

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JiWA PADA TN.K MASALAH UTAMA**  
**RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS**  
**SKIZOFERNIA TAK TERINCI DI RUANG GELATIK**  
**RUMAH SAKIT JiWA MENUR**  
**PROVINSI JAWA TIMUR**



**OLEH :**

**ANIK HANIFAH**

**NIM. 192.0004**

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

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.K MASALAH UTAMA**  
**RISIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS**  
**SKIZOFERNIA TAK TERINCI DI RUANG GELATIK**  
**RUMAH SAKIT JIWA MENUR**  
**PROVINSI JAWA TIMUR**

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



**OLEH :**

**ANIK HANIFAH**

**NIM. 192.0004**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**  
**2022**

## SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 12 Februari 2022



ANIK HANIFAH

---

NIM.192.0004

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

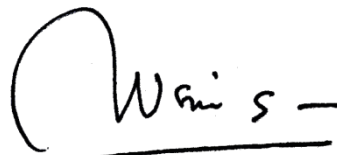
Nama : ANIK HANIFAH  
NIM : 192.0004  
Program Studi : D-III KEPERAWATAN  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.K Masalah  
Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa  
Medis F 20.3 Skizofrenia tak terinci Di Ruang  
Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa  
Timur

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

Surabaya, 12 Februari 2022

**Pembimbing**



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

**NIP.04.015**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 12 Februari 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : ANIK HANIFAH  
NIM : 192.0004  
Program Studi : D-III KEPERAWATAN  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn.K Masalah  
Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa  
Medis F 20.3 Skizofrenia tak terinci Di Ruang  
Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa  
Timur

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

Hari, tanggal : Rabu, 23 Februari 2022  
Bertempat di :

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

**Penguji I : Dr. Hidayatus sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP : 03.009**

**Penguji II : Ovang Prasetya, S.Kep.,Ns**

**NIP: 102-81908198-303200-87406**

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

**NIP: 04.015**

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

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

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 23 Februari 2022

**MOTTO & PERSEMBEHAN**  
**“Menuntut ilmu adalah takwa, menyampaikan ilmu adalah ibadah,  
mengulang-ngulang ilmu adalah zikir dan mencari ilmu adalah jihad “**

**Abu Hamid Al Ghazali**

Kupersembahkan karyaku yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT.
2. Untuk ibu dan bapakku tercinta “suripah dan sunarto “ yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidiku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.
3. Kakaku “fiantoro” yang selalu mendukungku sampai saat ini.
4. Untuk teman-teman seperjuangan “ fadila, dinda, helda, zendhy, nanda, sofia dan azizah yang selalu memberikan motivasi dan semangat untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Untuk sobat-sobatku “idrokhatul, susi, mahika, umi annisa, abi, nurul, dan tegar yang selalu memberikan semangat dan dukungan untuk menyelesaikan tugas karya tulis ini.
6. Teman – teman saya D-III Angkatan 25 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.

## KATA PENGANTAR

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

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

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

1. Drg. Vitria Dewi, M.Si selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, yang telah memberi ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Dr. Hidayatus Syadiyah, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku penguji 1, yang dengan tulus

ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak Oyang Prasetya,S.Kep.Ns selaku penguji 2, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Ketua Dr.A.V. Sri Suhardiningsih., S.Kep.,M.Kes Selaku pembimbing dan penguji 3, yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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



terutama bagi Civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 20 Januari 2022

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

Anik Hanifah

## DAFTAR ISI

### Contents

<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>MOTTO &amp; PERSEMBEHAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xv
<b>BAB 1</b> .....	1
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1    Latar Belakang.....	1
1.2    Rumusan Masalah.....	3
1.3    Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1    Tujuan Umum.....	3
1.3.2    Tujuan Khusus.....	3
1.4    Manfaat.....	4
1.5    Metode Penelitian.....	5
1.5.1    Metode.....	5
1.5.2    Teknik pengumpulan data.....	5
1.5.3    Sumber data.....	6
1.5.4    Studi kepustakaan.....	6
1.6    Sistematika Penulisan.....	6
<b>BAB 2</b> .....	8
<b>TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
2.1    Konsep Skizofemia.....	8
2.1.1    Definisi Skizofemia.....	8
2.1.2    Etiologi Skizofemia.....	8
2.1.3    Gejala Skizofemia.....	10
2.1.4    Penggolongan Skizofemia.....	11
2.1.5    Pengobatan Skizofemia.....	12
2.2    Konsep Dasar Perilaku Kekerasan.....	14

2.2.1	Definisi Resiko Perilaku Kekerasan .....	14
2.2.2	Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan.....	14
2.2.3	Tanda Dan Gejala .....	16
2.2.4	Etiologi.....	18
2.2.5	Penatalaksanaan Medis.....	19
2.3	Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan .....	21
2.3.1	Pengkajian.....	21
2.3.2	Pohon Masalah .....	25
2.3.3	Diagnosa Keperawatan.....	26
2.3.4	Rencana Tindakan Keperawatan .....	27
2.3.5	Implementasi.....	33
2.3.6	Evaluasi .....	34
2.4	Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik.....	35
2.4.1	Definisi Komunikasi Terapeutik .....	35
2.4.2	Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan .....	35
2.4.3	Karakteristik Komunikasi Terapeutik.....	35
2.4.4	Tahapan Dalam Komunikasi Terapeutik.....	37
2.5	Konsep dasar stres .....	38
2.5.1	Definisi stress.....	38
2.5.2	Macam-macam stress.....	38
2.5.3	Sumber stressor .....	39
2.5.4	Cara mengendalikan stress.....	40
<b>BAB 3.....</b>		<b>42</b>
<b>TINJAUAN KASUS.....</b>		<b>42</b>
3.1	Pengkajian.....	42
3.1.1	Identitas Pasien.....	42
3.1.2	Alasan Masuk.....	42
3.1.3	Faktor Predisposisi.....	43
3.1.4	Pemeriksaan Fisik.....	44
3.1.5	Psikososial .....	45
3.1.6	Status mental.....	48
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang.....	50
3.1.8	Mekanisme Koping.....	51
3.1.9	Masalah Psikososial Lingkungan .....	52
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang: .....	52
3.1.11	Data lain-lain.....	52

3.1.12	Aspek Medik.....	53
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan.....	53
3.1.14	Diagnosis Keperawatan.....	54
3.2	Pohon Masalah .....	55
3.3	Analisa data.....	55
3.4	Rencana keperawatan .....	58
3.5	Implementasi dan evaluasi .....	64
<b>BAB 4</b>	.....	<b>77</b>
<b>PEMBAHASAN</b>	.....	<b>77</b>
4.1	Pengkajian.....	77
4.2	Analisa Data.....	78
4.3	Diagnosa Keperawatan.....	80
4.4	Perencanaan.....	81
4.5	Pelaksanaan.....	83
4.6	Evaluasi .....	85
<b>BAB 5</b>	.....	<b>86</b>
<b>PENUTUP</b>	.....	<b>86</b>
5.1	Kesimpulan .....	86
5.2	Saran.....	88
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	<b>89</b>
<b>LAMPIRAN STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN</b>	.....	<b>90</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 analisa data .....	55
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan .....	58
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi.....	64

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon Masalah.....	26
Gambar 3.2 Genogram.....	45
Gambar 3.3 Pohon Masalah.....	55
Gambar 4.4 diagnosa keperawatan.....	80

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.....	91
Lampiran 2.....	94
Lampiran 3.....	97
Lampiran 4.....	100
Lampiran 5.....	103
Lampiran 6.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## DAFTAR SINGKATAN

STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
WHO	: World Health Organization
DEPKES	:Departemen Kesehatan
KPSI	: Komunitas Peduli Schizofrenia Indonesia
ODS	:Orang Dalam Skizofernia
HCL	: Hidrogen Klorida
PK	:Perilaku Kekerasan
SP	: Strategi Pelaksanaan
AIPVIKI	:Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia
IGD	:Instalansi Gawat Darurat
RSJ	:Rumah Sakit Jiwa
MRS	:Masuk Rumah Sakit
MmHg	: Milimeter Merkuri Hydrargyrum
Cm	:Centimeter
Kg	:Kilogram
RS	:Rumah Sakit
Mg	: Miligram
DS	:Data Suby Iektif
DO	:Data Obyektif
SDKI	:Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
ESO	:Mili Gram
ADL	: Activity of Daily Living
SPTK	:Strategi Pelaksanaan Terapi Kelompok
SOAP	:Subyektif, Obyektif, Asesmen dan Plan
TAK	: Terapi Aktifitas Kelompok



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Menurut WHO, kesehatan mental berarti seseorang merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup, menerima orang lain, dan menunjukkan sikap positif terhadap dirinya dan orang lain. Penyakit mental adalah keadaan mental individu di mana fungsi fisik, depresi, ketidaknyamanan berkurang, dan fungsi peran individu dalam masyarakat terganggu. Menurut (WHO 2017 A, n.d.), 4.444 penyakit jiwa saat ini menjadi masalah kesehatan prioritas nasional dan 4.444 adalah skizofrenia. Salah satu diagnosa keperawatan yang disajikan pada skizofrenia adalah risiko perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan itu sendiri, perilaku yang menempatkan orang lain dan diri sendiri pada risiko fisik dan emosional, ditandai dengan pelecehan verbal dan kerusakan lingkungan.

World Health Organization (WHO 2017 A, n.d.) menyatakan bahwa depresi dan kecemasan merupakan gangguan jiwa yang umum dengan prevalensi tertinggi. Lebih dari 200 juta orang di seluruh dunia (3,6% dari populasi) menderita kecemasan. Saat ini terdapat 322 juta orang yang hidup dengan depresi di seluruh dunia (4,4% dari populasi) dan hampir setengahnya berasal dari kawasan Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Depresi adalah penyumbang utama kematian akibat bunuh diri, terhitung hampir 800.000 kasus bunuh diri setiap tahun.

Berdasarkan data dalam Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur hasil angka kejadian kasus Skizofrenia khususnya kasus

undifferentiated skizofrenia atau skizofrenia tak terinci (F 20.3), pada bulan September 2021 yaitu mencapai total 38% dan pada bulan Oktober 2021 mengalami penurunan yaitu total 28%, kemudian pada saat bulan November 2021 kembali mengalami peningkatan yaitu total mencapai 34%. Kasus skizofrenia sendiri mencakup masalah keperawatan dengan prevalensi pada rentang bulan Agustus 2021 – Januari 2022 halusinasi 29%, perilaku kekerasan 51%, defisit perawatan diri 15%, isolasi sosial 3%, harga diri rendah 2%.

