

- 3) Keluarga dapat memahami dan menjelaskan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan.
 - 4) Keluarga mampu memahami cara merawat pasien risiko perilaku kekerasan.
- b. Tindakan Keperawatan
- 1) Kaji masalah pasien yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.
 - 2) Menjelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses.
 - 3) terjadinya risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien.
 - 4) Mendiskusikan cara merawat risiko perilaku kekerasan dan memutuskan cara merawat yang sesuai dengan kondisi pasien.
 - 5) Melatih keluarga cara merawat risiko perilaku kekerasan pasien.
 - 6) Melibatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman
 - 7) Mengurangi *stress* di dalam keluarga dan memberi motivasi pada pasien.
 - 8) Menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan segera serta melakukan follow up ke pelayanan kesehatan secara teratur.
3. Tindakan Pada Kelompok Pasien (TAK)
- a. Tindakan Keperawatan
- Terapi aktivitas kelompok : Stimulasi persepsi
- 1) Sesi 1 : Mengenal risiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
 - 2) Sesi 2 : Mencegah risiko perilaku kekerasan secara fisik
 - 3) Sesi 3 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan verbal

- 4) Sesi 4 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 5) Sesi 5 : Mencegah risiko perilaku kekerasan dengan patuh mengonsumsi obat.

2.3.5 Implementasi Risiko Perilaku Kekerasan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan (Martini et al., 2020)

Implementasi keperawatan jiwa pada resiko perilaku kekerasan ada 5 SP menurut (Kusumawaty, 2019 dalam Martini et al., 2020), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengontrol perilaku kekerasan salah satunya yaitu melakukan rencana dan implementasi dalam asuhan keperawatan sebagai pendekatan yang digunakan untuk membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan. Ada lima strategi pelaksanaan dalam mengontrol perilaku kekerasan, yaitu :

1. SP 1 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan latihan nafas dalam,
2. SP 2 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan melakukan teknik pukul bantal.
3. SP 3 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan komunikasi verbal dengan baik.
4. SP 4 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual/ beribadah
5. SP 5 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan menggunakan obat (8 benar)

2.3.6 Evaluasi Risiko Perilaku Kekerasan

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

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

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

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

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

Komunikasi adalah faktor penting bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pasien. Semakin baik komunikasi perawat, maka semakin

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

2.4.2 Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan

Menurut Buku Ajar Keperawatan Dasar (Sarfika, N. R., Maisa, E. A., 2018), prinsip-prinsip komunikasi terapeutik meliputi :

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

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

2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik

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

1. Keikhlasan (*Genuiness*)

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

2. Empati (*Empathy*)

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

3. Kehangatan (*Warmth*)

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

2.4.4 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik

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

1. Fase Pra Interaksi

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

2. Fase Orientasi

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

3. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif pasien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas pasien dengan

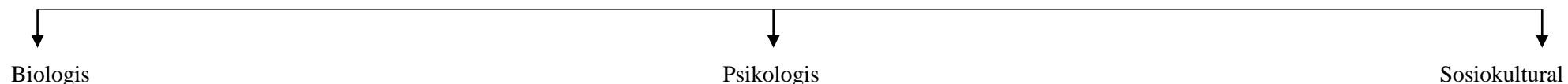
meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada pasien.

4. Fase Terminasi

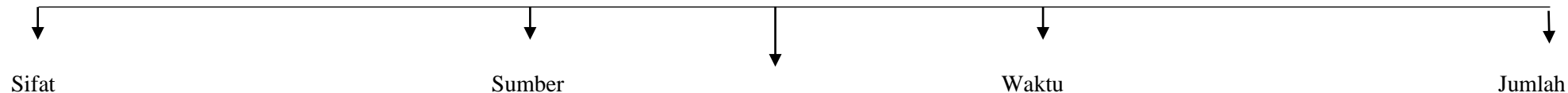
Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan pasien, melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik.

2.5 Konsep Adaptasi Stress Berhubungan Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

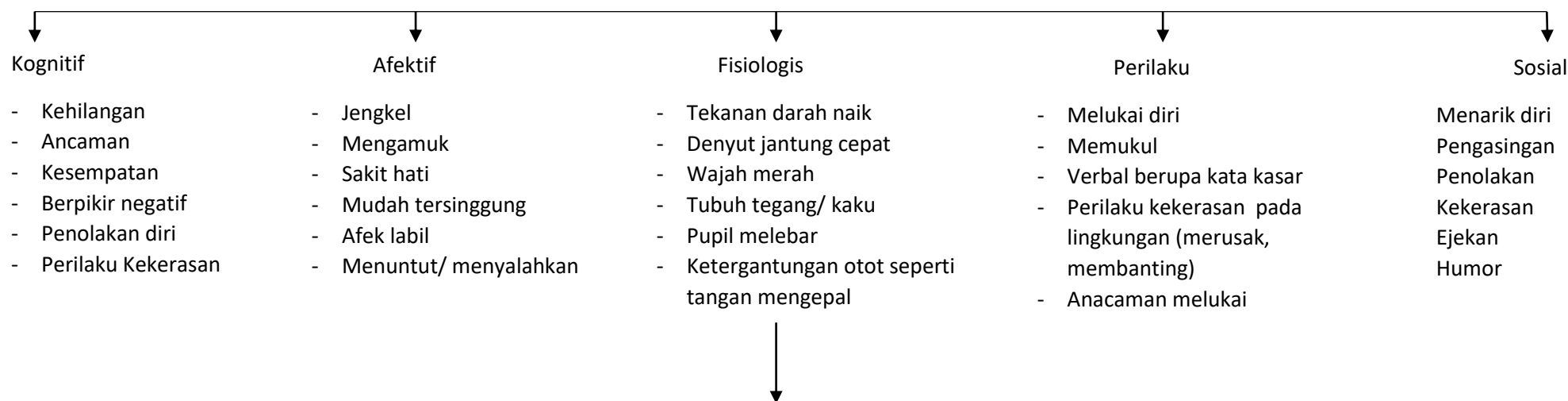
FAKTOR PREDISPOSISI

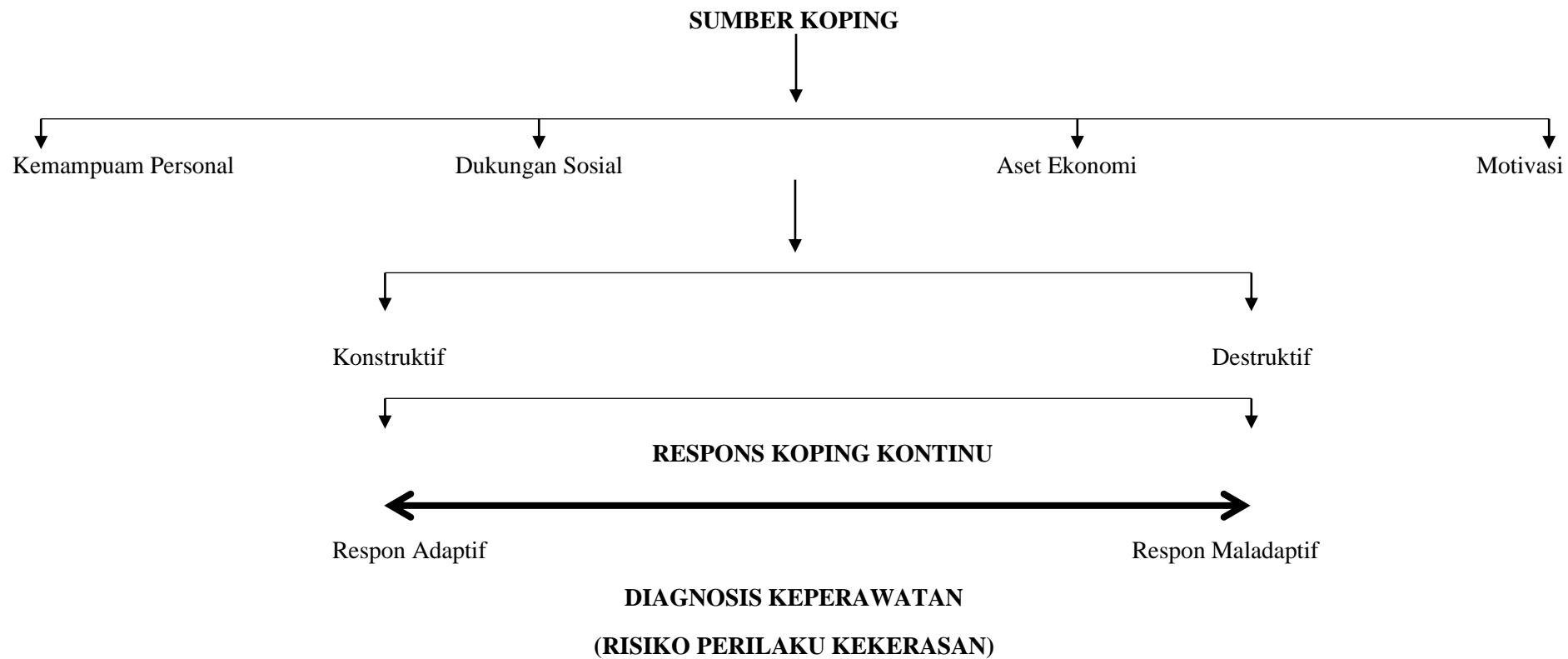


FAKTOR PRESIPITASI



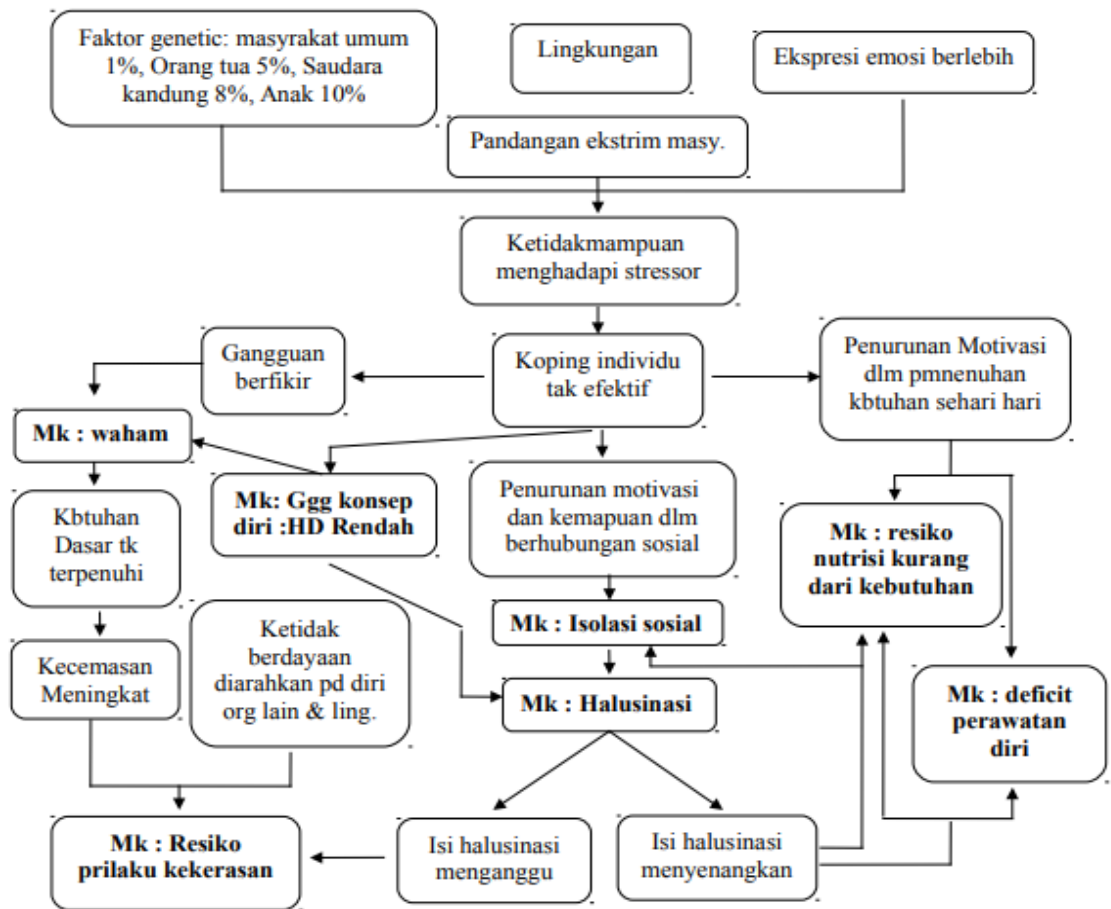
PENILAIAN TERHADAP STRESSOR





Sumber : (Stuart, 2013)

2.6 Web Of Caution Risiko Perilaku Kekerasan



2 Gambar 2.6 Web Of Caution Risiko Perilaku Kekerasan

2.6.1 Patofisiologi Risiko Perilaku Kekerasan

Kebutuhan pada perilaku kekerasan yaitu ancaman stress, cemas yang dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal. Ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan mengungkapkan kata-kata yang dapat dimengerti, sehingga rasa marah tersebut dapat dipahami oleh orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, ketegangan

akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah yang diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif dan menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang ditunjukkan pada diri sendiri orang lain dan lingkungan. Perilaku yang seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan yang demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang diajukan diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dapat menjadikan seseorang depresi.

2.7 Literature Review

No.	Judul, Penulis dan Tahun Terbit	Jenis Penelitian	Desain	Sampel	Variabel yang di ukur	Instrumen	Analisis Uji	Hasil Temuan
1.	Dukungan Dan Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Klinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi Tahun 2017. Vevi Suryenti (2017)	Penelitian kuantitatif	Desain <i>cross sectional</i>	67 responden	1. Kemampuan Keluarga Merawat Pasien 2. Pasien Resiko Perilaku Kekerasan	Data diperoleh dengan wawancara menggunakan kuesioner	Uji <i>chi-square</i>	1. Mampu mengetahui hubungan dukungan dan beban keluarga dengan kemampuan keluarga merawat pasien resiko perilaku kekerasan. 2. Hasil penelitian sebanyak 67 responden, sebagian besar memiliki kemampuan yang baik dalam merawat pasien tentang risiko perilaku kekerasan sebanyak 39 orang (58,2%), Responden memiliki

								<p>dukungan keluarga kurang baik sebanyak 37 responden (55,2%), Responden memiliki beban keluarga yang berat sebanyak 36 responden (53,7%).</p> <p>3. Hasil pengujian menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga (p-value = 0,048) dan beban keluarga (p value = 0,000) dengan kemampuan keluarga merawat pasien risiko perilaku kekerasan.</p>
2.	Analisis Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku	Penelitian	Desain	16	1. Analisis Tanda Dan	Pengumpulan data	Analisis	1. Mampu menganalisa gambaran tanda dan gejala

	<p>Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia</p> <p>Riska Amimi, Eka Malfasari, Rizka Febtrina, Dini Maulinda (2020)</p>	kuantitatif	deskriptif	responden	<p>Gejala</p> <p>2. Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien <i>Skizofrenia</i></p>	menggunakan modifikasi peneliti sendiri	statistik	<p>resiko perilaku kekerasan pada pasien.</p> <p>2. Penelitian diukur menggunakan lembar observasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang disusun peneliti dengan 10 item pernyataan didapatkan hasil observasi muka merah dan tegang (ya 15, tidak 1), mata melotot/ pandangan tajam (ya 15, tidak 1), mengepalkan tangan (ya 16), mengatup rahang dengan kuat (ya 12, tidak 4), bicara kasar (ya 16), suara tinggi, menjerit atau berteriak (ya 16),</p>
--	--	-------------	------------	-----------	--	---	-----------	---

								<p>mengancam secara verbal dan fisik (ya 14, tidak 2), melempar atau memukul benda/orang lain (ya 13, tidak 3), merusak barang atau benda (ya 7, tidak 9), tidak mempunyai kemampuan untuk mengontrol kemampuan perilaku kekerasan (ya 6, tidak 10).</p> <p>3. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tanda dan gejala yang sering muncul pada orang dengan resiko perilaku kekerasan yaitu : mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi,</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								menjerit atau berteriak.
3.	Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi Vevi Suryenti Putri, Restia Mella N dan Salvita Fitrianti (2018)	Penelitian kuantitatif	Desain <i>pre-experimental</i> dengan <i>one group pre-test and post test design</i>	20 responden	1. Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik 2. Pasien Resiko Perilaku Kekerasan	Pengumpulan dengan teknik proporsional random sampling observasi langsung pada pasien	Uji T test dependen	1. Untuk melihat apakah ada pengaruh terapi komunikasi terapeutik terhadap pasien resiko perilaku kekerasan. 2. Penelitian menunjukkan sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik diketahui sebagian besar responden mempunyai perilaku yang kurang baik (maladaptif) dengan mean 40.50 dan diberikan terapi komunikasi terapeutik diketahui terjadi peningkatan skor perilaku yang lebih baik (adaptif)

								dengan mean 43,90. 3. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi komunikasi terapeutik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan p-value 0,013 (p-value <0,05).
4.	Pemberian <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i> Dalam Mengontrol Perilaku Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan. Rilarahmawati Thalib,	Pemberian <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i> (REBT)	Desain <i>quasi eksperiment</i>	128 responden	1. Pemberian <i>Rational Emotive Behavior Therapy</i> 2. Mengontrol Perilaku	Pengumpulan data dengan studi kasus <i>literature review</i>	-	1. Empat artikel teridentifikasi dalam tinjauan ini menunjukkan bahwa sebelum diberikan terapi REBT sebagian besar pasien tidak mampu mengontrol perilaku agresif ditandai dengan tingginya

	Rusli Abdullah (2022)				Agresif Pada Pasien Perilaku Kekerasan		<p>rerata skor risiko perilaku agresif baik kognitif, afektif, sosial maupun fisiologis, namun setelah terapi REBT sebagian besar pasien mampu mengontrol perilaku agresif ditandai dengan perubahan yang signifikan pada gejala risiko perilaku kekerasan yang dialami pasien.</p> <p>2. Pemberian REBT secara signifikan dapat meningkatkan kemampuan pasien perilaku kekerasan dalam mengontrol perilaku agresif ditandai dengan perubahan respon kognitif,</p>
--	-----------------------	--	--	--	---	--	--

								afektif, sosial dan fisiologis pada pasien.
5.	<p>Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur.</p> <p>Biyan Tazqiyatus Sudia, Hadi Abdillah S.Kep., Ns., MMRS, Ernawati Hamidah, M.Kep (2021)</p>	<p>Penelitian Terapi Relaksasi Nafas Dalam</p>	<p>Desain studi kasus</p>	<p>1 responden</p>	<p>1. Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam</p> <p>2. Pengontrolan Marah Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>Pengumpulan data menggunakan pemberian intervensi melalui observasi, wawancara dan dokumentasi</p>	<p>Analisis statistik</p>	<p>1. Intervensi keperawatan yang diberikan yakni teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah.</p> <p>2. Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap pengontrolan marah pada orang gangguan jiwa dengan risiko perilaku kekerasan yang dilakukan selama 3 kali kunjungan.</p>

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini menyajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 15 November 2021 dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Ruang rawat : Ruang Gelatik

Tanggal dirawat/MRS: 14-11-2021

3.1.1 Identitas Klien

Pasien merupakan seorang laki-laki bernama Tn. R dengan nomor rekam medis 04-xx-xx, tanggal lahir pasien 31-12-1995 (26 tahun) beragama islam, pasien belum menikah, pasien bertempat tinggal di desa pasanggrahan daerah Bangkalan Madura dan pasien tinggal bersama keluarganya. Dilakukan pengkajian pada tanggal 15 November 2021 pada pukul 16.00 WIB, pasien dirawat pada tanggal 14 November 2021, anamnesa diperoleh dari pasien dan rekam medis.

3.1.2 Alasan Masuk

Pada saat pengkajian pasien mengatakan dibawa oleh keluarganya ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur dikarenakan pasien merasa sakit hati dan merasa direndahkan sehingga membuatnya mengamuk, memukul orang lain terutama keluarga yang tinggal serumah dengan pasien. Pasien juga mengganggu ketenangan lingkungan sekitar dengan berbicara keras seperti teriak pada orang lain bahkan mengajak temannya berkelahi. Disamping itu pasien tidak

rutin minum obat saat dirumah karena membuatnya mengantuk, nafsu makan meningkat sehingga pasien merasa gendut.

3.1.3 Keluhan Utama

Pasien mengatakan sejak 2 hari sering mengamuk dan memukul keluarga bahkan orang lain menggunakan tangan kosong. Pasien mengamuk karena merasa sakit hati dan direndahkan, pasien juga tidak suka dinasehati perihal minum obat jiwa dari RSJ Menur dan pasien tidak dituruti keinginannya seperti minta rokok ataupun uang sebab pasien tidak bekerja.

3.1.4 Faktor Predisposisi

1. Riwayat gangguan jiwa di masa lalu

Saat pengkajian pasien mengatakan sudah pernah mengalami gangguan jiwa sekitar 2 tahun yang lalu, pasien terakhir dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tanggal 12 Oktober 2021.

2. Pengobatan sebelumnya

Kurang berhasil, dikarenakan pasien saat dirumah tidak mau meminum obat selama 5 hari dengan alasan “obatnya membuat ngantuk dan nafsu makannya meningkat (tambah gendut)”.

3. Pengalaman

Pasien menjadi pelaku penganiayaan fisik sejak usianya 24 tahun, pasien melakukan kekerasan terhadap adik dan teman sebayanya dengan memukul menggunakan tangan kosong.

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan, Regimen Terapeutik In Efektif

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Dalam rekam medis didapatkan ada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa yaitu bibi pasien tetapi tidak mendapatkan pengobatan dan jarang sekali kambuh.

Masalah keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan sakit hati karena ditinggal pacarnya dengan alasan tidak memiliki pekerjaan sehingga pasien mengalami depresi.

Masalah keperawatan : Sindrome Pasca Trauma

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda vital

Tekanan darah : 136/70 mmHg

Nadi : 90 x/menit

Suhu : 36,5° C

Pernafasan : 20 x/menit

2. Ukur

TB : 168 cm BB : 72 kg

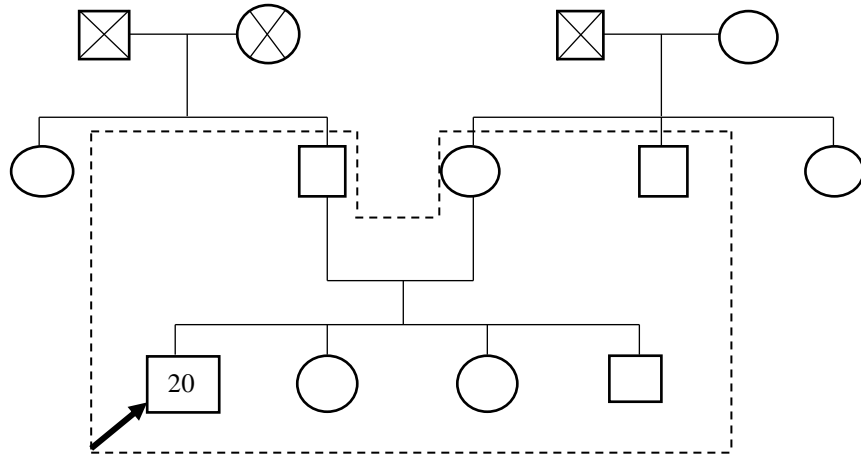
3. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan fisik pada tubuhnya

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Pasien



: Perempuan

----- : Tinggal serumah



: Meninggal

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn. R

Pasien adalah anak pertama dari empat bersaudara, pasien tinggal serumah dengan ayah, ibu dan adiknya. Pengambilan keputusan pada saat pasien sakit dalam keluarga yaitu ayahnya dan pasien harus di bawa ke RSJ untuk mendapatkan pengobatan. Pola komunikasi antar keluarga pasien itu hanya satu arah, saat dikaji pasien mengatakan bahwa ayahnya pernah menasehati dirinya, tetapi pasien tidak memperhatikan sebab merasa dirinya benar. Dan hubungan terdekat dalam keluarganya adalah kakeknya.

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menyukai bentuk dirinya sekarang dan merasa bersyukur tidak ada kelainan lain.

b. Identitas

Pasien mengatakan Namanya Tn. R, pasien mengatakan jenis kelaminnya laki-laki, pasien menyebutkan usianya 26 tahun dengan tanggal lahir 31 Desember 1995. Tempat tinggal pasien di Bangkalan Madura. Pasien mengatakan pendidikan terakhirnya hanya SMP dan tidak lanjut sekolah karena pasien malas untuk belajar. Pasien mengatakan tidak bekerja karena kondisinya yang sakit jiwa dan juga belum menikah. Pasien merupakan anak pertama dari empat bersaudara.

c. Peran

Pasien mengatakan malu terhadap dirinya karena sebagai laki-laki seharusnya bekerja dan mencari uang sendiri untuk memenuhi kebutuhannya. Namun pasien sadar bahwa sudah tidak dapat bekerja dan tidak ada yang mau menerimanya karena keterbatasan dirinya dengan sakit jiwa yang di derita saat ini.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan memiliki keinginan untuk bekerja kembali seperti dulu di luar negeri menjadi seorang (TKI) dan pasien berharap dapat sembuh dari penyakit jiwanya agar dapat menikah.

e. Harga diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya malu karena sebagai laki-laki tidak bekerja atau pengangguran, pasien merasa sebagai orang tidak berguna karena menjadi beban keluarganya sebab pasien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur dan pasien merasa berkecil hati karena tidak memiliki pasangan akibat sakitnya ini.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya ialah kakeknya sebab yang dapat mengerti kondisi dan kemauannya hanya kakeknya saja. karena dari kecil yang dapat memahami dirinya dan memberikan banyak ilmu tentang kehidupan adalah kakeknya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada diluar rumah maupun di lingkungan desanya karena pasien mengerti warga setempatnya tidak dapat menerima kondisinya yang sakit jiwa saat ini.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan jarang berinteraksi dengan tetangganya maupun temannya sebab pasien minder dengan kondisi yang dialami saat ini karena jika pasien mencoba berinteraksi dengan orang lain malah menimbulkan marah sebab pasien dikatain oleh orang tersebut.

Masalah keperawatan : Kerusakan Interaksi Sosial

4. Spiritual

a. Nilai keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya menganut agama islam dan pasien juga percaya adanya Tuhan

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan melakukan ibadah yaitu sholat 5 waktu saat berada dirumah maupun di Rumah Sakit Jiwa Menur, pasien juga melaksanakan puasa Ramadhan setiap tahun.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Saat pengkajian pasien tampak menggunakan pakaian Rumah Sakit dengan rapi, kondisi tampak bersih dan rambutnya rapi.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Pembicaraan

Saat pengkajian pasien berbicara cepat, nada keras dan sedikit susah untuk dipahami karena menjawab dengan berbelit-belit juga terus berulang.

Masalah keperawatan : Kerusakan Komunikasi Verbal

3. Aktivitas Motorik

Saat pengkajian ada kontak mata pasien tampak tegang dan terlihat gelisah melihat yang ada di sekitarnya. Jika diruangan pasien tampak mondar-mandir dengan mengepalkan tangan.