Risiko perilaku kekerasan, jika tidak segera ditangani, memiliki akibat yang sangat fatal, seperti melakukan perilaku kekerasan yang membahayakan diri sendiri untuk bunuh diri, bagi orang lain seperti melempar kaca atau benda, dan semua yang berada dilingkungan tersebut. Perilaku ini merugikan diri sendiri atau orang lain dan lingkungan.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan perilaku berisiko kekerasan adalah perawatan pasien seperti menjalin hubungan saling percaya, mendukung pasien dalam menemukan penyebabnya perilaku kekerasan, ajarkan dan latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan, mengajak pasien untuk berpartisipasi dalam kegiatan TAK. Adapun yang bisa mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan farmakoterapi yaitu obat-obatan dengan neuroleptik seperti klorpromazin HCL, terapi okupasi, terapi somatik, terapi kelompok dan terapi kejang listrik. (yusuf, A H, F., & R&Nihayati, 2015) Perawat diharapkan mampu merawat klien secara komprehensif, tidak hanya bekerja sama dengan obat psikotropika dan fisik, tetapi juga penting untuk berlatih mengontrol perilaku klien. Selain itu, perawat diharapkan memiliki catatan atau dokumentasi yang baik untuk kelangsungan perawat antar ruangan. Rumah sakit diharapkan dapat

mendukung penggunaan terapi perilaku maladaptif sehingga diperlukan perawat spesialis jiwa di ruang akut atau bila tidak memungkinkan dapat ditetapkan jadwal kunjungan perawat spesialis untuk setiap ruangan atau dipanggil bila diperlukan pada kondisi kritis. Selain itu, rumah sakit dapat mengadakan kursus pelatihan tentang cara melakukan terapi perilaku khususnya di ruang akut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

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

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. K dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji data pasien pada Tn. K dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis Skizofrenia di Ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.
2. Merumuskan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.

3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa asuhan keperawatan jiwa pada Tn. K dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis Skizofernia di Ruang Jiwa Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. K dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis Skizofernia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. K dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis Skizofernia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. K dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis Skizofernia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan di atas, maka tugas akhir ini dapat memberikan manfaat:

1. Akadenis

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

2. Secara Praktis, Tugas Akhir Ini Akan Bermanfaat :

- a. Bagi Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit

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

b. Bagi Peneliti

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

c. Bagi Profesi Kesehatan

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

## **1.5 Metode Penelitian**

### **1.5.1 Metode**

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

### **1.5.2 Teknik pengumpulan data**

1. Wawancara

Data di ambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien.

2. Observasi

Data yang di ambil melalui hasil observasi dari keadaan pasien, keluarga, maupun tim Kesehatan lainnya.

3. Pemeriksaan

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

### **1.5.3 Sumber data**

#### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien

#### 2. Data sekunder

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

### **1.5.4 Studi kepustakaan**

Studi kepustakaan adalah mempelajari sumber buku yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah

## **1.6 Sistematika Penulisan**

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

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

BAB 1 : pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa utama resiko perilaku kekerasan serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : penutup, berisi tentang simpulan dan saran

Bagian akhir, terdiri dari daftar Pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya nyawa seseorang. Dalam penanganan penyakit ini karena jiwa yang terganggu maka di butuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar untuk penanganan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit skizofrenia (Pitayanti & Hartono, 2020).

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Mushlihin, 2012)

##### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

Adapun beberapa penyebab skizofrenia :

1. keturunan



Dapat di pastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9-1,8 % bagi saudara kandung 7-15% , bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita skizofrenia 7- 16%, bila kedua orang tuanya menderita skizofrenia 40-68%, bagi kembar dua telur (heterozigot) 2-15%, bagi kembar satu telur (monozigot) 61-86%.

## 2. Endokrin

Dahulu dikira bahwa skizofrenia mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium. Tetapi hal ini tidak dapat di buktikan.

## 3. Metabolisme

Ada beberapa orang yang menyangka bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan metabolisme, karena penderita skizofrenia tampak pucat dan tidak sehat. Ujung extremitas agak sianotis, nafsu makan berkurang dan berat badan turun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun. Hipotesa ini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

## 4. Susunan Syaraf Pusat

Penyebab skizofrenia di arahkan pada kelainan susunan syaraf pusat, yaitu pada diensefalonatau kortex otak. Tetapi kelainan patologis yang ditemukan itu mungkin yang menyebabkan oleh perubahan-perubahan postmortem merupakan artefakt pada waktu membuat persediaan.

## 5. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah, sebab dari dulu hingga sekarang para peneliti tidak pernah mendapatkan atau menemukan kelainan patologis-anatomis atau fisiologis yang khas pada susunan syaraf. Menurut Meyer skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi.

## 6. Teori Sigmund Freud

Yang pertama adalah kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab psikogenetik ataupun somatik, yang kedua superego ini di kesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisme, dan yang terakhir kehilangan kapasitas untuk pemindahan sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

### **2.1.3 Gejala Skizofrenia**

Gejala menurut Bleuler dalam (Fillat, 2018) adalah

#### 1. Gejala Primer

- a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.
- b. Gangguan afek emosi
  - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
  - 2) Paramimi dan paratimi
  - 3) Emosi dan afek serta eksperinya tidak mempunyai satu kesatuan
  - 4) Emosi berlebihan
  - 5) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- c. Gangguan kemauan

- 1) Terjadi kelemahan kemauan
  - 2) Perilaku negativisme atas permintaan
  - 3) Otomatisme : merasa pikiran/ perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
- d. Gangguan psikomotor
- 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
  - 2) Stereotipi
  - 3) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
  - 4) Echolalia dan Echopraxia
2. Gejala Sekunder
- a. Waham dan Halusinasi Istilah ini menggambarkan persepsi sensori yang salah, yang mungkin meliputi salah satu dari kelima pancaindra. Halusinasi pendengaran dan penglihatan yang paling umum terjadi, halusinasi penciuman, perabaan, dan pengecapan juga dapat terjadi

#### **2.1.4 Penggolongan Skizofrenia**

Dalam (DEPKES, 2015), juga dijelaskan bahwa tipe skizofrenia diantaranya adalah:

1. Skizofrenia Paranoid Jenis skizofrenia dimana penderitanya mengalami bayangan dan khayalan tentang penganiayaan dan kontrol dari orang lain dan juga kesombongan yang berdasarkan kepercayaan bahwa penderitanya itu lebih mampu dan lebih hebat dari orang lain.
2. Skizofrenia Tak Teratur Jenis skizofrenia yang sifatnya ditandai terutama oleh gangguan dan kelainan di pikiran. Seseorang yang menderita skizofrenia sering menunjukkan tanda tanda emosi dan ekspresi yang tidak

sesuai untuk keadaannya. Halusinasi dan khayalan adalah gejala-gejala yang sering dialami untuk orang yang menderita skizofrenia jenis ini.

3. Skizofrenia Katatonik Jenis skizofrenia yang ditandai dengan berbagai gangguan motorik, termasuk kegembiraan ekstrim dan pingsan. Orang yang menderita bentuk skizofrenia ini akan menampilkan gejala negatif: postur katatonik dan fleksibilitas seperti lilin yang bisa dipertahankan dalam kurun waktu yang panjang.
4. Skizofrenia Tanpa Kriteria/ Golongan yang jelas Jenis skizofrenia dimana penderita penyakitnya memiliki delusi, halusinasi dan perilaku tidak teratur tetapi tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia paranoid, tidak teratur, atau katatonik.
5. Skizofrenia Residual Skizofrenia residual akan didiagnosis ketika setidaknya episode dari salah satu dari empat jenis skizofrenia yang lainnya telah terjadi. Tetapi skizofrenia ini tidak mempunyai satu pun gejala positif yang menonjol

#### **2.1.5 Pengobatan Skizofrenia**

Penderita skizofrenia memerlukan perhatian dan empati, namun keluarga perlu menghindari reaksi yang berlebihan seperti sikap terlalu mengkritik, terlalu memanjakan dan terlalu mengontrol yang justru bisa menyulitkan penyembuhan. Perawatan terpenting dalam menyembuhkan penderita skizofrenia adalah perawatan obat-obatan antipsikotik yang dikombinasikan dengan perawatan terapi psikologis. Kesabaran dan perhatian yang tepat sangat diperlukan oleh penderita skizofrenia. Keluarga perlu mendukung serta memotivasi penderita untuk sembuh (DEPKES, 2015).

Obat neuroleptika selalu diberikan, kecuali obat-obat ini terkontraindikasi, karena 75% penderita skizofrenia memperoleh perbaikan dengan obat-obat neuroleptika. Kontraindikasi meliputi neuroleptika yang sangat antikolinergik seperti klorpromazin, molindone, dan thioridazine pada penderita dengan hipertrofi prostate atau glaucoma sudut tertutup. Antara sepertiga hingga separuh penderita skizofrenia dapat membaik dengan lithium. Namun, karena lithium belum terbukti lebih baik dari neuroleptika, penggunaannya disarankan sebatas obat penopang. Meskipun terapi elektrokonvulsif lebih rendah disbanding dengan neuroleptika bila dipakai sendirian, penambahan terapi ini pada regimen neuroleptika menguntungkan beberapa penderita skizofrenia (DEPKES, 2015).

Komunitas Peduli Schizofrenia Indonesia (KPSI) adalah sebuah komunitas pendukung Orang Dengan Skizofrenia (ODS) dan keluarganya yang memfokuskan diri pada kegiatan mempromosikan kesehatan mental bagi masyarakat Indonesia pada umumnya. Keberhasilan ODS dalam pemulihan sangat tergantung kepada pemahaman keluarga tentang skizofrenia (DEPKES, 2015). Komunitas ini juga bertujuan memberikan informasi tentang skizofrenia yang tepat kepada masyarakat guna memerangi stigma negatif terhadap ODS. Orang Dengan Skizofrenia sama sekali tidak membahayakan, bahkan mereka sangat membutuhkan dukungan semua orang. Dengan adaptasi yang tepat, mereka juga dapat bekerja dengan baik seperti orang normal. Kegiatan penting yang dilakukan komunitas ini adalah menterjemahkan swadaya atas artikel-artikel penting tentang skizofrenia dan panduan-panduan keluarga. Kegiatan edukasi berupa kopi darat juga dilakukan untuk saling berbagi pengalaman antar keluarga

maupun narasumber. Rencananya KPSI juga akan menerbitkan buku kisah sejati tentang dukungan keluarga (DEPKES, 2015)

Penggiat Komunitas Peduli Skizofrenia Bagus Utomo menyatakan salah satu terapi efektif untuk para pengidap gangguan kejiwaan skizofrenia adalah melalui seni lukis. Aliran lukisan penyandang skizofrenia adalah ekspresionis karena ada deformasi sesuai keinginan yang menceritakan kepedihan hidup. Masyarakat akan melihat banyak sekali pesan dan symbol di mana goresannya lebih kasar karena memang bukan seniman. Ketika masyarakat memahami desain visual yang mereka gambar maka bias mengambil dan memahami penderita skizofrenia (DEPKES, 2015)

## **2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

### **2.2.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan**

Risiko Perilaku kekerasan adalah perilaku rentan di mana seseorang secara fisik dapat merugikan dirinya sendiri, orang lain dan orang lain lingkungan di mana perilaku kekerasan ini dapat dilakukan secara verbal atau verbal fisik dan perilaku yang tidak terkendali. risiko perilaku kekerasan. Menyakiti diri sendiri bisa berupa melukai diri sendiri hingga bunuh diri atau membiarkan diri sendiri berupa kelalaian. Sedangkan risiko perilaku kekerasan pada orang lainnya adalah tindakan agresif yang ditunjukkan untuk menyakiti atau membunuh lainnya. dan risiko perilaku kekerasan di lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, gunting dan segala sesuatu di sekitarnya lingkungan ini.(yusuf, A H, F.,& R&Nihayati, 2015)