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

4. Alam Perasaan

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan masih marah dan sakit hati terhadap keluarga, masyarakat maupun masa lalunya.

Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

5. Afek

Saat dilakukan pengkajian pasien berekspresi murung, tegang, mata melotot dan datar beberapa saat jikalau ditanya tentang hal yang membuatnya tidak nyaman.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

6. Interaksi Selama Wawancara

Saat dikaji pasien menggunakan kontak mata secara baik, mata melotot, tegang dan suara jelas tetapi nada keras

Masalah keperawatan : Kerusakan Komunikasi Verbal

7. Persepsi Halusinasi

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan jika sedang sendirian biasanya melihat bayangan hitam yang mondar-mandir didepannya yang disangka pasien ialah kakeknya yang telah meninggal sedang menjenguknya.

Masalah keperawatan : Halusinasi Penglihatan

8. Proses Pikir

Saat pengkajian pasien berbelit-belit untuk menjelaskan ataupun menceritakan tentang kejadian maupun riwayat masa lampau serta awal mulanya masuk ke Rumah Sakit Jiwa.

Masalah keperawatan : Gangguan Proses Pikir

9. Isi Pikir

Saat pengkajian pasien mengatakan bahwa dirinya tidak disukai oleh anggota keluarganya karena memiliki penyakit jiwa.

Masalah keperawatan : Gangguan Proses Pikir

10. Tingkat Kesadaran

Saat pengkajian pasien sadar bahwa dirinya saat ini berada di Rumah Sakit Jiwa Menur karena mengamuk dan memukul seseorang. Pasien juga mampu menyebutkan waktu, tempat, tanggal dan nama orang yang dikenalnya.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Memori

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

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Saat pengkajian pasien dapat berhitung angka dengan tepat, pasien dapat menjawab soal pejumlahan dan pengurangan dengan benar dan pasien sangat berkonsentrasi dengan baik serta mudah diarahkan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13. Kemampuan Penilaian

Saat pengkajian pasien dapat menjawab dengan benar waktu diberikan pertanyaan “Seharusnya mandi dulu/ ganti baju dulu?”

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

14. Daya Tilik Diri

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

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi/ menyediakan kebutuhan

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

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

2. Kegiatan hidup sehari-hari

a. Perawatan diri

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

Jelaskan : Pasien mampu melakukan mandi, menyikat gigi, cuci rambut dan gunting kuku sendiri atau secara mandiri. Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa rambutnya dipotong oleh perawat yang ada di RSJ Menur. Saat observasi pasien membasuh wajah dan rambut dengan air sebelum bertemu perawat mahasiswa dan pasien juga mengenakan pakaian yang sesuai dengan rapi.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

b. Nutrisi

- | | |
|---|-------|
| 1) Apakah anda puas dengan pola makan anda? | Ya |
| 2) Apakah anda makan memisahkan diri? | Tidak |

Jelaskan : pasien merasa makanannya enak dan mengenyangkan

- 3) Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
- 4) Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
- 5) Nafsu makan meningkat, dengan BB tertinggi 72 kg BB terendah 69 kg
- 6) Diet khusus, pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : Pasien menghabiskan 1 porsi makannya dengan 3 kali sehari

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. Tidur

Hasil pengkajian saat ini tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. Saat tidur malam pasien mengatakan bahwa dirinya tidur jam 20.00 WIB sampai dengan jam 04.30 WIB. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 13.00 WIB sampai dengan 16.00 WIB. Pasien mengatakan bahwa sebelum tidur biasanya terlentang sambil menatap langit-langit di dinding, dan setelah bangun tidur pasien biasanya langsung mandi.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Kemampuan klien dalam pemenuhan ADL

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

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Klien memiliki sistem pendukung

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

Masalah keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif

5. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Pasien mengatakan bahwa dirinya dulu pernah bekerja selama 2 tahun di Saudi Arabia menjadi TKI dan setelah tidak bekerja di luar negeri pasien membantu usaha kakeknya jualan jamu untuk sapi. Namun pada saat ini pasien tidak memiliki pekerjaan dan pasien mengatakan hobinya hanya nongkrong di warung.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif

3.1.8 Mekanisme Koping

Pasien mengatakan sering minum alkohol dan merokok serta meminta uang kepada orang tuanya, saat diajak berbicara reaksinya lambat bahkan bisa berlebih dan pasien juga melampiaskan marahnya dengan memukul orang lain menggunakan tangan kosong.

Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif, Resiko Perilaku Kekerasan

3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

- a. Masalah dengan dukungan kelompok

Pasien dapat berinteraksi dengan sesama temannya kadang diselingi bergurau, saat di ruangan gelatik pasien cenderung duduk, jalan-jalan dan tidur.

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan

Pasien saat diruangan gelatik mau mengikuti instruksi petugas/ perawat

c. Masalah dengan Pendidikan

Pasien memiliki pendidikan terakhir SMP, karena malas untuk berpikir dan belajar lagi

d. Masalah dengan pekerjaan

Pasien pernah bekerja di Saudi Arabia selama 2 tahun dan membantu usaha kakeknya membuat jamu untuk sapi namun saat ini pasien tidak bekerja karna kondisinya yang membuat masyarakat tidak menerimanya.

e. Masalah dengan perumahan

Pasien mengatakan tinggal di Bangkalan Madura dengan orang tua dan keempat saudaranya. Namun pasien jarang keluar rumah karena malu dan takut mengamuk jika dikatain oleh masyarakat setempat

f. Masalah ekonomi

Pasien merasa malu karena dibiayai oleh kedua orang tuanya untuk memenuhi kehidupan sehari-harinya.

g. Masalah dengan pelayanan Kesehatan

Pasien mengatakan berobat dengan menggunakan BPJS

h. Masalah lainnya, spesifik tidak ada masalah

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah, Koping individu Tidak Efektif

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat pengkajian tentang penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tau. Pasien menyebutkan penyebab marahnya, pasien juga tau jika sakitnya tidak dikontrol akan membahayakan dirinya sendiri dan orang lain disekitarnya,

Masalah keperawatan : Defisit Pengetahuan

3.1.11 Data Lain-Lain

Hasil Laboratorium (14/11/2021)	
GDS	161 mg/dl
SGOT	31 u/l
SGPT	45 u/l
Creatinin	0,8 g/dl

1. Test Rapid Antigen hasil non reaktif
2. Foto Thorax Ap : Susp. Kp berkurang

Radiologis kemajuan terapi

3.1.12 Aspek Medis

Diagnosa Medik : Undifferentiated Schizophrenia

No.	Nama Obat	Dosis Obat	Indikasi Obat
1.	Trihexyphenidyl	2 mg (2 x 1)	Untuk mengatasi gejala ekstrapiramidal akibat efek samping obat tertentu, termasuk antipsikotik.
2.	Risperidone	3 mg (2 x 1)	Untuk penderita penyakit gangguan mental (Skizofrenia) akut,

			kronik dan juga dapat mengobati gangguan bipolar, gangguan kecemasan dan depresi.
3.	Clozapine	100 mg (1/2 x 1)	Untuk penanganan gejala-gejala psikotik, agresivitas dan gejala positif schizoprenia dengan dosis dititrasi naik hingga efek terapeutik tercapai.

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Koping Keluarga Tidak Efektif
3. Regimen Terapeutik Infektif
4. Sindrome Pasca Trauma
5. Harga Diri Rendah
6. Koping Individu Tidak Efektif
7. Halusinasi (Penglihatan)
8. Gangguan Proses Pikir
9. Defisit Pengetahuan
10. Kerusakan Komunikasi Verbal
11. Kerusakan Interaksi Sosial

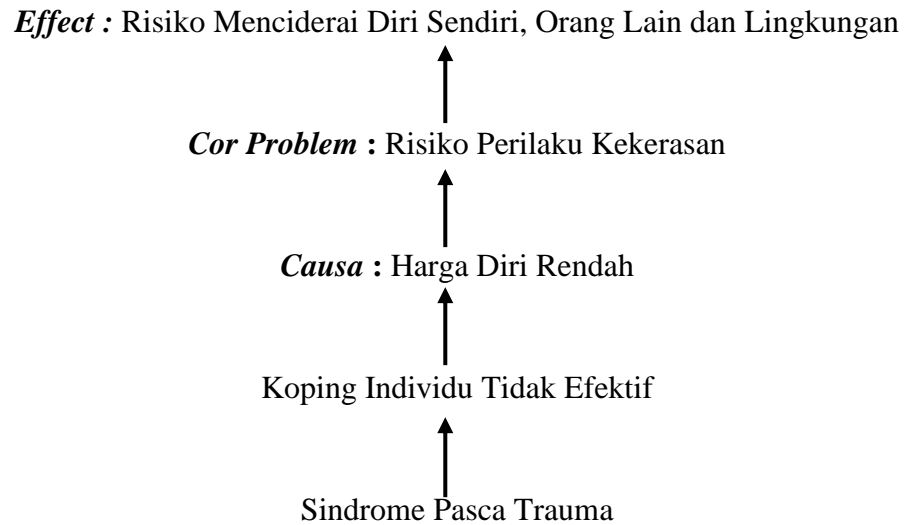
3.1.14 Daftar Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis utama keperawatan adalah **Risiko Perilaku Kekerasan**

Surabaya, Juli 2022

Nava Meisyah Purnama Adji

3.2 Pohon Masalah



Gambar 3.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. R

3.3 Analisa Data

1 Tabel 3.1 Analisa Data Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. R

No. RM : 04-XX-XX

Ruangan : Gelatik

Hari/ Tanggal	Analisa Data	Masalah	TT Perawat
Senin, 15/11/2021	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering mengamuk dengan memukul keluarga maupun orang lain dengan tangan kosong karena merasa direndahkan dan kebutuhannya tidak terpenuhi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya kontak mata - Pasien tampak tegang - Tatapan mata tajam dengan 	<p style="text-align: center;">Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146 Hal 312)</p>	NV

	<p>melotot</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nada bicara tinggi, suara keras - Pasien pernah bertengkar dengan teman satu ruangnya - Verbal melantur dan diulang secara berbelit-belit 		
<p>Senin, 15/11/2021</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan malu dengan kondisinya pasca memiliki penyakit jiwa sebab membuatnya ditinggal pergi oleh pacarnya - Pasien merasa dirinya menjadi beban keluarga bahkan tidak berguna dikarenakan tidak dapat bekerja lagi dan tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-harinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak menunduk saat menceritakan kondisinya - Pasien tampak pasrah dan bersuara lirih saat berbicara 	<p>Harga Diri Rendah (SDKI, D0087 Hal 194)</p>	<p>NV</p>
<p>Senin, 15/11/2021</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan perannya sebagai seorang laki-laki untuk bekerja karena penyakit jiwanya - Pasien mengatakan masyarakat 	<p>Koping Individu Tidak Efektif (SDKI, D.0096 Hal 210)</p>	<p>NV</p>

	<p>di wilayah rumahnya tidak dapat menerimanya sebab sudah memiliki riwayat penyakit jiwa</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan jarang berinteraksi dengan tetangga maupun temannya karena merasa minder dan takut di katain sehingga memicu amarahnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak murung dan datar- Pasien tampak sedih- Kontak mata berkurang		
--	--	--	--

3.4 Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Tn. R

Nama Mahasiswa : Nava Meisyah Purnama Adji

NRM : 04-XX-XX

institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Bangsal/ Tempat : Ruang Gelatik

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Rasional
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Tindakan Keperawatan	
1.	15/11/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengidentifikasi penyebab marah dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu 	SP 1 <ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. Identifikasi resiko perilaku kekerasan pasien. <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> - Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya - Dengan mengetahui penyebab, tanda dan

			<p>SP 1</p> <p><i>Kognitif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari 	<p>relaksasi, tarik nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 	<p>mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi - Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami - Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien <p>3. Melatih pasien dengan cara fisik 1: relaksasi tarik nafas</p>	<p>gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain untuk mengontrol dirinya dari emosi - Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan
--	--	--	---	--	--	--

			<p>tindakan yang dilakukan</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu : relaksasi, tarik nafas dalam <p><i>Afektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat. 		<p>dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat 	
--	--	--	---	--	--	--

			<p>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan perasaan sebelumnya dan sesudah latihan</p>			
2.	16/11/2021	<p>Resiko</p> <p>Perilaku</p> <p>Kekerasan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2</p> <p>SP 2</p> <p>Kognitif :</p> <p>1. Pasien mampu</p>	<p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur</p>	<p>SP 2</p> <p>1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan - Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala resiko 	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada

			<p>membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>Psikomotor :</p>	<p>3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <p>4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan akibat resiko perilaku kekerasan - Pasien mampu mempraktikkan cara fisik1 yaitu: relaksasi, tarik nafas dalam <p>2. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur</p> <p>3. Anjurkan pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>lingkungan sekitar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan
--	--	--	--	---	---	--

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu dan mau bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 2 yaitu : Pukul bantal/kasur <p><i>Afektif :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 			
--	--	--	---	--	--	--

			3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan			
3.	17/11/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara berbicara dengan baik SP 3 Kognitif : 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat	1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan	SP 3 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur 3. Latih pasien dengan verbal yang baik seperti : - Meminta dengan baik	- Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan

			<p>2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>Psikomotor :</p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu</p>	<p>baik</p> <p>3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <p>4. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menolak dengan baik - Mengungkapkan perasaan dengan baik <p>4. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian</p>	<p>tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	--	--	---	---	--------------------------------------

			<p>mengikuti dan mengendalikan marah dengan cara bicara yang baik (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)</p> <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan			
--	--	--	---	--	--	--

			yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan			
4.	18/11/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual SP 4 Kognitif : 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan	1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah 3. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan	SP 4 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya: pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 yaitu: berbicara dengan baik 2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan	- Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien untuk mengingat