### **2.2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan**

Respon marah berfluktuasi sepanjang respon adaptif dan maladaptive



Dalam setiap orang terdapat kapasitas untuk berperilaku pasif, asertif, dan agresif/ perilaku kekerasan (Rusdi, 2013)

Perilaku asertif merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu

- a) Perilaku pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata.
- b) Agresif/perilaku kekerasan. Merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan (panik)

Stress, cemas, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan

kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Respon rasa marah bisa diekspresikan secara eksternal (perilaku kekerasan) maupun internal (depresi dan penyakit fisik)

Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif, menggunakan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain, akan memberikan perasaan lega, menurunkan ketegangan sehingga perasaan marah dapat teratasi. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku kekerasan biasanya dilakukan individu karena ia merasa kuat. Cara demikian tidak menyelesaikan masalah, bahkan dapat menimbulkan kemarahan yang berkepanjangan dan perilaku destruktif

Perilaku yang tidak asertif seperti menekan rasa marah dilakukan individu seperti pura-pura tidak marah atau melarikan diri dari perasaan marahnya sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat akan menimbulkan perasaan destruktif yang ditunjukkan kepada diri sendiri. (Rusdi, 2013)

### **2.2.3 Tanda Dan Gejala**

Dalam buku asuhan keperawatan jiwa (Budi Anna Keliat, P. D., S. Hamid, P. A. Y., & Eka Putri, 2019) Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan sebagai berikut :

1. Mayor
  - a. Subjektif
    - 1) Mengatakan benci/ kesal dengan orang lain
    - 2) Mengatakan ingin memukul orang lain
    - 3) Mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan



4) Mengungkap keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain.

b. Objektif

1) Melotot

2) Pandangan tajam

3) Tangan mengepal, rahang mengatup

4) Gelisah dan mondar-mandir

5) Tekanan darah meningkat, nadi dan pernafasan meningkat

6) Merusak lingkungan

7) Mudah tersinggung

8) Nada suara tinggi dan bicara kasar

9) Memukul orang lain merusak lingkungan

2. Minor

a. Subjektif

1) Mengatakan tidak senang

2) Menyalahkan orang lain

3) Mengatakan diri berkuasa

4) Merasa gagal mencapai tujuan

5) Mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi.

6) Suka mengejek dan mengkritik

b. Objektif

1) Disorientasi

2) Wajah merah

3) Postur tubuh kaku

4) Sinis

5) Bermusuhan

6) Menarik diri

#### **2.2.4 Etiologi**

Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi meliputi :

- 1) Psikologis menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.
- 2) Perilaku juga 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.
- 3) 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
- 4) Bioneurologis beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan.

b. Selain faktor predisposisi adapula faktor presipitasi yang meliputi

- 1) Ekspresi diri dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social

ekonomi.

- 3) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- 5) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkohisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- 6) Kematiaan anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

### **2.2.5 Penatalaksanaan Medis**

Menurut (Prabowo, 2014), penatalaksanaan yang dapat diberikan untuk pasien gangguan jiwa antara lain:

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

- 2) Terapi okupasi Terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatan.
- 3) Terapi kelompok Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.
- 4) Peran serta keluarga Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder), dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

- 5) Terapi somatik Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.
- 6) Terapi kejang listrik Terapi kejang listrik atau electro convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali

## **2.3 Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan**

### **2.3.1 Pengkajian**

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

1. Identitas klien Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan sd.
2. Alasan Masuk Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain
3. Faktor predisposisi Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari

pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan

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

5. Psikososial

- a. Genogram

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

- b. Konsep Diri

- 1) Gambaran diri Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah
    - 2) Identitas diri Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan
    - 3) Fungsi peran Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
    - 4) Ideal diri Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.
    - 5) Harga diri Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga

- c. Hubungan sosial Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol
  - d. Spiritual Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah
6. Status mental
- 1) Penampilan Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi , penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya , rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam
  - 2) Pembicaraan Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor
  - 3) Aktivitas motorik Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir
  - 4) Afek dan Emosi Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak
  - 5) Interaksi selama wawancara Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga

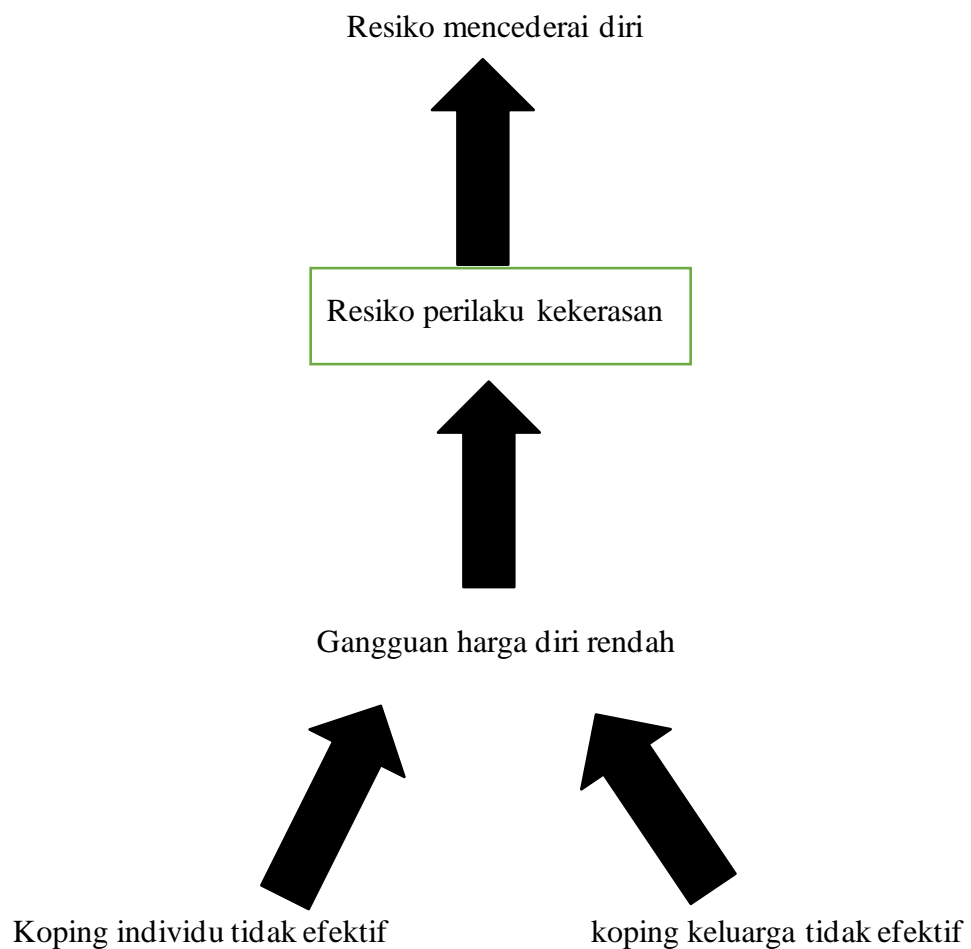
dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain

- 6) Presepsi / sensori Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai penyebabnya
7. Proses pikir
  - a. Proses pikir (arus pikir) Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya
  - b. Isi pikirannya Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman
8. Tingkat kesadaran Tidak sadar, bigung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bigung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.
9. Memori Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang
10. Tingkat konsentrasi Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan
11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif



12. Daya tilik Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah
13. Mekanisme koping Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan ,menghindar, mencederai diri atau lainnya.

### 2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon Masalah

### **2.3.3 Diagnosa Keperawatan**

1. Koping Individu Tidak Efektif
2. Koping Keluarga Tidak Efektif
3. Harga Diri Rendah
4. Resiko Perilaku Kekerasan
5. Resiko Mencederai Dirisendiri

### 2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 1 Rencana Tindakan Keperawatan

c	TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
			TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
1.	17 januari 2022	Resiko perilaku kekerasan	<p>Secara kognitif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko perilaku kekerasan</li> <li>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan</li> <li>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari Tindakan yang di lakukan</li> <li>5. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu Tarik nafas dalam .</li> </ol> <p>Secara psikomotor</p>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)</p> <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1).Identifikasi Risiko perilaku kekerasan pasien.               <ol style="list-style-type: none"> <li>a.Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi.</li> <li>b. Bantu pasien untuk mengungkapkan</li> </ol> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat.</li> <li>-dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari resiko perilaku kekerasan.</li> <li>- agar pasien dapat mengungkapkan marah dengan cara Latihan fisik 1 yaitu Tarik nafas dalam.</li> <li>- melatih pasien agar selalu menggunakan Tindakan yang sudah di sarankan</li> </ul>

			<p>diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu, relaksasi tarik nafas dalam</li> </ol> <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</li> <li>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</li> <li>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</li> </ol>	<p>penyebab perasaan emosi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami</li> <li>d. Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Melatih pasien dengan cara fisik 1 : Relaksasi tarik napas dalam,</li> <li>3) Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan peraw</li> </ol>	
\2.	17/01/22	Resiko perilaku kekerasan	<p>Secara Kognitif di harapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</li> </ol>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil</p>	<p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada</p>

			<p>2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu, pukul kasur/bantal</p> <p>Secara Psikomotor di harapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal</li> </ol> <p>Secara Afektif diharapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan</li> </ol>	<p>nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)</p> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan</li> <li>b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</li> <li>c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan</li> <li>d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 1 yaitu relaksasi: tarik napas dalam.</li> </ol> </li> <li>2. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur</li> <li>3. Anjurkan pasien</li> </ol>	<p>perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</li> <li>2. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar</li> <li>3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah di berikan</li> </ol>
--	--	--	---	--	--

			<p>perawat</p> <p>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</p> <p>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.</p>	
3.	17/01/22	Resiko perilaku kekerasan	<p>Secara Kognitif diharapkan pasien dapat :</p> <p>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</p> <p>2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</p> <p>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (Meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan</p>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)</p> <p>SP 3</p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu</p> <p>2. Pasien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu melakukan pukulan kasur/bantal</p> <p>3. Latih pasien dengan</p>	<p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat.</p> <p>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>2. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar</p> <p>3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>

			<p>dengan baik)</p> <p>6. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah</p> <p>7. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat</p> <p>Secara Psikomotor di harapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik</li> <li>3. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah</li> </ol>	<p>verbal yang baik seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Meminta dengan baik,</li> <li>b. Menolak dengan baik.</li> <li>c. Mengungkapkan perasaan dengan baik</li> </ol> <p>SP 4</p> <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah</li> </ol> <p>Sp 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat</li> <li>2. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.</li> </ol>	
--	--	--	--	---	--

			<p>4. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat</p> <p>Secara Afektif diharapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</li><li>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</li><li>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</li></ol>		
--	--	--	---	--	--



### 2.3.5 Implementasi

Implementasi Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapinya ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteri hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk pasien-keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Safitri, 2019).

Jadi implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Implementasi Keperawatan Jiwa Pada Risiko Perilaku Kekerasan ada 5 SP menurut buku AIPVIKI (Rahmawati, 2019), sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Pada SP 1 pasien risiko perilaku kekerasan yaitu latih cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasannya yaitu dengan tarik nafas dalam, SP 2 yaitu latih 36 cara fisik 2 dengan memukul kasur atau bantal, SP 3 yaitu dengan latihan bicara verbal yang baik, SP 4 yaitu dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah sesuai dengan agama yang dianut pasien, dan SP 5 yaitu dengan cara rutin meminum obat (8 benar). Dengan di berikannya SP pada pasien risiko perilaku kekerasan

diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya agar tidak merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan

### **2.3.6 Evaluasi**

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

#### **1. Pada Pasien**

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

#### **2. Pada Keluarga**

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

## **2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik**

### **2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik merupakan sebuah komunikasi intrapersonal yang sangat memperhatikan kemampuan berbahasa. Hal ini dikarenakan tujuan dari komunikasi tersebut untuk mencapai kesembuhan. Menurut Pettergrew, “Komunikasi terapeutik adalah komunikasi verbal dan paraverbal yang berlangsung antara penolong dan yang ditolong dengan menghasilkan perasan psikologis (berfikir), emosi (perasaan), dan atau fisik (tindakan),”(Setianti, 2019)

### **2.4.2 Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan**

Beberapa prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun hubungan dan mempertahankan hubungan yang terapeutik :

1. Hubungan dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan, didasarkan pada prinsip “Humanity of Nursing and Clients”.
2. Perawat harus menghargai keunikan klien, dengan melihat latar belakang keluarga, budaya dan keunikan tiap individu.
3. Komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri baik pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.
4. Komunikasi yang menumbuhkan hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternative pemecahan masalahnya.

### **2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik**

Ada beberapa karakteristik seorang perawat yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik, yaitu :

1. Kejujuran Tanpa kejujuran mustahil akan terbina hubungan saling percaya, seseorang akan menaruh kepercayaan kepada lawan bicara yang terbuka dan mempunyai respon yang tidak dibuat-buat, sebaliknya dia akan berhati-hati pada lawan bicara yang terlalu halus sehingga sering menyembunyikan isi hati yang sebenarnya dengan kata-kata atau sikapnya yang tidak jujur.
2. Tidak membingungkan dan cukup ekspresif Perawat sebaiknya menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti dan dipahami oleh klien dan tidak berbelit-belit.
3. Bersikap positif Sikap yang positif terhadap klien ditunjukkan dengan sikap hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien.
4. Empati bukan simpati Dengan sikap empati, perawat akan mampu merasakan dan memikirkan permasalahan dan yang dipikirkan klien. Sikap simpati tidak mampu melihat permasalahan secara obyektif karena perawat terlibat secara emosional terhadap permasalahan yang dihadapi klien.
5. Mampu melihat permasalahan dari kacamata klien Agar mampu melihat permasalahan dari sudut pandang klien maka perawat harus menjadi pendengar yang aktif dan sabar dalam mendengarkan semua ungkapan klien.

6. Menerima klien apa adanya Seorang perawat yang baik akan tidak memandang hina klien dan keluarganya yang datang ke rumah sakit dengan pakaian yang kumal dan kotor.
7. Sensitif terhadap perasaan klien Perawat harus sennsitif terhadap perasaan kliennya agar tidak menyinggung perasaanya.
8. Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu klien ataupun diri perawat sendiri Seorang perawat harus mampu melupakan kejadian yang menyakitkan di masa lalu dan menguatkan koping klien dalam menghadapi masalah yang dihadapi saat ini.

#### **2.4.4 Tahapan Dalam Komunikasi Terapeutik**

Tahapan komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahap yaitu :

1. Tahap Persiapan/ Tahap Pra interaksi Pada tahap ini perawat :
  - a. Mengeksplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan diri sendiri.
  - b. Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri perawat sendiri.
  - c. Mengumpulkan data tentang klien
  - d. Merencanakan pertemuan pertama dengan klien.
2. Tahap Perkenalan Merupakan saat pertama perawat bertemu dengan klien.

Pada tahap ini tugas perawat :

- a. Pengenalan diri kepada klien
- b. Membina hubungan saling percaya
- c. Merumuskan kontrak bersama klien
- d. Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah klien.
- e. Merumuskan tujuan dengan klien

3. Tahap Kerja Merupakan tahap inti dari keseluruhan proses komunikasi. Pada tahap ini perawat dan klien bekerja bersama-sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Tahap ini juga berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan.
4. Tahap Terminasi Merupakan akhir dari pertemuan perawat dengan klien. Tahap ini dibagi dua, yaitu tahap terminasi sementara dan terminasi akhir. Pada tahap ini tugas perawat adalah :
  - a. Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan.
  - b. Melakukan evaluasi subyektif.
  - c. Menyetujui tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
  - d. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya

## **2.5 Konsep dasar stres**

### **2.5.1 Definisi stress**

Stres adalah setiap situasi di mana ada banyak tuntutan mengharuskan seseorang untuk merespon atau melakukan suatu tindakan. Berdasarkan pengertian tersebut dapat dikatakan bahwa stres adalah saat seseorang mengalami beban atau tugas yang berat, tetapi orang tersebut tidak dapat menyelesaikan tugas yang diberikan, maka badan akan menjawab tidak mampu melakukan tugas sehingga orang tersebut dapat mengalami stres. Tetapi juga sebaliknya, jika seseorang memiliki beban kerja yang tinggi tetapi untuk dapat menangani beban dengan tubuh yang merespon dengan baik, maka manusia itu tidak membuat stress. (Hernida D. Lestari.S.Pd., 2016)

### **2.5.2 Macam-macam stress**

Seperti yang sudah disebutkan bahwa stressor dan sumbernya memiliki banyak keragaman, sehingga dapat disimpulkan stress yang dihasilkan beragam pula. berdasarkan penyebabnya stress dapat digolongkan menjadi (hernida D. Lestari.S.Pd., 2016)

1. Stres fisik, disebabkan oleh suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang, atau tersengat arus listrik.
2. Stres kimiawi, disebabkan oleh asam-basa kuat, obatobatan, zat beracun, hormone, atau gas. Stres mikrobiologik, disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit yang menimbulkan penyakit.
3. Stres fisiologik, disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ, atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan, disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.

### **2.5.3 Sumber stressor**

Sumber stressor merupakan asal dari penyebab suatu stres yang dapat mempengaruhi sifat dari stresor seperti lingkungan, baik secara fisik, psikososial maupun spiritual. Sumber stresor lingkungan fisik dapat berupa fasilitas-fasilitas seperti air minum, makanan, atau tempat-tempat umum sedangkan lingkungan psikososial dapat berupa suara atau sikap kesehatan atau orang yang ada disekitarnya, sedangkan lingkungan spiritual dapat berupa tempat pelayanan keagamaan seperti fasilitas ibadah atau lainnya. Sumber stressor lain adalah diri sendiri yang dapat berupa perubahan fisiologis dalam tubuh, seperti adanya operasi, obat-obatan atau lainnya. Sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah

berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya. (hernida D. Lestari.S.Pd., 2016)

1. Sumber Stres di Dalam Diri Sumber stress dalam diri sendiri pada umumnya dikarenakan konflik yang terjadi antara keinginan dan kenyataan berbeda, dalam hal ini adalah berbagai permasalahan yang terjadi yang tidak sesuai dengan dirinya dan tidak mampu diatasi, maka dapat menimbulkan suatu stress.
2. Sumber Stres di Dalam keluarga Stres ini bersumber dari masalah keluarga yang ditandai dengan adanya perselisihan masalah keluarga, masalah keuangan serta adanya tujuan yang berbeda diantara keluarga permasalahan ini akan selalu menimbulkan suatu keadaan yang dinamakan stress.
3. Sumber Stres di Dalam Masyarakat dan Lingkungan Sumber stress ini dapat terjadi di lingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umum disebut stress pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan hubungan interpersonal serta kurangnya adaptasi di masyarakat sehingga tidak dapat berkembang.

#### **2.5.4 Cara mengendalikan stress**

Stres dapat menimbulkan masalah yang merugikan individu sehingga diperlukan beberapa cara untuk mengendalikannya. Ada beberapa kiat untuk mengendalikan stres (hernida D. Lestari.S.Pd., 2016) yaitu :

1. Positifkan sikap, keyakinan dan pikiran : bersikaplah fleksibel, rasional. Dan adaptif terhadap orang lain, artinya jangan terlebih dahulu menyalahkan orang lain sebelum melakukan introspeksi diri dengan pengendalian internal.



2. Kendalikan faktor-faktor penyebab stres dengan cara mengasah
3. Perhatikan diri sendiri, proses interpersonal dan interaktif, serta lingkungan.
4. Kembangkan sikap efisien
5. Lakukan relaksasi (teknik nafas dalam)
6. Lakukan visualisasi (angan-angan terarah)

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini menyajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan yang di mulai dengan tahap pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 17 Januari 2022 dengan data sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

Ruang rawat : Ruang Gelatik

Tanggal dirawat : 13 Januari 2022

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Pasien adalah Tn.K dengan no RM 0X-XX-XX dengan tanggal lahir 06 September 1994 (usia 27 tahun ) beragama Islam. Pendidikan terakhir pasien adalah S1 pertanian, saat ini pasien bekerja, alamat pasien di Madura daerah Bangkalan pasien tinggal dengan keluarganya. Pasien adalah anak ke 2 dari 3 bersaudara dan belum menikah.

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Pasien di bawa oleh keluarganya pada tanggal 13 Januari 2022 pukul 21.33 WIB di IGD Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan pasien 1 bulan yang lalu pernah di laporkan memukul orang tetapi tidak dipolisikan. 1 minggu yang lalu pasien menjual barang-barangnya (sepeda), dan sering bentak-bentak ibunya. Diketahui pasien adalah seorang lulusan sarjana pertanian. Pasien lulus kuliah dalam 8 tahun karena banyak masalah salah satunya berbohong untuk hutang, pasien juga memiliki hutang kos-kosan selama kuliah. Saat di bawa Rumah Sakit Jiwa Menur pasien dalam kondisi di borgol 1 minggu

sebelum di bawa ke RSJ Menur pada tanggal 13 Januari 2022 pasien tidak tidur, keluyuran tidak tahu kemana pulang hanya 2 jam . Riwayat post MRS di RSJ lawang 1 tahun yang lalu karena pernah memecahkan mobil orang. Pasien kontrol 2x ke RSJ Lawang tapi setelah itu tidak kontrol kembali dan obatnya tidak di minum.

Pada saat di lakukan pengkajian oleh perawat mahasiswa tanggal 17 Januari 2022 jam 09. 00 pasien mengatakan bahwa dirinya menjual barang-baarang yang ada di rumah untuk membayar hutang kos-kosan, pasien juga mengatakan marah-marah ke ibunya dan tidak bisa tidur selama 1 minggu kluoyuran dan hanya 2 jam saja di rumah.