			<p>perawat</p> <p>2. Pasien mampu memahami penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>Psikomotor :</p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</p>	<p>perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat</p> <p>4. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <p>5. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>6. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>berdoa dan beribadah, menganjurkan pasien sholat 5 waktu untuk meredakan rasa marahnya</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan ke dalam kegiatan harian</p>	<p>dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	--	--	--	---	---

			<p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah</p> <p><i>Afektif :</i></p> <p>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			perasaannya sebelum dan sesudah latihan			
5.	19/11/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual SP 5 Kognitif : 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami	1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat 3. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 4. Pasien mampu merasakan manfaat	SP 5 1. Evaluasi masalah dan latihan sebelumnya: pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan latihan cara spiritual beribadah (sholat 5 waktu dan berdoa) 2. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, mengajarkan pasien mengenal jenis	- Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Membantu pasien agar terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan marahnya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

			<p>penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p><i>Psikomotor :</i></p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan</p>	<p>dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>obat yang dikonsumsi dan menjelaskan efek samping obat</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</p>	
--	--	--	--	---	--	--

			<p>perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat</p> <p>Afektif :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan			
--	--	--	--	--	--	--

3.5 Implementasi & Evaluasi

Nama : Tn. R

NRM : 04-XX-XX

Ruangan : Gelatik

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD Perawat
Selasa, 16/11/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya Nava mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di ruangan gelatik ini, kalau boleh tau nama mas siapa?” Membantu pasien mengenal resiko perilaku kekerasan “Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang risiko perilaku kekerasan mas? Waktunya selama 30 menit saja mas” Membantu pasien mengungkapkan apa 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien menyebutkan namanya ialah mas R “Nama saya mas R mbak” Pasien mengatakan tiba-tiba kesal ingin marah jika teringat hal yang membuatnya sakit hati “Saya merasa ingin marah kadang-kadang mbak” Pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu resiko perilaku kekerasan “saya tidak tahu apa itu resiko perilaku kekerasan” 	NV

		<p>yang sedang dirasakan dan dialami</p> <p>“Apa yang mas R rasakan saat ini? Sudah berapa lama mas merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan mas R untuk mengatasinya?”</p> <p>4. Mengidentifikasi penyebab perasaan emosi pada pasien</p> <p>“Kalau boleh saya tau yang menyebabkan mas R bisa marah itu apa?”</p> <p>5. Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan</p> <p>“Saat mas R marah apa ada perasaan tegang, kesal bahkan mengepalkan tangan dan apakah mas R mondar-mandir seperti gelisah?”</p> <p>6. Mengidentifikasi akibat dari perilaku yang dilakukan pasien</p> <p>“Lalu apa ada tindakan saat mas R</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perasaan yang sedang dirasakan dan di alami saat ini “Saya masih kesal dan jengkel dengan orang tua karena tidak menuruti apa yang saya inginkan dan saya sakit hati terhadap pacar saya dulu karena meninggalkan saya sebab tidak bekerja dan memiliki penyakit jiwa” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias - Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat dan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) - Pasien mampu mengikuti dan mempratikkan tarik nafas dalam 	
--	--	--	--	--

		<p>sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang? Dan apa akibat dari tindakan yang mas R lakukan?”</p> <p>7. Membantu pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu: relaksasi, tarik nafas dalam “Baik sekarang saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas, jadi pertama mas R tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah ayo kita coba bersama-sama ya mas R?”</p> <p>8. Menganjurkan pasien untuk mencatat cara yang telah diajarkan ke dalam jadwal harian “Nah jangan lupa di catat dan di ingat ya</p>	<p>dengan bantuan perawat A : SP 1 teratasi P : Lanjutkan SP 2</p>	
--	--	---	--	--

		<p>mas R cara mengontrol marah yang pertama dan bisa latihan sendiri di dalam ruangan agar mas R dapat mengontrol marah. Besok saya kembali lagi ya untuk sesi latihan selanjutnya, selamat istirahat ya mas.”</p>		
<p>Rabu, 17/11/2021</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi mas R, masih ingat nama saya?” 2. Mengevaluasi kembali tindakan yang telah dilakukan yaitu SP 1 “Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas R marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 1 ya mas, Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?” 3. Membantu pasien untuk berlatih 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih ingat dengan perawat yang mengajarnya latihan mengatasi marah “saya ingat mbak yang kemarin kan namanya nava, hari ini mbak mau ngajarin saya apa lagi?” - Pasien mengatakan sudah bisa menerapkan cara fisik tarik nafas dalam “Saya sudah bisa menerapkan tarik nafas dalam seperti tarik 	<p>NV</p>

		<p>mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu: pukul bantal/ kasur</p> <p>“Kemarin kan mas R sudah cerita penyebab marahnya, nah sekarang saya akan mengajarkan cara fisik 2 untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan memukul bantal/ kasur saat mas R merasa kesal. Sekarang kita coba sama-sama ya mas R</p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya</p> <p>“Nah cara fisik 2 ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan kesal/ marah mas R muncul dan jangan lupa dimasukkan ke jadwal mas R sehari-hari ya. Kita bertemu kembali besok untuk melakukan cara fisik selanjutnya.”</p>	<p>nafas dari hidung lalu menghembuskan lewat mulut, begitu kan mbak?”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dapat menerapkan pukul bantal untuk latihan selanjutnya “saya bisa pukul bantal seperti saya sedang memukul orang lain kan mbak dengan tangan mengepal.” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif, dan antusias - Pasien berbicara masih dengan nada tinggi dan suara keras - Pasien masih terlihat mengulang-ulang pembicaraan - Pasien mampu menyebutkan kembali perasaan kesalnya dan beserta alasannya 	
--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur dan bantal dengan bantuan perawat <p>A : SP 2 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 3</p>	
Kamis, 18/11/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi mas R sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang kita bertemu lagi ya.” 2. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien dengan cara fisik yang telah dilakukan yaitu SP 2 “Bagaimana perasaan mas R sekarang? Apakah sudah latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur saat diruangan?” 3. Membantu pasien untuk berlatih 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perasaannya sedikit lebih lega saat pukul bantal “Perasaan saya lebih enteng saat melakukan cara fisik 2 dengan pukul bantal mbak.” - Pasien dapat menerapkan bicara verbal dengan baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik “saya mengerti dengan menggunakan nada yang halus saat berbicara dengan orang lain.” 	NV

		<p>mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 3 yaitu: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>“Sekarang kita akan latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah mas R ya, seperti meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara rendah dan tidak menggunakan kata-kata kasar, lalu menolak dengan baik dan cara mengatakan rasa tidak senang atau kesal dengan baik. Nah sekarang kita coba bersama-sama ya mas R”</p> <p>4. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya</p> <p>“Jangan lupa memasukkan dalam jadwal latihan mas sehari-hari ya dan bisa di coca saat berada di ruangan ataupun saat perasaan kesal itu muncul.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah jarang mengamuk “Sampai saat ini saya merasa lebih tenang dan marah sudah tidak muncul.” <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias - Pasien sudah mulai berbicara dengan nada yang biasa - Pasien masih mengulang-ulang pembicaraan - Pasien mampu menyebutkan kembali cara bicara verbal yang baik - Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan bicara verbal yang baik dengan bantuan perawat <p>A : SP 3 teratasi</p>	
--	--	--	---	--

			P : Lanjutkan SP 4 dan 5	
Jum'at. 19/11/2021	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>SP 4</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien “Selamat pagi mas R hari ini bertemu kembali ya dengan saya.”</p> <p>2. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien dengan cara fisik yang telah dilakukan yaitu SP 3 “Bagaimana perasaan mas R saat ini? Apakah sudah dilakukan cara fisik 3 yang saya ajarkan kemarin?”</p> <p>3. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan latihan cara 4 yaitu: berdoa dan beribadah “Baik saat ini saya akan mengajarkan latihan cara 4 untuk mengontrol perilaku kekerasan mas R dengan beribadah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan saat ingin marah langsung menerapkan cara fisik tarik nafas dalam, memukul bantal dan berbicara dengan baik “Saya biasanya menerapkan latihan fisik 1, 2, 3 yang mbak nava ajarkan untuk mengatasi rasa kesal jika muncul.” - Pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu “Saya selalu melaksanakan sholat 5 waktu tidak hanya di RSJ namun dirumah pun juga mbak.” - Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan marahnya terkontrol “Saya ingin segera dijemput keluarga saya karena saya sudah 	NV

		<p>dengan sholat 5 waktu dan berdoa.”</p> <p>4. Membantu pasien untuk berlatih mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan cara 5 yaitu: minum obat secara teratur</p> <p>“Untuk mengendalikan/ mengontrol perilaku kekerasan mas R harus rutin minum obat yang telah diberikan oleh perawat RSJ agar tidak terjadi kekambuhan.”</p> <p>“Mas R sudah dapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang diminum? Dan jam berapa saja mas R minum obat tersebut?”</p> <p>“Menurut mas R apa efek setelah minum obat itu?”</p> <p>5. Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan dalam jadwal hariannya</p> <p>“Nah seperti biasa masukkan pada jadwal</p>	<p>tidak marah-marah.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan rutin minum obat saat di RSJ <p>“Saya selalu minum obat yang diberikan perawat Rumah Sakit ini mbak pada siang dan malam hari.”</p> <p>“Ada 3 macam obat mbak yang saya minum”</p> <p>“Tapi saya selalu mengantuk dan lapar setelah minum obatnya mbak”</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien kooperatif dan antusias - Pasien terlihat minum obat secara teratur - Pasien terlihat sholat berjamaah dengan teman sekamarnya - pasien sudah dapat mengontrol 	
--	--	---	---	--

		<p>latihan mas R sehari-hari ya.”</p> <p>“Terimakasih atas kerjasamanya ya mas R, saya mau pamit karena pada hari ini praktik yang terakhir dan saya sudah tidak kesini kembali. Saya doakan mas R segera sembuh ya dan jangan lupa diterapkan semua yang telah saya ajarkan saat sudah pulang ke rumah.”</p>	<p>marahnya dengan baik menggunakan cara fisik yang diajarkan perawat</p> <p>A : SP 4 dan SP 5 teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan kegiatan harian dengan menerapkan cara fisik yang telah diajarkan sebelumnya dan masukkan jadwal harian 	
--	--	---	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur yang dilaksanakan mulai tanggal 15 November 2021 sampai dengan 19 November 2021. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Data yang di didapatkan pasien bernama Tn. R berjenis kelamin laki-laki berusia 26 tahun. Menurut penulis dengan melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Menurut penelitian (Wijayati et al., 2020) menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan pertama kali setelah membina hubungan saling percaya dengan pasien adalah membantu dan mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Perawat tak hanya mendorong pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang pasien miliki, namun juga mendorong dan membantu pasien untuk mengidentifikasi aspek positif yang

dimiliki oleh lingkungan serta keluarga. Pasien dengan didampingi keluarga dan bimbig oleh perawat bersama-sama membuat daftar aspek positif dan kemampuan yang dapat dilaksanakan saat itu juga meski dengan dukungan dan stimulus langsung dari keluarga. Dari data fakta dan teori penulis meyakini apa yang sudah disampaikan antara fakta dan teori terdapat kesamaan seperti mata melotot/pandangan tajam dan tegang berbicara dengan nada keras, kasar, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya dan mengamuk.

Pada pengkajian Tn. R di dapatkan riwayat dahulu yaitu pasien sudah tiga kali masuk di Rumah Sakit Jiwa Menur di mulai dari tahun 2019. Data subyektif pada pasien saat dikaji mengatakan dirinya sakit hati dan marah karena orang tuanya tidak memenuhi kebutuhannya, ditinggal kekasihnya karena mengetahui penyakit jiwanya juga tidak bekerja dan merasa direndahkan oleh masyarakat desanya. Ditunjukkan pada data obyektif saat di kaji pasien terlihat tegang, gelisah, mata melotot dan nada bicara keras.

Dalam tinjauan faktor predisposisi di dapatkan Riwayat gangguan jiwa di masa lalu sekitar 2 tahun dan pada 12 oktober 2021. Pengobatan yang dilakukan kurang berhasil karena pasien putus obat dengan alasan obatnya membuat ngantuk dan nafsu makan meningkat yang membuatnya gendut. Adapun pengalaman pasien yang tidak menyenangkan seperti menjadi pelaku penganiayaan saat pasien berumur 24 tahun dan pasien mengatakan sakit hati karena tidak memiliki pekerjaan serta ditinggalkan kekasihnya yang mengakibatkan pasien menjadi depresi.

Pada pengkajian konsep diri pada pasien didapatkan gambaran diri pasien menyukai anggota tubuhnya dan merasa bersyukur tidak ada kelainan lain. Pada peran dan harga diri pasien mengatakan malu terhadap dirinya karena sebagai laki-laki seharusnya bekerja mencari uang sendiri untuk memenuhi kebutuhannya tetapi pasien sadar bahwa tidak dapat bekerja karena keterbatasannya dirinya dengan penyakit jiwanya sekarang. Pada alam perasaan didapatkan pasien masih marah dan sakit hati terhadap keluarga, masyarakat maupun masa lalunya. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menegakkan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Jeklin, 2016) Diagnosa Keperawatan adalah respon individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar. Interpretasi dari data pengkajian yang digunakan untuk mengarahkan perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sesuai dengan pohon masalah diagnosa keperawatan utama yaitu Resiko Perilaku Kekerasan. Dibuktikan dengan pasien berbicara nada keras, mata melotot dan wajah tampak tegang. Faktor yang didapatkan pada pohon masalah resiko perilaku kekerasan yaitu *core problem* coping individu tidak efektif akan menimbulkan *Effetc* resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan kemudian *causa* atau etiologi dari resiko perilaku kekerasan adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah. Resiko perilaku kekerasan disebabkan keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan baik fisik, verbal, emosional atau seksual.