### **3.1.3 Faktor Predisposisi**

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Saat di ditanya pasien mengatakan sudah 2 kali masuk Rumah Sakit Jiwa, yang pertama Rumah Sakit Jiwa Lawang karna pernah memecahkan kaca mobil orang dan yang ke dua Rumah Sakit Jiwa Menur karena resiko perilaku kekerasan.
2. Pengobatan terakhir tidak berhasil karena pasien kontrol 2 kali tetapi tidak teratur minum obat.
3. Pasien mengatakan pernah di pukul oleh ayahnya karena berbeda pendapat.

#### **Masalah keperawatan: Koping Keluarga Tidak Efektif.**

4. Dalam rekam medis pasien di dapatkan data ada anggota keluarga yaitu kakaknya yang memiliki riwayat resiko perilaku kekrasan, tetapi sekarang sudah tidak pernah kambuh.

**Masalah keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif**

5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pada 1 bulan yang lalu pasien pernah di tipu oleh temannya sendiri berupa 1 motor dan 1 hp di ambil oleh temannya.

**Masalah keperawatan : Respon Pasca Trauma****3.1.4 Pemeriksaan Fisik****1. Tanda vital**

Tekanan darah : 124/76 mmHg

Nadi : 90 kali/menit

Suhu : 36°C

Pernafasan : 18 kali/menit

**2. Ukur**

Tinggi Badan : 171 cm

Berat Badan : 71 kg

**3. Keluhan fisik**

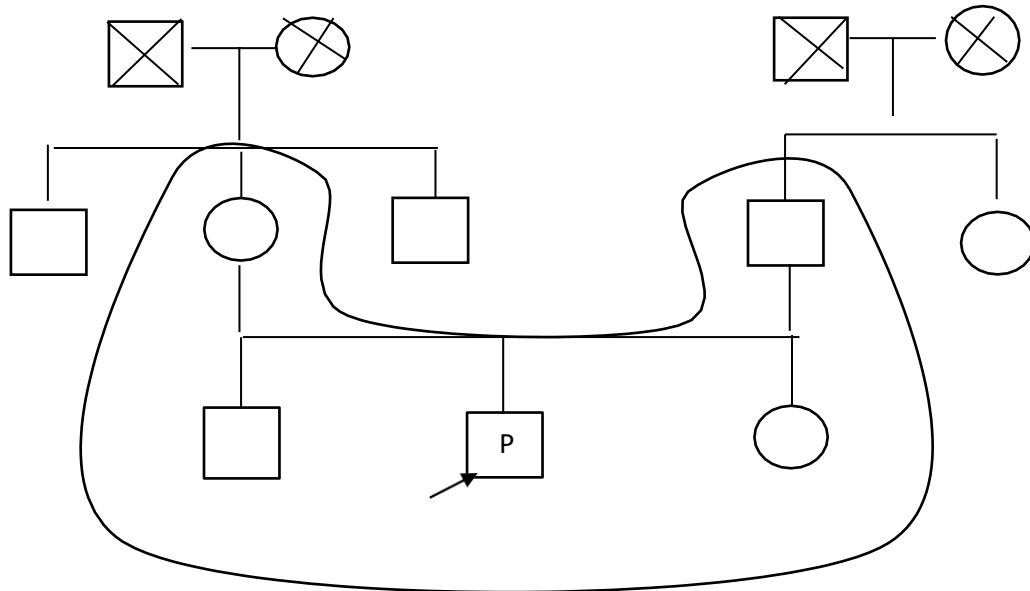
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya

Jelaskan: saat di kaji pasien tidak mengeluh sakit dan tanda-tanda vital dalam batas normal

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.5 Psikososial

#### 1. Genogram



Gambar 3.2 Genogram

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

✕ : Meninggal

◌ : Tinggal serumah

Data diatas didapatkan dari pasien, pasien bisa menyebutkan silsilah keluarganya sampai tiga generasi, pasien mengatakan anak ke 2 dari 3 bersaudara, orang tua pasien masih hidup semua, pasien tinggal bersama orang tuanya. Pasien mengatakan orang tuanya selalu mendukung kondisi pasien sekarang

## 2. Konsep diri

### a) Gambaran diri

Pasien mengatakan bersyukur karena tidak ada kelaianan dengan bentuk tubuhnya yang sekarang dan pasien ketika di tanya bagian tubuh mana yang paling di sukainya pasien menjawab bagian tangannya karna untuk bekerja.

### b) Identitas

Pasien mengatakan dirinya seorang laki-laki berumur 27 tahun dan pasien juga mampu menyebutkan namanya yaitu Tn K

### c) Peran

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang anak yang harus berbakti kepada kedua orang tuanya

### d) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera pulang karna ingin membantu ayahnya bekerja di las milik keluarganya.

### e) Harga diri

Pasien mengatakan bahwa merasa malu kepada orang tuanya karna kondisinya yang saat ini telah menjadi beban karena saat ini pasien berada di Rumah Sakit Jiwa Menur.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah.**

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang sangat berarti di hidupnya adalah kedua orang tuanya yang sudah membesarkan sampai sebesar ini dan selalu sabar menghadapinya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan bahwa dia jarang mengikuti kegiatan yang ada di RS pasien juga jarang berkomunikasi dengan teman seruangan jika tidak di ajak bicara oleh temannya dia tidak akan bicara.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan dia jarang berinteraksi dengan tetangganya dan tidak pernah mengikuti kegiatan masyarakat bila dirinya berada di rumah.

**Masalah keperawatan : koping individu tidak efektif : isolasi sosial**

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa ketika marah dirinya mendekatkan diri kepada Allah SWT dengan sholat.

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan ingin sekali beribadah seperti sholat tetapi sarana prassaran di ruangan tidak ada, pasien mengatakan ketika di rumah rajin sholat.

**Masalah Keperawatan: Distress Spiritual**

**3.1.6 Status mental**

1. Penampilan

Saat pengkajian pasien menggunakan baju ruangan glatik dengan rapi rambut sedikit berantakan

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

2. Pembicaraan

Pasien pada saat di kaji tidak bisa memulai pembicaraan dan nada suaranya keras dan tegas.

**Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan**

3. Aktifitas motorik

Pada saat di lakukan pengkajian pasein tampak gelisah, tegang tetapi tidak tremor, pasien juga mengatakan ingin segera pulang.

**Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan**

4. Alam perasaan

Pasien mengatakan khawatir kepada ayahnya takut tidak ada yang membantu pekerjaan lasnya.

**Masalah Keperawatan : Ansietas**

5. Afek

Afek pasien tidak sesuai jika di tanya tentang kesedihan raut wajahnya tetap datar



**Masalah Keperawatan : Isolasi Sosial**

6. Interaksi Selama Wawancara

Pasien pada saat wawancara pasien kontak mata (-) pasien kurang kooperatif.

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah.**

7. Presepsi Halusinasi

Pasien mengatakn bahwa dirinya mempunyai pasukan raja-raja dan yang bisa melihat hanya dirinya saja.

**Masalah Keperawatan : Halusinasi Penglihatan.**

8. Proses Pikir

Pasien saat di tanya selalu mengulangi jawaban yang sama

**Masalah Keperawatan :Gangguan Proses Pikir.**

9. Isi Pikir

Pasien mengatakan bahwa dirinya memiliki pasukan raja-raja dan yang bisa melihan hanya dia saja.

**Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Pikir**

10. Tingkat Kesadaran

Pasien mengatakan bahwa dirinya sadar sekarang berada di rumah sakit jiwa menur karena berobat penyakitnya.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.**

11. Memori

Pasien mengatakn dia mampu mengingat kejadian jangka Panjang ataupun jangka pendek

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 12. Tingkat Konsentrasi Dan Berhitung

Pasien dapat menghitung jumlah kamar mandi yang ada di dalam ruangannta

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 13. Kemampuan Penilaian

Pasien dapat mengambil keputusan mandi dulu baru makan

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 14. Daya Titik Diri

Pasien mengatan dirinya sadar saat ini berada di rumah sakit jiwa menur untuk berobat penyakitnya

**Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif**

### 3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

#### 1. Kemampuan pasien memenuhi /menyediakan kebutuhan

Pasien mengatakan menyukai semua makanan yang di sediakan oleh rumah sakit jiwa menur pasien mandi 2 kali sehari.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### 2. Kegiatan hidup sehari-hari

##### a) Perawatan diri

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

##### b) Nutrisi

Pasien mengatakan bahwa puas dengan makanan yang telah disediakan karena sesuai denga napa yang diharapkan, makanan dan udapan pasien

sebanyak 3x sehari, nafsu makan baik, dan pasien tidak mendapat diet khusus dari RS

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

c) Tidur

Pasien mengatakan dia tidak ada masalah dalam tidurnya dan merasa segar Ketika bangun tidur dan pasien mengatakan kalau dirinya terbiasa tidur siang. Pasien mengatakan dirinya tidur dari jam 21.00 sampai jam 05.00 pagi.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

3. Kemampuan pasien dalam pemenuhan ADL

Pasien dapat memenuhi kebutuhan sendiri dan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

4. Pasien memiliki system pendukung

Pasien mengatakan kedua orang tuanya lah yang sangat mendukung dan sering mengingatkan untuk meminum obat ataupun control pada saat sebelum di bawa ke RSJ, tetapi pasien tidak pernah mendengarkan nasehat dari kedua orangtuanya.

**Masalah Keperawatan : Koping Keluarga Tidak Efektif**

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan hobi:

Pasien mengatakan dirinya menikmati pekerjaanya sebagai hobinya yaitu tukang las

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.8 Mekanisme Koping

Pada saat pasien ada masalah dengan keluarganya pasien selalu marah-marah dan bentak-bentak ibunya, serta mengancam memukul ibunya.

**Masalah Keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif**

**3.1.9 Masalah Psikososial Lingkungan**

- a. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok yang spesifik
- b. Pasien mengatakan bahwa dirinya sekarang malas berkumpul atau berinteraksi dengan orang lain lebih baik membaca buku.
- c. Pasien ada seorang lulusan sarjana S1 pertanian
- d. Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit dirinya bekerja sebagai tukang las di rumahnya sendiri.
- e. Pasien mengatakan bahwa dirinya mempunyai hutang kos-kosan pada saat pasien kuliah.
- f. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan yang spesifik.
- g. Pasien dibawa ke rumah sakit jiwa menur untuk berobat karena marah-marah dan pernah memukul orang.
- h. Masalah lainnya, spesifik: tidak ada masalah lainnya yang spesifik.

**3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang:**

Pasien pada saat di kaji mengatakan tau tentang penyakitnya serta menyebutkan beberapa obat-obatan yang di konsumsi selama dirumah.

**3.1.11 Data lain-lain**

Tabel 2 Data-Data Lain

No	Nama obat	Dosis	Waktu	Indikasi	Efek
1.	Trifluoperazine	5 mg	1-0-1	Untuk mengatasi gangguan	Sakit kepala,

				kecemasan dan mengurangi perilaku agresif	mulut kering,
2.	Trihexyphenidil,	2mg	1-0-1	Gejala penyakit Parkinson	Pusing, konstipasi
3.	Clozapine	25mg	1-0-0	Mengatasi Gejala psikosis	Mengantuk pandangan kabur

### 3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia

### 3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Koping Keluarga Tidak Efektif
2. Respon Pasca Trauma
3. Harga Diri Rendah
4. Distress Spiritual
5. Resiko Perilaku Kekerasan
6. Ansietas
7. Halusinasi Penglihatan
8. Gangguan Proses Pikir
9. isolasi sosial
- 10 . koping individu tidak efektif

### **3.1.14 Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian di rumuskan bahwa diagnosis utama keperawatann adalah

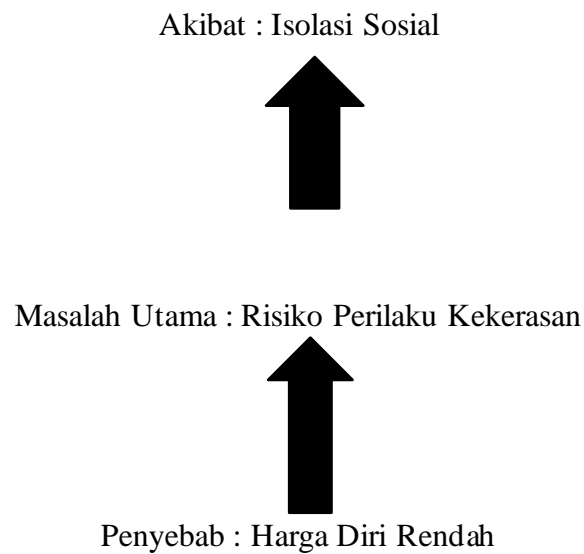
**Risiko perilaku kekerasan**

Surabaya, 12 Februari 2022



Anik hanifah

### 3.2 Pohon Masalah





Gambar 3 Pohon Masalah

### 3.3 Analisa data


**NAMA : Tn. K NIRM : 0X-XX-XX RUANGAN : GELATIK**

Tabel 3.1 analisa data

<b>Hari/Tgl</b>	<b>DATA</b>	<b>MASALAH</b>	<b>TT PERAWAT</b>
Senin,17 Januari 2022	Ds : - Keluarga pasien mengatakan 1 bulan yang lalu pasien pernah memukul orang tetapi tidak di polisikan lalu 1 minggu terakhir ini pasien membentak-bentak ibunya tanpa sebab dan menjual barang-barang yang ada di rumah seperti	<b>Resiko perilaku kekerasan SDKI D.0146 hal 312  (Masalah Utama )</b>	

	<p>sepeda dan pasien juga kluyuran pulang ke rumah 2 jam lalu pergi Kembali.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dirinya marah-marah kepada ibunya dan menjual barang-barang yang ada di rumah untuk membayar hutang kos-kosan</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bicara nada tinggi dan keras serta tegas</li> <li>- Pasien terlihat gelisah</li> <li>- Pasien kontak mata kurang</li> <li>- Seseekali pasien mengepalkan tangan pada saat wawancara</li> <li>- Pasien kurang kooperatif</li> </ul>		
<p>Senin, 17 Januari 2022</p>	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan RS dan jarang berkomunikasi dengan teman seruangan</li> <li>- Pasien juga mengatakan jika di ajak bicara yang tidak penting pasien akan diam saja.</li> <li>- Pasien mengatannya berada di rumah jarang berinteraksi dengan tetangganya</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada saat pasien di ruangan kadang-kadang terlihat menyendiri dan</li> </ul>	<p><b>Isolasi sosial</b> <b>SDKID.0121 hal 268</b></p> <p><b>(penyebab)</b></p>	



	<p>sering tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afek pasien datar</li> <li>- Kontak mata kurang</li> </ul>		
<p>Senin, 17 Januari 2022</p>	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan malu kepada orang tuanya karna sekarang menjadi beban</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontak mata pasien kurang</li> <li>- Pasien lebih suka tidur atau menyendiri dari pada berinteraksi dengan teman seruangan</li> </ul>	<p><b>Harga diri rendah</b></p> <p><b>SDKI D.0086 Hal 192</b></p> <p><b>Akibat</b></p>	

### 3.4 Rencana keperawatan

Nama pasien :Tn. K Nama Mahasiswa :Anik Hanifah  
 NIRM :0X-XX-XX Institusi :STIKES Hang Tuah Surabaya  
 Bangsal /Tempat : GELATIK

Tabel 3.2 Rencana Keperawatan

NO	TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
			TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	
1.	17 januar i 2022	Resiko perilaku kekerasan	Secara kognitif diharapkan pasien dapat: 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari Tindakan yang di lakukan	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)  SP 1 1). Identifikasi Risiko perilaku kekerasan pasien.	- Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat. -dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari resiko perilaku kekerasan. - agar pasien dapat mengungkapkan marah dengan cara Latihan fisik 1 yaitu

			<p>5. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu Tarik nafas dalam .</p> <p>Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu, relaksasi tarik nafas dalam</li> </ol> <p>Secara afektif diharapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</li> <li>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</li> <li>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi.</li> <li>b. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi.</li> <li>c. Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami</li> <li>d. Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Melatih pasien dengan cara fisik 1 : Relaksasi tarik napas dalam,</li> <li>3) Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan peraw</li> </ol>	<p>Tarik nafas dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- melatih pasien agar selalu menggunakan Tindakan yang sudah di sarankan</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

2.	17/01/22	Resiko perilaku kekerasan	<p>Secara Kognitif di harapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</li> <li>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan</li> <li>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</li> <li>5. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu, pukul kasur/bantal</li> </ol> <p>Secara Psikomotor di harapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal</li> </ol>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)</p> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan</li> <li>b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</li> <li>c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan</li> <li>d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 1 yaitu relaksasi: tarik napas</li> </ol> </li> </ol>	<p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</li> <li>5. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar</li> <li>6. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan Tindakan yang sudah di berikan</li> </ol>
----	----------	---------------------------	---	---	--

			<p>Secara Afektif diharapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</li> <li>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</li> <li>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</li> </ol>	<p>dalam.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur</li> <li>3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari.</li> </ol>	
3.	17/01/22	Resiko perilaku kekerasan	<p>Secara Kognitif diharapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</li> <li>3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan</li> <li>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</li> <li>5. Pasien mampu menyebutkan cara</li> </ol>	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik: (Beri salam atau panggil nama, perkenalkan diri dengan sopan, jelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan kontrak yang akan dibuat)</p> <p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu</li> <li>2. Pasien mampu mengontrol risiko</li> </ol>	<p>Hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya agar pasien dapat terbuka kepada perawat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</li> <li>5. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada</li> </ol>

			<p>mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (Meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)</p> <p>6. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah</p> <p>7. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat</p> <p>Secara Psikomotor di harapkan pasien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat</li> <li>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik</li> </ol>	<p>perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu melakukan pukul kasur/bantal</p> <p>3. Latih pasien dengan verbal yang baik seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Meminta dengan baik,</li> <li>b. Menolak dengan baik.</li> <li>c. Mengungkapkan perasaan dengan baik</li> </ol> <p>SP 4</p> <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah</li> </ol> <p>Sp 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat</li> </ol>	<p>lingkungan sekitar</p> <p>6. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>3. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah</p> <p>4. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat</p> <p>Secara Afektif diharapkan pasien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat</li> <li>2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan</li> <li>3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan</li> </ol>	<p>2. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.</p>	
--	--	--	--	--	--






		<p>mas rasakan saat ini ? mas mau ngobrol dimana ? bagaimana kalo kita mengobrol disini selama 30 menit? Di tempat duduk sebelah sana ya mas? ”)</p> <p>“apa yang mas K rasakan saat ini?”</p> <p>“sejak kapan mas merasakan marah ?”</p> <p>“biasanya yang menyebabkan mas marah itu apa?” “oh gitu ya jadi masnya ngga tau apa penyebabnya? ”</p> <p>“misalnya nih mas, kalau mas K marah gitu apa ada perasaan tegang, kesal, bahkan mengepalkan tangan, dan apakah mas K juga merasa mondar-mandir?”</p> <p>“Lalu, Apa ada tindakan saat mas K sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri, atau memecahkan barang? dan apa akibat dari tindakan yang mas K lakukan?”</p> <p>“baik mas, sekarang saya akan ajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik ya mas, jadi yang pertama mas tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan”,</p> <p>“Nah sekarang ayo kita coba</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjawab salam</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan tanda dan gejala pk</li> <li>3. Pasien tampak bersedia</li> <li>4. melakukan Latihan Tarik nafas dalam</li> <li>5. Pasien bersedia memasukan kedalam jadwal keseharian</li> </ol> <p><b>A : SP 1 teratasi</b></p> <p><b>P : lanjutkan sp 2</b></p> <p><b>Pertahankan sp 1</b></p>	
--	--	--	--	--


		<p>Bersama-sama? Nah bagus, sudah benar”</p> <p>“selanjutnya, mas jangan lupa di catat dan selalu latihan di dalam ruangan mas K ya, agar mas K dapat mengontrol rasa marah mas K , besok saya akan kembali lgi ya mas pada jam 07.00 Wib untuk sesi latihan yang selanjutnya, selamat beristirahat ya mas.)</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak tenang</li> <li>2. ADL mandiri</li> <li>3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi</li> <li>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</li> </ol> <p>Malam (21.00-07.00WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tidur dan bangun jam 05,00WIB</li> <li>2. pasien tidur pulas</li> <li>3. ADL mandiri</li> <li>4. Porsi makan pagi: 1 porsi</li> <li>5. Terapi obat trifluoperazine 5mg, trihexyphenidil 2mg, clozapine 25mg</li> </ol>		
Selasa 18 januari 2022	Resiko Perilaku Kekerasan	Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip	S: “ waalaikumsalam mba” “iya saya	




07.00		<p>terapeutik SP 2 “ assalamualaikum mas” “masih ingat dengan saya ?” “ iya betul” “ gimana mas perasaan hari ini ?” “untuk pertemuan pagi ini saya akan mengajarkan mas yaitu tehnik mengontrol emosi dengan latihan fisik seperti memukul bantal atau Kasur “ “ untuk waktunya 15 menit ya mas ?” “apakah mas bersedia?” “jadi begini mas, ketika mas merasa jengkel atau marah tolong di lampiaskan di Kasur atau bantal untuk melampiaskan kemarahan mas” “apakah mas sudah mengerti dan paham apa yang sudah saya ajarkan” “ apakah obat masih konsumsi dengan rutin mas?” “jadi obat yang bapak konsumsi terkadang berakibat mengantuk tapi saya harap mas bersabar demi kebaikan diri sendiri supaya mas tidak marah lagi” “baik mas terimakasih untuk pertemuan hari ini, besok kita ketemu lagi ya mas di sini jam 7 untuk melakukan Latihan yang berikutnya ya mas” Menurut informasi perawat ruang</p>	<p>ingat mba anik ya “ “ baik mba” “iya bersedia saya” “paham mba, kalo marah nanti saya pukulpukul bantal dan Kasur” “saya masih minum obat teratur selama di RS ini dan tidak pernah membuangnya”</p> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjawab salam</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan tanda dan gejala pk</li> <li>3. Pasien tampak bersedia</li> <li>4. melakukan Latihan fisik 2 yaitu memukul bantal dan kasur</li> <li>5. Pasien bersedia memasukan kedalam jadwal keseharian</li> </ol> <p><b>A</b> : SP 2 teratasi <b>P</b> : lanjutkan sp 3 <b>Pertahankan sp 1,2</b></p>
-------	--	---	--