4.3 Rencana Keperawatan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) strategi ini bertujuan untuk pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, yaitu:

1. SP 1

Melatih pasien cara fisik 1 yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam

2. SP 2

Melatih pasien cara fisik 2 yaitu dengan pukul bantal/kasur

3. SP 3

Melatih pasien cara fisik 3 yaitu dengan bicara verbal yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik.

4. SP 4

Melatih pasien cara mengontrol yaitu dengan spiritual seperti berdoa dan beribadah.

5. SP 5

Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratur minum obat.

4.4 Tindakan Keperawatan

Pada tinjauan teori implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke

status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Jeklin, 2016).

Pada implementasi keperawatan penulis memberikan 5 SP pada pasien yaitu SP 1 melakukan latihan cara fisik 1 yaitu teknik relaksasi nafas dalam, SP 2 melakukan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur, SP 3 melakukan latihan cara mengontrol dengan latihan untuk bicara verbal dengan baik seperti mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik, dan menolak dengan baik, SD 4 melakukan cara mengontrol dengan spiritual seperti beribadah dan berdoa, dan SP 5 mengontrol dengan minum obat secara teratur. Penulis mampu untuk melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R yang dimulai pada tanggal 15 November 2021 selama 5 hari sampai dengan 19 November 2021 menggunakan 5 SP.

4.5 Evaluasi

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana kami dapat mengetahui kondisi pasien dan mengetahui masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan lima hari di Rumah Sakit Jiwa Menur. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap rencana keperawatan yang telah dilakukan.

Pada tanggal 15 November 2021 penulis melakukan bina hubungan saling percaya sebelum memberikan tindakan keperawatan, pada hari pertama penulis mengkaji tanda dan gejala, mengetahui kemampuan pasien, menjelaskan pengertian resiko perilaku kekerasan, melatih kegiatan sesuai kemampuan dan menilai kemampuan yang telah dilakukan. Pada hari kedua menerapkan cara fisik

pertama yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Pada hari ketiga mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan sebelumnya lalu mengajarkan cara fisik kedua dengan pukul bantal/ kasur. Pada hari keempat penulis mengajarkan cara mengontrol marah ketiga dengan komunikasi verbal dengan baik. Pada hari kelima mengajarkan pasien cara mengontrol dengan spiritual seperti beribadah dan berdoa lalu selanjutnya mengajarkan pasien mengontrol dengan minum obat secara teratur. Pasien mampu dan mau melakukan latihan yang telah diberikan hingga memasukkan ke dalam jadwal hariannya agar dapat mengontrol marah.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Resiko Perilaku Kekerasan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di masyarakat.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil kasus yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pasien resiko perilaku kekerasan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn. R dengan diagnosa Skizofrenia didapatkan kesimpulan bahwa pasien sudah lebih tenang dan tidak mengamuk dari pada pertama dia berada di RSJ Menur ruang Gelatik pada 15 November 2021.

Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn. R dengan diagnosa medis Skizofrenia didapatkan sembilan permasalahan yaitu: Resiko Perilaku Kekerasan, Koping Keluarga Tidak Efektif, Regimen Terapeutik Infektif, Sindrome Pasca Trauma, Harga Diri Rendah, Koping Individu Tidak Efektif, Halusinasi (Penglihatan), Gangguan Proses Pikir dan Defisit Pengetahuan

Keterlibatan pasien dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan pasien.

Intervensi yang diberikan pada Tn. R yaitu strategi penatalaksanaan SP 1-5. SP1 mengajarkan cara fisik 1: teknik relaksasi nafas dalam, SP2 mengajarkan cara fisik 2: dengan memukul bantal/kasur, SP3 mengajarkan cara komunikasi verbal dengan baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik, SP 4 mengajarkan cara kontrol marah dengan spiritual seperti: beribadah (sholat) dan berdoa, SP 5 mengajarkan cara kontrol marah dengan minum obat secara teratur.

Tindakan keperawatan pada Tn. R dilakukan mulai tanggal 16 November 2021 sampai 19 November 2021 dengan menggunakan rencana yang dibuat 4 hari tersebut pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasannya.

Evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan adalah pasien sudah dapat percaya hubungan saling percaya, pasien sudah dapat mengetahui kemampuan dan dapat menilai kemampuan yang dimiliki selama ini. Terapi dan pengobatan secara farmakologis sangatlah penting sebagai pendamping dalam mengatasi masalah utama yang menjadi penyebab perilaku kekerasan dan hanya dapat dilakukan oleh profesi perawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut,

Dilakukan pendokumentasian dengan tindakan keperawatan menggunakan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan Tn. R, yang dilaksanakan mulai 15 November 2021.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan ketrampila, menambah pengetahuan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dan diharapkan agar mahasiswa peneliti selanjutkan dapat memahami komunikasi terapeutik. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utaman dengan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Afconneri, Y., & Puspita, W. G. (2020). Faktor-Faktor Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(3), 273–278.
- Afnuhazi. (2015). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa. In Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Gosyen Publishing..
- Anisa, D. L., Budi, A. S., & Suyanta, S. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa: Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jendela Nursing Journal*, 5(2), 106–110. <https://doi.org/10.31983/jnj.v5i2.7578>
- Budi Anna Keliat, P. D., S. Hamid, P. A. Y., & Eka Putri, Y. S. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (P. D. Budi Anna Keliat (ed.); 1st ed.). Buku Kedokteran EGC.
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (2018). Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, 16(2), 210–232.
- Jeklin, A. (2016). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan*. July, 1–23.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Riset Kesehatan Dasar, Riskesdas. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Rencana Aksi Kegiatan 2020 - 2024. *Ditjen P2P Kemenkes*, 29. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-401733-4tahunan-440.pdf>
- Martini, S., Endriyani, S., Dwi, N., & Hadita, P. (2020). <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/index>. 92–98.
- Maula, A., & Aktifah, N. (2021). Literature Review: Gambaran Penerapan Terapi Assertiveness Training Terhadap Penurunan Resiko Perilaku Kekerasan Klien Skizofrenia. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*, 1, 1314–1322. <https://doi.org/10.48144/prosiding.v1i.830>
- Maulana, I., Hernawati, T., & Shalahuddin, I. (2021). Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap penurunan tingkat halusinasi pada pasien skizofrenia: literature review. *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Pasien Skizofrenia: Literature Review*, 9(1), 153–160.
- Pardede & Hulu. (2019). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980..>
- Pelaksanaan, S., & Studi, S. P. (2019). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa*

Pada Tn . D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Melalui.

- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. Retrieved from http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_20%0A18/Hasil Riskesdas 2018.pdf..
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (9ed.). Missouri: Mosby, Inc.
- Vahurina, J., & Rahayu, D. A. (2021). *Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan Dengan Menggunakan Terapi Musik Instrumental Piano Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.*
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Harga Diri Rendah Pasien Gangguan Jiwa. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 12(2), 224–235. <https://doi.org/10.36990/hijp.v12i2.234>
- Winranto, asmadi. (2021). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia.* 1–47. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/jukta>
- Yusuf, A.H & R. & N. (2015). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa.*
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

Lampiran 1*Curriculum Vitae*

Nama : Nava Meisyah Purnama Adji
Tempat, Tanggal Lahir : Kediri, 16 Mei 1999
Alamat : Jl. Batu Safir Biru EE/ 01 (Kota Baru Driyorejo)
Gresik
Agama : Islam
No. Telp : 0895336733787
Email : meisyahnava@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| 1. TK Hang Tuah 7 Surabaya | Lulus Tahun 2005 |
| 2. SD Hang Tuah 7 Surabaya | Lulus Tahun 2011 |
| 3. SMP Negeri 28 Surabaya | Lulus Tahun 2014 |
| 4. SMA Hang Tuah 4 Surabaya | Lulus Tahun 2017 |
| 5. S-1 STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun 2021 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmu lah engkau berharap.”

(QS. Al-Insyirah, 6-8)

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada Allah SWT atas nikmat dan rahmat-Nya untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan baik.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya, yang selalu mensupport saya, yang tak ada hentinya mendoakan saya setiap waktu, serta kasih sayang yang telah diberikan kepada saya begitu besar hingga saya bisa sampai disini, menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada Dosen pembimbing Ibu Dyas Sustrami yang telah membimbing saya, memberikan semangat, kritik dan saran dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
4. Terima kasih kepada adek Firda selalu memberikan dukungan dan motivasi untuk mengerjakan karya ilmiah akhir ini.
5. Terima kasih kepada bestieku yang selalu memberikan semangat, menghibur, saling menguatkan dan saling membantu satu sama lain.

6. Terima kasih kepada teman-teman satu kelompok proposal ini yang saling bertukar pendapat dan saling mengingatkan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Terima kasih kepada teman Profesi Ners yang telah memberi semangat untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
8. Terima kasih kepada teman-teman Prodi S-1 Kumara 23 yang telah memberikan support dan motivasi untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 1

Pertemuan : Ke-1

Hari/ Tanggal : Senin, 15 November 2021

Nama Pasien (Inisial) : Tn. R

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara
- c. Pasien mampu menjawab semua pertanyaan saat wawancara.

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum

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

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- b. Pasien mampu mengenali penyebab, tanda dan gejala serta akibat saat marahnya muncul
- c. Pasien dapat mengetahui cara mencegah dan mengontrol perilaku kekerasannya

d. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 1, relaksasi tarik nafas dalam

5. Tindakan Keperawatan

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

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi mas?”, Perkenalkan saya perawat Nava, saya perawat yang bertugas di ruang Gelatik ini. Nama mas siapa ya kalau boleh saya tau? Dan mas senang dipanggil apa”. Baik, saya panggil mas R saja ya.”

b. Evaluasi/ Validasi

“Apa yang mas R rasakan hari ini?” “Sudah berapa lama mas merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan mas R untuk mengatasinya?”

“Kalau boleh saya tau yang menyebabkan mas R marah itu apa?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang resiko perilaku kekerasan mas? Waktunya hanya 30 menit saja mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Nava : “Apa yang menyebabkan mas R bisa marah, coba bisa di ceritakan apa yang dirasakan mas R saat marah?”

Perawat Nava : “Saat mas R marah apa ada perasaan tegang, kesal bahkan mengepalkan tangan dan apakah mas R sambil mondar-mandir seperti gelisah?”

Perawat Nava : “Lalu apa tindakan mas R saat sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang?”

Perawat Nava : “Lalu apakah mas R setelah melakukan tindakan tadi masalah yang di alami selesai? Dan apa akibat dari tindakan yang mas lakukan dirumah?”

Perawat Nava : “Kalau boleh tau sebelumnya mas sudah pernah masuk ke rumah sakit jiwa menur ini atau barusan ini ya?”

Perawat Nava : “Oh seperti itu ya mas, baik sekarang saya akan mengajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya mas. Nah caranya seperti ini mas “jadi yang pertanma mas R tarik nafas panjang perlahan dari hidung, llau tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan”.

Perawat Nava : “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama. Ya benar seperti itu, sekarang di coba sendiri.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

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

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas R jelaskan kembali penyebab mas R bisa marah?”

“Kalau perasaan marah muncul, apa yang mas R harus lakukan? Coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.”

c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaiman kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/ kasur ya mas R”

“Dimana kita bisa mengobrol kembali besok mas?” “Baik kita bertemu kembali besok ya disini pukul 09.00 WIB.”

Lampiran 4

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 2

Pertemuan : Ke-2

Hari/ Tanggal : Selasa, 16 November 2021

Nama Pasien (Inisial) : Tn. R

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya dan mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 2 : Pukul bantal/ kasur

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik 1 yang telah diajarkan
- c. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marahnya
- d. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara fisik 2, pukul bantal/ kasur

5. Tindakan Keperawatan

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

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi mas R, masih ingat nama saya kan?” “Ya benar saya Nava.”

b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas R marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 1 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara fisik kedua.”
 “Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Nava : “Kemarin mas R kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 yaitu relaksasi nafas dalam. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 ya mas”

Perawat Nava : “Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan mas R marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar dan mata melotot selain relaksasi nafas dalam, Mas R juga dapat melampiaskannya dengan memukul bantal atau kasur “

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

Perawat Nava : “Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah mas R muncul. Jangan lupa untuk merapikan kembali tempat tidurnya dan memasukkan latihan ini ke jadwal harian mas ya.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan mas R setelah melakukan latihan cara fisik 2 tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihan cara fisik untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali mas R sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.”

c. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang mas R sudah bisa ya menerapkan cara fisik 1 dan 2 yang telah diajarkan“ Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.” “Untuk selanjutnya apakah mas R mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.”

d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara 3 yaitu mengungkapkan marah dengan verbal yang baik ya mas R”

“Disini ya kita bisa mengobrol kembali besok mas?” “Baik kita bertemu kembali besok pada pukul 09.00 WIB.”

Lampiran 5

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 3

Pertemuan : Ke-3

Hari/ Tanggal : Rabu, 17 November 2021

Nama Pasien (Inisial) : Tn. R

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 3 yaitu menggunakan verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- b. Pasien mampu mengontrol marah dengan latihan yang telah diajarkan
- c. Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marahnya
- d. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 3 dengan mengungkapkan verbal yang baik

5. Tindakan Keperawatan

SP 3 : Membantu pasien latihan cara 3 yaitu menggunakan verbal yang baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik.