		<p>gelatik sore (14.00—21.00)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak tenang</li> <li>2. ADL mandiri</li> <li>3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi</li> <li>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</li> </ol> <p>Malam (21.00-07.00WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tidur dan bangun jam 05,00WIB</li> <li>2. pasien tidur pulas</li> <li>3. ADL mandiri</li> <li>4. Porsi makan pagi: 1 porsi</li> <li>5. Terapi obat trifluoperazine 5mg, trihexypenidil 2mg clozapine 25 mg</li> </ol>		
Rabu 19 januari 2022 jam 07.00	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik SP 3 “ assalamualaikum mas” “ masih ingat dengan saya atau tidak” “iya mas betul” “baik mas gimana keadaan hari ini mas? Tidur nyenyak ya mas ?” “sesuai kontrak yang kemaren ya mas hari ini kita akan latihan untuk mengendalikan marah selanjutnya waktunya 20 menit aja mas” “sebelum masuk ke latihan berikutnya saya mau</p>	<p>S: “ waalaikumsalam mba” “ masih dong, mba anik kan?” “alkhmdulilah baik mba, nyenyak mba” “iya mba “ “pertemuan yang pertama mba mengajarkan say jika lagi marah Tarik nafas dalam, dan pertemuan yang kedua mba mengajarkan saya apabila marah untuk melampiaskan ke bantal atau Kasur y amba” “ di lakukan mba kalo marahnya muncul” “ iya mba</p>	

		<p>bertanya bertanya pertemuan kemaren kita melakukan pelatihan apa aja ya mas “iya betul sekali mas, di lakukan atau tidak mas waktu mas merasa marah?” “bagus mas di ingat selalu ya” “baik mas untuk pertemuan kali ini saya akan mengajarkan mas mengontrol marah dengan cara meminta dan menolak dengan dengan cara verbal, jadi misalnya ni masnya di ejek atau di hina oleh orang lain, masnya bisa menegur orang itu dengan nada pelan, pak tolong jangan hina atau ejek saya. Dengan sopan “masnya sudah ngerti apa belum, bisa di lakukan ya mas?” “obatnya masih di minum rutin?”</p> <p>“sudah paham ya mas yang saya ajarkan barusan?” “baik mas pertemuan hari ini sampai sini dulu ya besok kita bertemu lagi pada jam 09.00 ya mas untuk latihan yang selanjutnya” “terimakasih ya mas “</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak tenang</li> <li>2. ADL mandiri</li> </ol>	<p>mengerti” “di minum terus mba karna saya pingin pulang “ “ sudah mba “ “ iya mba “ “ iya sama-sama”</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjawab salam</li> <li>2. Pasien merasakan manfaat dari Latihan yang sudah di lalui</li> <li>3. Pasien bersedia</li> <li>4. melakukan menolak dan meminta dengan cara verbal dan baik</li> <li>5. Pasien bersedia memasukan kedalam jadwal keseharian</li> </ol> <p><b>A</b> : SP 3 teratasi  <b>P</b> : lanjutkan sp4  <b>Pertahankan sp 1,2 ,3</b></p>	
--	--	--	---	--


		<p>3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi</p> <p>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</p> <p>Malam (21.00-07.00WIB)</p> <p>1. pasien tidur dan bangun jam 04,00WIB</p> <p>2. pasien tidur pulas</p> <p>3. ADL mandiri</p> <p>4. Porsi makan pagi: 1 porsi</p> <p>5. Terapi obat trifluoperazine 5mg, trihexypenidil 2mg clozapine 25 mg</p>		
Kamis, 20 januari 2022 jam 09.00	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik</p> <p>SP 4</p> <p>“ assalamualaikum mas, selamat pagi?” “ masih ingat saya atau nda mas ?” “ gimana mas hari ini kabarnya ? tidurnya nyenyak mas?” “bertemu lagi ya mas jangan bosan-bosan “sesuai dengan perjanjian kemaren ya mas kita akan melatih cara yang berikutnya” “ baik mas saya mau bertanya masih ingatkah yang saya ajarkan apa saja ?” “ bagus mas, di lakukan ya mas jika mas lagi marah “</p> <p>“ baik pertemuan kali ini saya akan</p>	<p>S:</p> <p>“waalaikumsalam mba, selamat pagi,” “ingat dong mba anik kan” “alkhamdulillah mba sehat, nyenyak sekali mba “ “masih mb acara yang pertama itu dengan Tarik nafas dalam, yang kedua itu dengan cara memukul bantal atau Kasur mba terus yang ketiga itu meminta dan menolak dengan halus y amba ?” “iya mba di lakukan kok” “iya mba” “iya mba akan saya coba besok “ “iya mba “</p> <p>“ iya mba sama-sama aamiin”</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien mampu menjawab salam</p>	

		<p>mengajarkan untuk cara yang berikutnya yaitu dengan spiritual contohnya begini mas jika msnya sedang marah ataupun jengkel masnya bisa sholat ,membaca istighfar, wudhu, ngaji juga bisa mas, jangan di lampiaskan marah-marahan kan marah-marahan itu biasanya bawaanya makhluk gaib, bisa mas lakukan atau tidak ?” “bagus mas selalu di ingat ya mas” ”baik mas masukan jadwal harian ya “ “terimakasih mas untuk pertemuan pagi ini semoga mas sehat selalu ya, besok kita bertemu Kembali di sini ya “</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak tenang</li> <li>2. ADL mandiri</li> <li>3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi</li> <li>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</li> </ol> <p>Malam (21.00-07.00WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tidur dan bangun jam 05,00WIB</li> <li>2. pasien tidur pulas</li> <li>3. ADL mandiri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.Pasien mampu menjelaskan ulang apa yang sudah di ajarkan pada hari sebelumnya</li> <li>3. Pasien tampak bersedia</li> <li>4. melakukan Latihan dengan cara spiritual</li> <li>5. Pasien bersedia memasukan kedalam jadwal keseharian</li> </ol> <p>A: Sp 4 teratasi P: lanjutkan sp 5</p> <p>Pertahankan sp 1,2,3,4</p>	
--	--	--	--	--

		4. Porsi makan pagi: 1 porsi 5. Terapi obat trifluoperazine 5mg, trihexyphenidil 2mg clozapine 25 mg		
Jumat 21 Januari 2022 jam 10.00	Resiko Perilaku Kekerasan	Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik SP 5 “ assalamualaikum mas k, gimana kabarnya hari ini ? “ “ gimana tidurnya nyenyak atau tidak ?” “masih inget dengan saya ya mas?” “benar sekali mas “ “jangan bosan ya mas ketemu dengan saya “ “ mas masih ingat ngga dari hari senin kemaren saya ajarkan apa aja buat mengatasi rasa marahnya mas “ “ coba sebutkan apa saja mas “ “ bagus sekali mas alhamdulillah kalo masih ingat “ “ baik mas hari ini kita kan bertemu lagi, masnya tau ngga, setiap hari kan minum obat ya, bisa nda menyebutkan nama-nama obat yang mas konsumsi tiap hari ?” “ coba ada obat apa saja mas?” “ bagus mas, terus tau ngga gunanya obat-obat tersebut buat apa , mas ?” “ bagus mas bener, nah itu sudah tau kegunaan obat-obat tersebut tetapi kenapa kemaren sebelum masuk	S: “ waalaikumsalam mba, baik alhamdulillah” “ alhamdulillah mba nyenyak banget “ “ inget dong mba anik yang kemaren kan ?” “iya mba ngga bakalan bosan kok” “ masih mba “ “ yang pertama itu Latihan fisik 1 mba Tarik nafas dalam, yang kedua latih fisik 2 mba yaitu memukul bantal dan tempat tidur yang ke tig aitu meminta dan menolak dengan verbal mba terus yang terakhir itu dengan cara beribadah sholat berdoa gitu mba” “bisa mba, obat yang pertama itu trifluoperazine, trihexyphenidil, dan clozapine.” “tau mba kalo yang trifluoperazine itu buat gangguan kecemasan yang berlebihan mba, terus yang trihexyphenidil buat obat “ iya mba “” iya mba terimakasih banyak ya” “iya mba boleh “”waalaikumsalam “	



		<p>sini ngga mau di minum teratur obatnya besok kalo sudah sembuh sudah keluar obat-obat tersebut harus diminum secara teratur ya mas, agar masnya tidak masuk Rumah Sakit lagi ya “janji ya harus di minum teratur” “ bagus mas” “ perbincangan kita sampai di sini dulu ya mas jangan lupa masukan ke jadwal harian ya mas terimakasih atas waktunya besok kita ketemu lagi ya mas” “besok ketemu di sini lagi ya mas ?” “ terimakasih mas assalamualaikum”</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak tenang</li> <li>2. ADL mandiri</li> <li>3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi</li> <li>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</li> </ol> <p>Malam (21.00-07.00WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tidur dan bangun jam 04,00WIB</li> <li>2. pasien tidur pulas</li> <li>3. ADL mandiri</li> <li>4. Porsi makan pagi: 1 porsi</li> </ol>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjawab salam</li> <li>2. Pasien mampu menjelaskan ulang apa yang sudah di ajarkan pada hari sebelumnya</li> <li>3. Pasien tampak bersedia</li> <li>4. pasien akan meminum obat secara teratur jika keluar dari Rumah Sakit</li> <li>5. Pasien bersedia memasukan kedalam jadwal keseharian</li> </ol> <p>A:</p> <p>Sp:5 teratasi</p> <p>P: Pertahankan sp 1,2,3,4 dan 5</p>	
--	--	---	--	--

		5. Terapi obat trifluoperazine 5mg, trihexypenidil 2mg clozapine 25 mg		
Sabtu, 22 Januari 2022 jam 10.00	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip terapeutik</p> <p>Evaluasi SP 1,2,3,4, dan 5</p> <p>“assalamualaikum mas selamat pagi “</p> <p>“gimana kabarnya mas hari ini?”</p> <p>“ketemu lagi kita ya mas,” “ gimana mas tidurnya semalam nyenyak atau tidak ?” “ baik mas sesuai perjanjian yang kita buat kemaren hari ini kita bertemu untuk mengevaluasi tehnik-tehnik yang sudah saya ajarkan selama 5 hari ini ya mas” “ masih ingat tidak mas untuk 5 tehnik yang kemaren saya ajarkan ?” “ oke baik mas sebutkan yang pertama apa kemaren mas ?”</p> <p>“bagus yang kedua apa mas ?” “ oo lupa ya yang ke dua itu latihan fisik 2 yaitu dengan cara memukul kasur atau bantal ya “ “untuk yang ketiga apa mas ? “ “ bagus mas yang ke empat sama yang ke lima apa mas ?“ “ bagus mas tetap di ingat ya mas yang saya ajarkan, di setiap mas mau marah ataupun masnya kesel sama orang lakukan hal-hal tersebut ya?” “ baik</p>	<p>S:</p> <p>“ waalaikum salam mba selamat pagi “ “alkhamdulillah sehat mba”</p> <p>“ iya mba “ “ nyenyak mba “ “iya mba “ “sedikit-dikit ingat mba “</p> <p>“untuk yang pertama yaitu latihan fisik 1 ya mba Tarik nafas dalam”</p> <p>“untuk yang kedua saya lupa mba</p> <p>“ oiya itu mba “ yang ketiga itu meminta dan menolak dengan cara yang baik ataupun sopan mba” “ yang ke empat itu dengan car akita sholat atau berdoa atau berzikir mba terakhir itu obatnya di minum secara teratur mba betul ngga mba</p> <p>“ “ iya mba selalu ingat kok dan selalu saya jalankan Ketika rasa marah saya muncul” “ terimakasih mba” “ iya mba sama-sama “</p> <p>“aamiin mba “ “waalaikum salam mba “</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien mampu menjawab salam</p> <p>2. Pasien mampu menjelaskan</p>	