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi mas R, masih ingat dengan saya kan?”

b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas R marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 2 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara katiga.”

“Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Nava : “Kemarin mas R kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 3 yaitu mengungkapkan verbal dengan baik”

Perawat Nava : “Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan mas R marah dan muncul perasaan kesal atau mengejek mas R, Mas R juga dapat

melampiaskannya dengan cara membalas verbal yang baik seperti tidak berkata kasar atau berteriak, meminta tolong dengan baik, menolak dengan perkataan yang sopan dan mengungkapkan marah dengan baik“

Perawat Nava : “Nah sekarang ayo coba kita latihan bersama-sama bagaimana berbicara dengan baik ya mas R” “Nah benar seperti itu mas R dengan nada rendah dan tidak tegang.”

Perawat Nava : “Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah mas R muncul. Jangan lupa untuk memasukkan latihan ini ke jadwal harian mas ya.”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan mas R setelah melakukan latihan cara 3 tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihan cara fisik untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali mas R sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.”

c. Rencana Tindak Lanjut

“Sekarang mas R sudah bisa ya menerapkan cara fisik 1, 2 dan 3 yang telah diajarkan “ Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.”

d. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baik, bagaiman kalau besok kita mengobrol lagi tentang mengatasi marah dengan cara 4 dan 5 yaitu spiritual dan obat”

“Disini ya kita bisa mengobrol kembali besok mas?” “Baik kita bertemu kembali besok pada pukul 09.00 WIB.

Lampiran 6

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 4

Pertemuan : Ke-4

Hari/ Tanggal : Kamis, 17 November 2021

Nama Pasien (Inisial) : Tn. R

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 4 yaitu dengan spiritual:
beribadah dan berdoa

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien mampu mengontrol dan mengendalikan marahnya secara spiritual
- b. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 4 secara spiritual

5. Tindakan Keperawatan

SP 4 : Membantu pasien latihan cara 4 yaitu dengan spiritual : beribadah
(sholat 5 waktu) dan berdoa

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“Selamat pagi mas R, masih ingat nama saya kan?” “Betul mas saya Nava”.

b. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas R marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 3 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara 4.” “Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

2. Fase Kerja

Perawat Nava : “Kemarin mas R kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 3 yaitu dengan mengungkapkan verbal dengan baik. Nah sekarang kita akan belajar latihan cara 4 yaitu dengan cara spiritual ya mas”

Perawat Nava : “Nah jadi gini mas, ada acara lainnya untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara spiritual: beribadah dan berdoa. “Apakah mas R beribadah dengan sholat 5 waktu?” “Coba mas sebutkan pukul berapa saja sholat 5 waktu dilakukan?”

Perawat Nava : “Bagus mas jika sudah diterapkan dalam kegiatan harian mas R.”

Perawat Nava : “Jika perasaan mas R sedang tidak baik, coba untuk menerapkan latihan secara spiritual yaitu sholat dan berdoa ya”.

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan mas R setelah melakukan latihan secara spiritual yaitu dengan sholat dan berdoa?”

“Coba mas sebutkan kembali cara spiritual yang dapat dilakukan untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali mas R jawabannya sudah benar, setelah ini coba mas R lakukan sholat sesuai jamnya ya.”

b. Evaluasi Obyektif

“Sekarang mas R sudah bisa ya menerapkan latihan secara spiritual yang telah diajarkan “Pasien terlihat sholat dhuhur berjama’ah dengan teman diruangannya.”

Lampiran 7**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN 5**

Pertemuan : Ke-5

Hari/ Tanggal : Jum'at, 19 November 2021

Nama Pasien (Inisial) : Tn. R

Ruangan : Gelatik

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Pasien

- a. Pasien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai
- b. Pasien terlihat tenang, kooperatif, ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Umum

Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 5 yaitu minum obat secara teratur

4. Tujuan Khusus

- a. Pasien dapat mencegah/ mengendalikan perilaku kekerasannya dengan terapi psikofarmaka
- b. Pasien mampu mendemonstrasikan latihan cara 5 minum obat secara teratur dengan prinsip 5T (tepat pasien, tepat nama obat, tepat cara minum obat, tepat waktu minum obat dan tepat dosis obat) disertai penjelasan guna minum obat dan akibat berhenti minum obat.

5. Tindakan Keperawatan

SP 5 : Membantu pasien latihan cara 5 yaitu dengan minum obat secara teratur dengan prinsip 5T (tepat pasien, tepat nama obat, tepat cara minum obat, tepat waktu minum obat dan tepat dosis obat) disertai penjelasan guna minum obat dan akibat berhenti minum obat.

B. Strategi Komunikasi

4. Fase Orientasi

d. Salam Terapeutik

“Selamat pagi mas R, masih ingat nama saya kan?”

e. Evaluasi/ Validasi

“Bagaimana perasaan mas saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas R marah? Kemarin kan kita sudah latihan secara spiritual ya. Apakah sudah dicoba dalam kegiatan sehari-hari saat berada di ruangan?”

f. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini kita akan belajar cara mengontrol/ mencegah perilaku kekerasan dengan latihan cara 5 minum obat secara teratur.” “Waktunya hanya 30 menit saja ya mas.”

5. Fase Kerja

Perawat Nava : “Kemarin mas R kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1, 2, 3 dan 4 yaitu dengan tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur, mengungkapkan verbal dengan baik dan mengontrol secara spiritual. Nah apakah latihan tersebut sudah diteraokan secara rutin di ruangan mas R?”

Perawat Nava : “Mas R sudah dapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang diminum? Dan jam berapa saja mas R minum obat tersebut?”

“Menurut mas R apa efek setelah minum obat itu?”

Perawat Nava : “Bagus mas jika sudah minum obat secara teratur” “Harus rutin minum obatnya ya jangan sampai putus obat agar tidak terjadi kekambuhan”

Perawat Nava : “Jika mas dapat menerapkan 5 cara yang telah saya ajarkan, insyaallah akan segera sembuh dan bisa pulang kerumah.”

Perawat Nava : “Terimakasih atas kerjasamanya ya mas R, saya mau pamit karena hari ini praktik yang terakhir dan saya sudah tidak kesini kembali. Saya doakan semoga mas R segera sembuh dan jangan lupa diterapkan semua latihan yang sudah saya ajarkan saat sudah pulang ke rumah jika tanda marah muncul ya.”

6. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan mas R setelah melakukan cara pengendalian perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur tadi?”

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali apa saja latihan cara untuk mengontrol marah?” Nah bagus sekali mas R sudah melakukan latihan yang telah diberikan dengan benar.”

“Sekarang mas R sudah bisa ya menerapkan 5 cara fisik yang telah diajarkan “ Kalau perasaan marah muncul coba mas pratikkan lagi yang sudah saya ajarkan tadi.”

Lampiran 8

ANALISA PROSES INTERAKSI 1

Nama Klien : Tn. R

Nama Mahasiswa : Nava Meisyah Purnama Adji

Usia : 26 Tahun

Tanggal Pengkajian : 16 November 2021/ Pukul 09.00 WIB

Jenis Kelamin : Laki-laki

Interaksi : Pertemuan hari ke 2 (SP 1)

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
P : Selamat pagi pak K : Selamat pagi mbak P : Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya	P : Tersenyum, duduk disamping klien K : Menatap kearah perawat. P : Tetap tersenyum	Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat menfokuskan	Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam	Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi

<p>Nava mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di Ruang Gelatik ini, kalau boleh tau nama mas siapa?</p> <p>K : Nama saya R mbak</p> <p>P : Bapak senang dipanggil apa?</p> <p>K : Mas R saja mbak</p> <p>P: Baik mas R, bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang resiko perilaku kekerasan mas?</p>	<p>K : Dengan kontak mata dan tegang</p> <p>P : Duduk disamping klien dengan tersenyum</p> <p>K : Menjawab dengan ekspresi tegang</p> <p>P : Bertanya dan tersenyum pada klien</p>	<p>topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap</p> <p>Perawat mempertahankan sikap dan menawarkan kenyamanan klien</p> <p>Perawat memastikan latihan yang dilakukan diterapkan klien</p> <p>Perawat ingin menggali penyebab, tanda dan</p>	<p>Klien bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi</p> <p>Klien menyampaikan sikap dan perasaannya</p> <p>Klien memperhatikan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan</p> <p>Klien memperhatikan saat perawat menjelaskan</p> <p>Klien mengutarakan perasaan yang</p>	<p>Memberikan kesempatan kepada klien dengan pertanyaan terbuka untuk menceritakan keadaannya</p> <p>Memberikan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilakukan klien</p> <p>Mendemonstrasikan kegiatan agar klien mudah untuk mengingat</p>
---	--	---	--	--

Waktunya selama 30 menit saja mas		gejala, akibat perilaku kekerasan klien	membuatnya marah	dan mempratikkannya di ruangan maupun di rumah
K : Iya mbak boleh	K : Menjawab dengan wajah datar	Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya	Klien menunjukkan sikap bingung seolah tidak mengetahui akibat marahnya muncul	Klien mampu melakukan cara fisik 1 dengan relaksasi tarik nafas dalam
P : Mas mau ngobrol dimana?	P : Bertanya dan tersenyum pada klien	Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara fisik 1	Klien menunjukkan sikap tegang wajah datar, mata melotot, dan suara keras	Memvalidasi perasaan klien setelah dilakukan diskusi
K : Duduk disini saja mbak	K : Menjawab dengan wajah datar	Perawat memperagakan cara perelaksasi tarik	Klien memperhatikan perawat dengan baik	Memberikan pujian atas
P : Apa mas R mengetahui resiko perilaku kekerasan?	P : Bertanya dengan suara yang jelas dan tersenyum			
K : Gatau mbak	K : Menjawab dengan tegas			
P : Baik mas, resiko perilaku kekerasan yaitu	P : Menjelaskan dengan tenang dan jelas serta			

<p>luapan marah atau amuk yang mas keluarkan dan lakukan. Apa yang mas R rasakan saat ini?</p> <p>K : Oh.. iya mbak saya merasa ingin marah kadang-kadang mbak</p> <p>P : Apa yang menyebabkan mas R marah?</p> <p>K : Saya masih kesal dan jengkel dengan orang tua karena tidak menuruti apa yang saya inginkan dan saya sakit hati terhadap pacar saya dulu</p>	<p>menggali pengalaman klien</p> <p>K : Menjawab dengan suara yang keras dan wajah tegang</p> <p>P : Bertanya dengan nada pelan dan tersenyum</p> <p>K : Menjawab dengan ekspresi tegang, mata melotot dan suara yang keras</p>	<p>nafas dalam</p> <p>Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien</p> <p>Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar</p> <p>Perawat menawarkan pertemuan selanjutnya dan membuat jadwal</p>	<p>Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 1 yang telah diajarkan perawat</p> <p>Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat</p> <p>Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat</p> <p>Klien menjelaskan</p>	<p>kemampuan klien dalam menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan</p> <p>Salam penutup</p> <p>memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>
--	---	---	--	--

<p>karena meninggalkan saya sebab tidak bekerja dan memiliki penyakit jiwa</p> <p>P : Saat mas R marah apa ada perasaan tegang, kesal bahkan mengepalkan tangan dan mondar-mandir seperti gelisah?</p> <p>K : Saya mengepalkan tangan dan mondar-mandir karena jengkel</p> <p>P : Lalu apa ada tindakan saat mas R sedang marah seperti memukul,</p>	<p>P : Bertanya dengan jelas dan tersenyum memerhatikan klien</p> <p>K : Dengan ekspresi tegang dan nada suara tinggi</p> <p>P : Bertanya dengan serius dan tersenyum memerhatikan klien</p>	<p>kegiatan untuk klien</p> <p>Perawat mengontrak waktu untuk melakukan latihan cara fisik ke 2</p> <p>Perawat mengakhiri dengan sikap ramah</p>	<p>kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat</p> <p>Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya</p> <p>Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari</p>	
--	--	--	---	--

<p>menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang? Dan apa akibat dari tindakan yang mas R lakukan</p> <p>K : Saya mengamuk dengan memukul orang lain bahkan adik saya mbak, saya teriak-teriak dan membanting barang juga mbak. Ya membuat orang lain terluka sebab saya pukul mbak</p> <p>P : Baik mas R kalau begitu saya akan mengajarkan cara mengontrol marah</p>	<p>K : Menjelaskan dengan kesal dan mengepalkan kedua tangan, mata melotot serta nada bicara keras</p> <p>P : Tersenyum dan memperhatikan pasien</p>		<p>Klien merespon perawat dengan baik</p> <p>Klien menyetujui pertemuan selanjutnya untuk latihan fisik cara ke 2</p>	
--	--	--	---	--

<p>dengan latihan fisik 1 ya mas, jadi pertama mas R tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah ayo kita coba bersama-sama ya mas R?</p>				
<p>K : Iya mbak, saya coba tarik nafas dari hidung lalu dihembuskan lewat mulut begitu kan mbak?</p>	<p>K : Mempraktikkan apa yang telah dicontohkan dengan benar</p>			
<p>P : Baik mas R, benar sekali ya cara fisik 1</p>	<p>P : Memberikan apresiasi dengan memuji klien</p>			

<p>yang sudah dilakukan dan sesuai yang saya ajarkan</p> <p>K : Iya mbak</p> <p>P : Jangan lupa masukkan ke dalam jadwal harian mas R ya untuk diterapkan jika marah muncul</p> <p>K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya</p> <p>P : Bagaimana perasaan mas R setelah berbincang-bincang dengan saya?</p>	<p>K : Tersenyum</p> <p>P : Mengingat dengan baik</p> <p>K : Menjawab dengan tenang dan tersenyum</p> <p>P : Bertanya dengan senyuman</p>			
---	---	--	--	--

<p>K : Sangat senang mbak karena mau mendengar cerita saya dan mengajarkan cara mengontrol marah</p>	<p>K : Tersenyum dan bernafas lega</p>			
<p>P : Baik mas R, kalau begitu kita berbincang kembali besok ya dan belajar untuk cara fisik 2</p>	<p>P : Menjawab dengan baik dan memberi penawaran untuk latihan selanjutnya</p>			
<p>K : Siap mbak, besok jam berapa ya?</p>	<p>K : Antusias dan tersenyum</p>			
<p>P : Kita bertemu disini lagi ya mas pada pukul 09.00 WIB</p>	<p>P : Menjawab dengan tersenyum</p>			
<p>K : Iya mbak</p>	<p>K : Tersenyum</p>			

Lampiran 9

ANALISA PROSES INTERAKSI 2

Nama Klien : Tn. R

Nama Mahasiswa : Nava Meisyah Purnama Adji

Usia : 26 Tahun

Tanggal Pengkajian : 17 November 2021/ Pukul 09.00 WIB

Jenis Kelamin : Laki-laki

Interaksi : Pertemuan hari ke 3 (SP 2)

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
P : Selamat pagi mas, masih ingat dengan saya kan? K : Selamat pagi mbak, iya masih mbak Nava	P : Tersenyum, duduk disamping klien K : Menatap kearah perawat.	Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat menfokuskan	Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam	Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi

<p>kan?</p> <p>P : Bagaimana perasaan mas R saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas R marah? Kemarin kan kita sudah latihan cara fisik 1 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?</p> <p>K : Tidak ada mbak, saya sudah merasa lebih tenang dengan melakukan cara fisik nafas dalam</p> <p>P: Baik mas R, seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa pagi ini</p>	<p>P : Tetap tersenyum</p> <p>K : Dengan kontak mata dan tenang</p> <p>P : Mengajak klien untuk demonstrasi cara fisik 2 dan tersenyum pada klien</p>	<p>topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap</p> <p>Perawat mempertahankan sikap dan menawarkan kenyamanan klien</p> <p>Perawat memastikan latihan yang dilakukan diterapkan klien</p> <p>Perawat ingin menggali penyebab, tanda dan</p>	<p>Klien bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi</p> <p>Klien menyampaikan sikap dan perasaannya</p> <p>Klien memperhatikan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan</p> <p>Klien memperhatikan saat perawat menjelaskan</p> <p>Klien mengutarakan</p>	<p>Memberikan kesempatan kepada klien dengan pertanyaan terbuka untuk menceritakan keadaannya</p> <p>Memberikan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilakukan klien</p> <p>Mendemonstrasikan kegiatan agar klien mudah untuk mengingat</p>
---	---	---	--	--

<p>kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara fisik 2. Waktunya selama 30 menit saja mas</p> <p>K : Iya mbak boleh</p> <p>P : Kita duduk disini ya sambil belajar cara fisik selanjutnya ya mas R</p> <p>K : Ya mbak duduk disini saja</p> <p>P : Kemarin mas R kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku</p>	<p>K : Menjawab dengan suara keras</p> <p>P : Tersenyum pada klien</p> <p>K : Menjawab dengan tegas</p> <p>P : Mengevaluasi tindakan sebelumnya dan ajak klien untuk lakukan cara fisik selanjutnya</p>	<p>gejala, akibat perilaku kekerasan klien</p> <p>Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya</p> <p>Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara fisik 2</p> <p>Perawat memperagakan cara pukul bantal/ kasur</p>	<p>perasaan yang membuatnya marah</p> <p>Klien menunjukkan sikap bingung seolah tidak mengetahui akibat marahnya muncul</p> <p>Klien menunjukkan sikap tenang, suara keras dan adanya kontak mata</p> <p>Klien memperhatikan perawat dengan baik</p>	<p>dan mempratikkannya di ruangan maupun di rumah</p> <p>Klien mampu melakukan cara fisik 2 dengan pukul bantal dan kasur</p> <p>Memvalidasi perasaan klien setelah dilakukan diskusi</p> <p>Memberikan pujian atas kemampuan klien dalam</p>
---	---	--	--	---

<p>kekerasan dengan latihan fisik 1 yaitu relaksasi nafas dalam. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 ya mas</p> <p>K : Iya mbak siap</p> <p>P : Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan mas R marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar dan mata melotot selain relaksasi nafas</p>	<p>K : Menjawab dengan suara yang keras</p> <p>P : Bertanya dengan nada pelan dan tersenyum</p>	<p>Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien</p> <p>Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar</p> <p>Perawat menawarkan pertemuan selanjutnya dan membuat jadwal kegiatan untuk klien</p>	<p>Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 2 yang telah diajarkan perawat</p> <p>Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat</p> <p>Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat</p>	<p>menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan</p> <p>Salam penutup</p> <p>memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>
---	---	---	---	--

<p>dalam, Mas R juga dapat melampiaskannya dengan memukul bantal atau kasur</p> <p>K : Oala jadi begitu mbak</p> <p>P : Nah sekarang ayo coba kita latihan bersama-sama memukul bantal dan kasur, dimana tempat tidur mas R</p> <p>K : Iya mbak ada di sebelah sana</p> <p>P : Nah, benar seperti itu mas. Jika perasaan marah</p>	<p>K : Klien terlihat antusias dan memahami</p> <p>P : Mengajak klien untuk latihan cara fisik</p> <p>K : Klien menunjukkan tempat tidurnya</p> <p>P : BMemberikan apresiasi untuk latihan</p>	<p>Perawat mengontrak waktu untuk melakukan latihan cara fisik ke 3</p> <p>Perawat mengakhiri dengan sikap ramah</p>	<p>Klien menjelaskan kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat</p> <p>Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya</p> <p>Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari</p>	
--	--	--	---	--

<p>mas R muncul sampai ingin memecahkan barang atau memukul orang, mas R harus cepat-cepat mencari bantal/kasur dan melampiaskan dengan cara memukulnya</p> <p>K : Iya mbak, nanti kalau saya merasa ingin marah akan melampiaskan dengan cara pukul bantal/ kasur</p> <p>P : Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah mas R muncul. Jangan lupa</p>	<p>yang dilakukan klien dengan benar</p> <p>K : Klien memahami dan dapat mempraktikkan cara fisik 2</p> <p>P : Memberi arahan dengan tersenyum dan memperhatikan pasien</p>		<p>Klien merespon perawat dengan baik</p> <p>Klien menyetujui pertemuan selanjutnya untuk latihan fisik cara ke 3</p>	
---	---	--	---	--

<p>untuk merapikan kembali tempat tidurnya</p> <p>K : Iya mbak saya akan lakukan cara 2 pukul bantal/ kasur</p> <p>P : Baik mas R, bagaimana perasaannya setelah melakukan latihan cara fisik 2 tadi?</p> <p>K : Sedikit lega mbak</p> <p>P : Jangan lupa masukkan ke dalam jadwal harian mas R ya cara fisik 2 ini untuk diterapkan jika marah</p>	<p>K : Klien mengerti</p> <p>P : Mengevaluasi klien</p> <p>K : Tersenyum</p> <p>P : Mengingatn dengan baik</p>			
---	--	--	--	--

<p>muncul</p> <p>K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya</p> <p>P : Baik mas R, kalau begitu kita berbincang kembali besok ya dan belajar untuk cara fisik 3 dengan cara verbal yang baik</p> <p>K : Oke mbak kita bertemu lagi disini ya</p> <p>P : Kita bertemu disini lagi ya mas pada pukul 09.00 WIB</p>	<p>K : Menjawab dengan tenang dan tersenyum</p> <p>P : Bertanya dengan senyuman dan kontrak untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>K : Tersenyum dan antusias</p> <p>P : Menjawab dengan baik dan memberi tahu waktu</p>			
--	--	--	--	--

Lampiran 10

ANALISA PROSES INTERAKSI 3

Nama Klien : Tn. R

Nama Mahasiswa : Nava Meisyah Purnama Adji

Usia : 26 Tahun

Tanggal Pengkajian : 18 November 2021/ Pukul 09.00 WIB

Jenis Kelamin : Laki-laki

Interaksi : Pertemuan hari ke 4 (SP 3)

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
P : Selamat pagi mas, masih ingat dengan saya kan? K : Selamat pagi mbak, iya masih mbak Nava	P : Tersenyum, duduk disamping klien K : Menatap kearah perawat.	Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka Perawat menfokuskan	Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam	Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi

<p>kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan latihan cara fisik 3. Waktunya selama 30 menit saja mas</p> <p>K : Iya mbak boleh</p> <p>P : Kemarin mas R kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur. Nah sekarang kita akan belajar tentang bagaimana mengontrol perilaku kekerasan</p>	<p>K : Menjawab dengan suara keras</p> <p>P : Tersenyum pada klien</p>	<p>gejala, akibat perilaku kekerasan klien</p> <p>Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya</p> <p>Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara fisik 3</p> <p>Perawat memperagakan cara verbal baik dengan</p>	<p>perasaan yang membuatnya marah</p> <p>Klien menunjukkan sikap bingung seolah tidak mengetahui akibat marahnya muncul</p> <p>Klien menunjukkan sikap tenang, suara keras dan adanya kontak mata</p> <p>Klien memperhatikan perawat dengan baik</p>	<p>dan mempratikkannya di ruangan maupun di rumah</p> <p>Klien mampu melakukan latihan cara fisik 3 verbal dengan baik</p> <p>Memvalidasi perasaan klien setelah dilakukan diskusi</p> <p>Memberikan pujian atas kemampuan klien dalam</p>
---	--	---	--	--

<p>dengan cara 3 yaitu mengungkapkan verbal dengan baik seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik</p> <p>K : Iya mbak siap</p> <p>P : Nah jadi gini mas, jika ada yang menyebabkan mas R marah dan muncul perasaan kesal atau mengejek mas R, Mas R juga dapat melampiaskannya dengan cara membalas</p>	<p>K : Menjawab dengan tegas</p> <p>P : Menjelaskan dengan perlahan pada klien</p>	<p>seperti: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan marah dengan baik</p> <p>Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien</p> <p>Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar</p>	<p>Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 3 yang telah diajarkan perawat</p> <p>Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat</p> <p>Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat</p>	<p>menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan</p> <p>Salam penutup</p> <p>memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>
---	--	--	---	--

<p>verbal yang baik seperti tidak berkata kasar atau berteriak, meminta tolong dengan baik, menolak dengan perkataan yang sopan dan mengungkapkan marah dengan baik</p> <p>K : Oala jadi begitu mbak</p> <p>P : Nah sekarang ayo coba kita latihan bersama-sama bagaimana berbicara dengan baik ya mas R. Berbicara dengan nada rendah, suara pelan dan</p>	<p>K : Menjawab dengan suara yang keras</p> <p>P : Mempraktikkan dengan klien</p>	<p>Perawat menawarkan pertemuan selanjutnya dan membuat jadwal kegiatan untuk klien</p> <p>Perawat mengontrak waktu untuk melakukan latihan cara fisik ke 4 dan 5</p> <p>Perawat mengakhiri dengan sikap ramah</p>	<p>Klien menjelaskan kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat</p> <p>Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya</p> <p>Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari</p>	
---	---	--	---	--

<p>tidak tegang</p> <p>K : Iya mbak saya mengerti jika berbicara dengan orang lain harus menggunakan nada yang halus</p> <p>P : Cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika perasaan marah mas R muncul.</p> <p>K : Iya mbak saya akan mencoba berbicara halus pada saat marah</p> <p>P : Jangan lupa masukkan ke dalam jadwal harian mas R ya</p>	<p>K : Klien terlihat antusias dan bicara pelan</p> <p>P : Mengingatkan klien tentang latihan yang dilakukan</p> <p>K : Klien memahami</p> <p>P : Mengingatkan klien tentang latihan yang sudah dilakukan</p>		<p>Klien merespon perawat dengan baik</p> <p>Klien menyetujui pertemuan selanjutnya untuk latihan fisik cara ke 4 dan 5</p>	
---	---	--	---	--

<p>cara fisik 3 ini untuk diterapkan jika marah muncul</p> <p>K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya</p> <p>P : Baik mas R, kalau begitu kita berbincang kembali besok ya dan belajar untuk latihan cara 4 dan 5</p> <p>K : Oke mbak kita bertemu lagi disini ya</p> <p>P : Kita bertemu disini lagi ya mas pada pukul 09.00 WIB</p>	<p>K : Klien memahami</p> <p>P : Tersenyum kontrak untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>K : Tersenyum dan antusias</p> <p>P : Menjawab dengan baik dan memberi tahu waktu</p>			
--	---	--	--	--

Lampiran 11

ANALISA PROSES INTERAKSI 4

Nama Klien : Tn. R

Nama Mahasiswa : Nava Meisyah Purnama Adji

Usia : 26 Tahun

Tanggal Pengkajian : 19 November 2021/ Pukul 16.00 WIB

Jenis Kelamin : Laki-laki

Interaksi : Pertemuan hari ke 4 (SP 3)

Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Analisa Berfokus Pada Perawat	Analisa Berfokus Pada Klien	Rasional
P : Selamat sore mas, masih ingat dengan saya kan?	P : Tersenyum, duduk disamping klien	Perawat memulai percakapan dengan sikap terbuka	Klien tampak bersedia untuk komunikasi dengan memberikan respon terhadap salam	Membina hubungan saling percaya terhadap klien untuk mempermudah interaksi
K : Selamat pa mbak, iya masih mbak Nava kan?	K : Menatap kearah perawat.	Perawat menfokuskan		

<p>P : Bagaimana perasaan mas R saat ini? Adakah hal yang menyebabkan mas R marah? Kemarin kita sudah latihan cara fisik 1, 2, 3 ya. Apakah sudah dicoba sendiri saat berada di ruangan?</p>	<p>P : Tetap tersenyum</p>	<p>topik penugasan hari ini, mempertahankan sikap</p>	<p>Klien bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi</p>	<p>Memberikan kesempatan kepada klien dengan pertanyaan terbuka untuk menceritakan keadaannya</p>
<p>K : Sudah saya coba semuanya mbak. Alhamdulillah saya sudah tenang</p>	<p>K : Dengan kontak mata dan menjelaskan yang dirasakan</p>	<p>Perawat mempertahankan sikap dan menawarkan kenyamanan klien</p>	<p>Klien menyampaikan sikap dan perasaannya</p>	<p>Memberikan latihan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan yang dilakukan klien</p>
<p>P: Baik mas R, seperti kesepakatan kita kemarin, bahwa sore ini kita akan belajar cara</p>	<p>P : Mengajak klien untuk demonstrasi cara fisik 4 dan 5 dan tersenyum pada klien</p>	<p>Perawat memastikan latihan yang dilakukan diterapkan klien</p>	<p>Klien memperhatikan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan</p>	<p>Mendemonstrasikan kegiatan agar klien mudah untuk mengingat</p>

<p>mengontrol perasaan marah dengan latihan cara 4 dan 5. Waktunya selama 30 menit saja mas</p> <p>K : Iya mbak boleh</p> <p>P : Kemarin mas R kan sudah cerita penyebab marah dan belajar mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 3 yaitu dengan mengungkapkan verbal dengan baik. Nah sekarang kita akan belajar latihan cara 4 dan 5 yaitu dengan cara spiritual dan minum obat</p>	<p>K : Menjawab dengan suara keras</p> <p>P : Tersenyum pada klien dengan mengajak latihan cara selanjutnya</p>	<p>gejala, akibat perilaku kekerasan klien</p> <p>Perawat ingin mengetahui tindakan marah klien terhadap masalahnya</p> <p>Perawat memfokuskan dan mendiskusikan latihan cara 4 dan 5</p> <p>Perawat mengajarkan cara mengendalikan</p>	<p>perasaan yang membuatnya marah</p> <p>Klien menunjukkan sikap bingung seolah tidak mengetahui akibat marahnya muncul</p> <p>Klien menunjukkan sikap tenang, suara keras dan adanya kontak mata</p> <p>Klien memperhatikan perawat dengan baik</p>	<p>dan mempratikkannya di ruangan maupun di rumah</p> <p>Klien mampu melakukan cara 4 dan 5 secara spiritual yaitu beribadah dan berdoa serta minum obat secara teratur</p> <p>Memvalidasi perasaan klien setelah dilakukan diskusi</p>
---	---	---	--	---

<p>K : Iya mbak siap</p> <p>P : Nah jadi gini mas, ada cara lainnya untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara spiritual: beribadah dan berdoa lalu minum obat secara rutin/ teratur</p> <p>K : Saya selalu melaksanakan sholat tidak hanya di RSJ ini tetapi dirumah juga mbak. Jika minum obat saya selalu rutin karena diberikan oleh perawatnya</p> <p>P : Bagus mas jika sudah</p>	<p>K : Menjawab dengan antusias</p> <p>P : Menjelaskan dengan perlahan pada klien</p> <p>K : Menjelaskan latihan yang sudah dilakukan</p> <p>P : Apresiasi kegiatan</p>	<p>perilaku kekerasan dengan spiritual (beribadah dan berdoa)</p> <p>Perawat memberikan perhatian dengan contoh yang di peragakan klien</p> <p>Perawat memberikan apresiasi terhadap tindakan yang dilakukan klien dengan benar</p> <p>Perawat mengingatkan untuk terus melakukan</p>	<p>Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik 4 dan 5 yang telah diajarkan perawat</p> <p>Klien mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan perawat</p> <p>Klien mengutarakan perasaan lega kepada perawat</p>	<p>Memberikan pujian atas kemampuan klien dalam menjelaskan penyebab marah dan melakukan kegiatan yang sudah diajarkan</p> <p>Salam penutup memberikan kesan yang baik dan sopan sebelum berpisah dengan klien</p>
--	---	---	---	--

<p>diterapkan dalam kegiatan harian mas R</p> <p>Mas R sudah dapat obat dari dokter? Berapa macam obat yang diminum? Dan jam berapa saja mas R minum obat tersebut?</p> <p>Menurut mas R apa efek setelah minum obat itu</p> <p>K : Iya mbak saya ingin segera dijemput pulang karena sudah tidak marah-marah lagi. Untuk obat saya biasanya minum 3 jenis di minum pagi dan malam tapi saya gak suka karena efek</p>	<p>harian klien dan bertanya latihan yang telah dilakukan klien</p> <p>K : Klien menunjukkan harapan sembuh dengan menjelaskan obat yang dikonsumsi</p>	<p>latihan dari jadwal kegiatan yang telah di tulis klien</p> <p>Perawat mengakhiri dengan sikap ramah dan mengucapkan terimakasih</p>	<p>Klien menjelaskan kembali kegiatan yang sudah disampaikan oleh perawat</p> <p>Klien tidak keberatan untuk mengikuti latihan fisik dijadwal kegiatan selanjutnya</p> <p>Klien menyetujui latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dimasukkan dalam kegiatan sehari-hari</p>	
---	---	--	---	--

<p>sampingnya mengantuk dan lapar</p> <p>P : Jika mas dapat menerapkan 5 cara yang telah saya ajarkan, insyaallah akan segera sembuh dan bisa pulang kerumah</p> <p>K : Oke mbak saya masukkan ke dalam jadwal harian dan menerapkannya</p> <p>P : Jangan lupa masukkan ke dalam jadwal harian mas R ya latihan cara 4 dan 5 ini</p>	<p>P : Mengingatkan klien tentang latihan yang dilakukan</p> <p>K : Klien memahami</p> <p>P : Mengingatkan klien tentang latihan yang sudah dilakukan</p>		<p>Klien merespon perawat dengan baik</p> <p>Klien memasukkan dalam jadwal harian latihan fisik cara ke 1 sampai 5</p>	
--	---	--	--	--

<p>untuk mengendalikan marah mas R jika muncul</p> <p>K : Baik mbak saya catat di jadwal harian saya</p> <p>P : Terimakasih atas kerjasamanya ya mas R, saya mau pamit karena hari ini praktik yang terakhir dan saya sudah tidak kesini kembali. Saya doakan semoga mas R segera sembuh dan jangan lupa diterapkan semua latihan yang sudah saya ajarkan mulai dari cara 1 sampai 5 saat sudah pulang ke rumah</p>	<p>K : Klien memahami</p> <p>P : Tersenyum kontrak untuk pertemuan selanjutnya</p>			
---	--	--	--	--

jika tanda marah muncul ya				
K : Baik mbak, terimakasih juga	K : Tersenyum dan bersalaman untuk memberikan rasa terimakasih			

Lampiran 12

SOP PEMBERIAN OBAT SECARA ORAL

A. Tahap Persiapan

1) Persiapan Alat

Meja baki berisi :

- a) Obat-obat yang diperlukan dalam tempatnya
- b) Gelas obat
- c) Sendok
- d) Gelas ukuran (jika diperlukan)
- e) Air minum pada tempatnya
- f) Lap makan atau tissue
- g) Martil dan lumpang penggerus (bila diperlukan)
- h) Sputit steril
- i) Kartu atau buku berisi rencana pengobatan
- j) Kalau perlu kartu obat berisi :

- 1) Nama pasien
- 2) Nomor tempat tidur
- 3) Dosis obat
- 4) Jadwal pemberian obat

2) Persiapan Klien :

- a) Memperkenalkan diri
- b) Menjelaskan tujuan pemberian obat, langkah-langkah yang akan dilakukan dan waktu pemberian obat
- c) Meminta pengunjung atau keluarga menunggu di luar

3) Persiapan Lingkungan :

- a) Bekerja sebaiknya dari sebelah kanan pasien
- b) Meletakkan alat sedemikian rupa sehingga mudah bekerja

B. Tahap Pelaksanaan

1. Cuci tangan dan pakai handscoone (sarung tangan)
2. Kaji kemampuan klien untuk dapat minum obat per oral (menelan, mual, muntah, adanya program tahan makan atau minum, akan dilakukan pengisapan lambung dll)
3. Periksa kembali perintah pengobatan (nama klien, nama dan dosis obat, waktu dan cara pemberian) periksa tanggal kedaluarsa obat, bila ada kerugian pada perintah pengobatan laporkan pada perawat/bidan yang berwenang atau dokter yang meminta.
4. Ambil obat sesuai yang diperlukan (baca perintah pengobatan dan ambil obat yang diperlukan)
5. Siapkan obat-obatan yang akan diberikan. Siapkan jumlah obat yang sesuai dengan dosis yang diperlukan tanpa mengkontaminasi obat (gunakan tehnik aseptik untuk menjaga kebersihan obat) :

a. (Tablet atau kapsul)

- 1) Tuangkan tablet atau kapsul ke dalam mangkuk disposibel tanpa menyentuh obat.
- 2) Gunakan alat pemotong tablet bila diperlukan untuk membagi obat sesuai dengan dosis yang diperlukan.
- 3) Jika klien mengalami kesulitan menelan, gerus obat menjadi bubuk dengan menggunakan martil dan lumpang penggerus, kemudian campurkan dengan menggunakan air. Cek dengan bagian farmasi sebelum menggerus obat, karena beberapa obat tidak boleh digerus sebab dapat mempengaruhi daya kerjanya.

b. (Obat dalam bentuk cair)

- 1) Kocok /putar obat/dibolak balik agar bercampur dengan rata sebelum dituangkan, buang obat yang telah berubah warna atau menjadi lebih keruh.
- 2) Buka penutup botol dan letakkan menghadap keatas. Untuk menghindari kontaminasi pada tutup botol bagian dalam.
- 3) Pegang botol obat sehingga sisa labelnya berada pada telapak tangan, dan tuangkan obat kearah menjauhi label. Mencegah obat menjadi rusak akibat tumpahan cairan obat, sehingga label tidak bisa dibaca dengan tepat.
- 4) Tuang obat sejumlah yang diperlukan ke dalam mangkuk obat berskala.

- 5) Sebelum menutup botol usap bagian tutup botol dengan menggunakan kertas tissue. Mencegah tutup botol sulit dibuka kembali akibat cairan obat yang mengering pada tutup botol.
- 6) Bila jumlah obat yang diberikan hanya sedikit, kurang dari 5 ml maka gunakan spuit steril untuk mengambilnya dari botol.
- 7) Untuk obat yang sangat asam misalnya aspirin tawarkan makanan kecil tanpa lemak, misal biskuit.
- 8) Temani klien sampai semua obat ditelan. Apabila anda ragu apakah obat telah ditelan minta klien membuka mulutnya.
- 9) Setelah selesai pasien dirapikan dan bantu pasien kembali ke posisi yang nyaman
- 10) Alat-alat dibersihkan dan dikembalikan tempatnya
- 11) Kembalikan kartu, format obat atau huruf cetak nama obat ke arsip yang tepat untuk pemberian obat selanjutnya.

c. Tahap Akhir

- 1) Evaluasi perasaan klien : kembali dalam waktu 30 menit untuk mengevaluasi respon terhadap pengobatan.
- 2) Kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya.
- 3) Dokumentasi : Catat waktu aktual setiap obat diberikan pada catatan obat
- 4) Cuci tangan

Lampiran 13

DAMPAK TIDAK MINUM OBAT :

Salah satu dampak yang dapat timbul akibat tidak minum obat secara teratur pada pasien yaitu kekambuhan.

Kekambuhan adalah suatu keadaan dimana timbulnya kembali suatu penyakit yang sudah sembuh dan disebabkan oleh berbagai macam faktor penyebab



CARA MENINGKATKAN KEPATUHAN MINUM OBAT :

1. Berikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya pengobatan,
2. Berikan keyakinan kepada pasien akan efektifitas obat dalam penyembuhan.
3. Berikan informasi resiko ketidakpatuhan.
4. Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman, dan orang-orang sekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien agar teratur minum obat demikeberhasilan pengobatan.



KEPATUHAN MINUM OBAT

Nava Meisyah P.A

Nim. 213.0068



PENGERTIAN

Kepatuhan Obat adalah zat yang digunakan untuk mencegah, meringankan dan menyembuhkan penyakit. Kepatuhan suatu individu dalam mengonsumsi obat adalah sejauh mana upaya dan perilakunya yang menunjukkan kesesuaian dengan anjuran minum obat secara teratur yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

PENYEBAB KETIDAKPATUHAN :

1. Pasien tidak menyadari atau tidak merasa jika dirinya sakit
2. Merasa bosan dengan pengobatan dalam jangka waktu yang lama
3. Terdapat efek samping dari obat-obatan yang dikonsumsi
4. Tidak nyaman terhadap jumlah dan dosis obat yang dikonsumsi

MANFAAT MINUM OBAT :

1. Minum obat rutin dapat meningkatkan efektivitas dari obat dalam menghilangkan gejala
2. Berhenti minum obat dapat menyebabkan perubahan pada suasana hati pasien
3. Minum obat secara rutin dapat memperingan gejala dan mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien

PRINSIP 10 BENER OBAT :

1. Benar Pasien
2. Benar Obat
3. Benar Dosis
4. Benar Cara
5. Benae Waktu
6. Benar Pengkajian
7. Benar Dokumentasi
8. Benar Pendidikan Kesehatan Perihal Medikasi Pasien
9. Benar Evaluasi
10. Benar Hak Pasien Untuk menolak