		<p>mas pertemuan kita sudah cukup sampai disini dulu ya mas terimakasih untuk waktunya “ “ oiya mas saya mau bilang hari ini saya terakhir praktek di Rumah Sakit ini jadi kalo selama saya berbincang-bincang dengan mas ada salah kata atau perbuatan saya minta maaf ya mas “ “ semoga cepat sembuh, obatnya selalu rutin di minum ya, dan jangan lupa kontrol juga yang rutin.” “ baik mas saya pergi dulu assalamualaikum wr wb”</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tampak tenang</li> <li>2. ADL mandiri</li> <li>3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi</li> <li>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</li> </ol> <p>Malam (21.00-07.00WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien tidur dan bangun jam 04,00WIB</li> <li>2. pasien tidur pulas</li> <li>3. ADL mandiri</li> <li>4. Porsi makan pagi: 1 porsi</li> </ol>	<p>ulang apa yang sudah di ajarkan pada hari sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pasien tampak bersedia</li> <li>4. pasien akan mengingat semua yang di ajarkan oleh perawat mahasiswa</li> <li>5. Pasien bersedia memasukan kedalam jadwal keseharian</li> </ol> <p>A: SP 1,2,3,4, dan 5 teratasi</p> <p>P: SP 1,2,3,4, dan 5 di pertahankan</p>	
--	--	---	--	--

		5. Terapi obat trifluoperazine 5mg, trihexyphenidil 2mg clozapine 25 mg		
--	--	--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn. K dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang beresiko dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan Tujuan: Untuk membantu pasien dalam mengekspresikan perasaannya, perlu dilakukan upaya mengajarkan tindakan asertif. Pada kasus Tn. K yang dialami klien adalah Risiko Perilaku Kekerasan.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data, analisis data atau perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistic, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespon secara efektif karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Selanjutnya membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan pasien, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien telah mengadakan

perkenalan dan memberi penjelasan maksud dari penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dapat terbuka dan membina hubungan saling percaya.

Sedangkan pada Tn. K penulis melakukan proses pengkajian yang terdapat di teori dengan ditambah keluhan saat ini. Penulis melakukan pengkajian yakni keluhan saat ini bertujuan untuk mendapatkan data yang aktual karena klien sudah masuk Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya selama 4 hari yaitu tanggal 13 Januari 2022 sampai 17 Januari 2022.

## **4.2 Analisa Data**

Pada tinjauan teori, daftar masalah yang muncul yaitu harga diri rendah, resiko perilaku kekerasan, resiko mencederai diri, koping individu tidak efektif, dan koping keluarga tidak efektif.

Sedangkan pada Tn. K daftar masalah yang muncul yaitu koping keluarga tidak efektif, respon pasca trauma, distress spiritual, ansietas, halusinasi penglihatan, gangguan proses pikir, isolasi sosial, koping individu tidak efektif, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah.

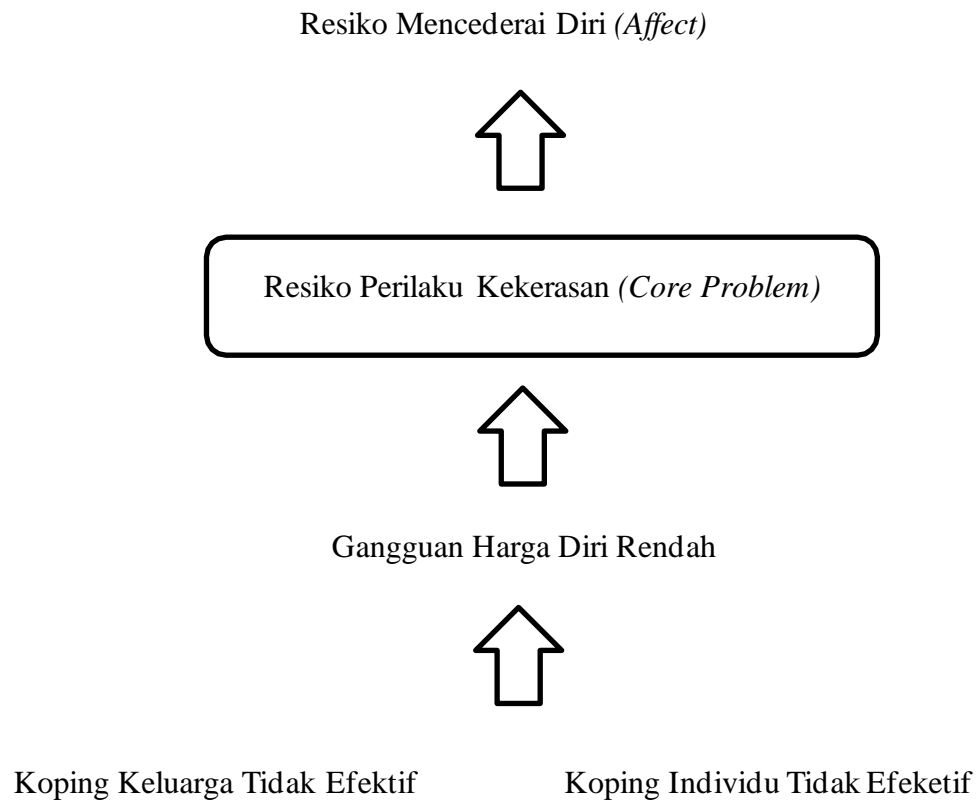
Hasil pengkajian pada Tn. K penulis mendapatkan daftar masalah yang berbeda dengan teori dimana daftar masalah yang ditemukan pada Tn. B tidak terdapat dalam teori, diantaranya:

1. Koping Keluarga Tidak Efektif, karena pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa kakak kandungnya yang pertama mengalami hal yang sama dengan klien yaitu gangguan jiwa.

2. Respon Pasca Trauma, karena saat pengkajian didapatkan pengalaman masa lalu klien yang tidak menyenangkan yaitu klien ditipu oleh temannya yang membawa kabur motor klien.
3. Harga Diri Rendah, karena pada saat pengkajian klien mengatakan merasa malu kepada kedua orang tuanya karena sekarang menjadi beban keluarganya karena klien saat ini sakit.
4. Isolasi Sosial, karena saat pengkajian didapatkan klien jika dirumah ataupun diruangan jarang berinteraksi dengan temannya, klien lebih suka tidur dan membaca buku daripada berinteraksi dengan orang disekitarnya.
5. Distress Spiritual, karena pada saat pengkajian klien mengatakan sejak dirumah sakit tidak pernah beribadah, karena merasa tidak ada sarana dan prasarana.
6. Resiko Perilaku Kekerasan, karena pada saat pengkajian didapatkan nada suara klien tinggi dan keras saat berbicara, dan didapatkan klien terkadang mengepalkan tangannya.
7. Ansietas, karena saat pengkajian didapatkan klien mengatakan khawatir pada ayahnya karena takut dirumah tidak ada yang membantu pekerjaan ayahnya sebagai tukang las.
8. Halusinasi Penglihatan, karena saat pengkajian klien mengaku dia mempunyai pasukan raja-raja dan yang hanya bisa melihat yaitu dirinya.
9. Gangguan Proses Pikir, karena saat pengkajian klien mengaku dia mempunyai pasukan raja-raja dan yang hanya bisa melihat yaitu dirinya.
10. Koping Individu Tidak Efektif, karena pada saat pengkajian klien mengatakan tidak pernah mau mendengarkan nasehat dari orang tuanya.

### 4.3 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teori diagnosa keperawatan terdapat pohon masalah sebagai berikut:



Gambar 4 diagnosa keperawatan

Didalam mengambil diagnosa keperawatan tidak ada kesenjangan, pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus diagnosa yang ada adalah Isolasi sosial, Resiko Perilaku Kekerasan sebagai masalah utama dan Harga diri rendah.



#### 4.4 Perencanaan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Resiko Perilaku Kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) pada klien. Pada tinjauan teori terdapat tujuan kriteria evaluasi pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien.

##### 1. Tujuan:

Secara kognitif diharapkan pasien dapat:

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko perilaku kekerasan
- c. Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan
- d. Pasien mampu menyebutkan akibat dari Tindakan yang di lakukan
- e. Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu Tarik nafas dalam.

Secara psikomotor diharapkan pasien dapat:

- a. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat
- b. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu, relaksasi tarik nafas dalam

Secara afektif diharapkan pasien dapat:

- a. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat
- b. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan
- c. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan

## 2. Intervensi:

### a. SP I:

- 1) Identifikasi risiko perilaku kekerasan pasien.
  - a) Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi.
  - b) Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi.
  - c) Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami
  - d) Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien
- 2) Melatih pasien dengan cara fisik 1: Relaksasi tarik napas dalam,
- 3) Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat.

### b. SP II:

- 1) Evaluasi kegiatan yang lalu
  - a) Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan
  - b) Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
  - c) Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan
  - d) Pasien mampu mempratikkan cara fisik 1 yaitu relaksasi: tarik napas dalam.
- 2) Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur
- 3) Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari

c. SP III:

- 1) Evaluasi kegiatan yang lalu
- 2) Pasien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu melakukan pukul kasur/bantal.
- 3) Latih pasien dengan verbal yang baik seperti:
  - a) Meminta dengan baik,
  - b) Menolak dengan baik.
  - c) Mengungkapkan perasaan dengan Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan

d. SP IV:

- 1) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah.

e. SP V:

- 1) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
- 2) Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.

#### **4.5 Pelaksanaan**

Pada tinjauan teori implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implementasi keperawatan sering kali jauh berbeda dengan apa yang telah direncanakan. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana yang tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika ada tindakan yang fatal, dan tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan sesuai

keadaan klien saat ini. Pada saat akan melakukan tindakan keperawatan harus membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan tujuan apa yang dikerjakan. Dokumentasikan semua kegiatan yang dilaksanakan beserta repon pasien (Keliat, 2005).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus. Tahap pelaksanaan tindakan keperawatan ini dilakukan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai tanggal 22 Januari 2022. SP 1 dilaksanakan pada tanggal 17 Januari 2022 selama 25 menit dengan topik membina hubungan saling percaya, mendiskusikan tentang resiko perilaku kekerasan dan melatih Tarik nafas dalam. Pasien kooperatif dan kontak mata ada namun tajam, saat dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, pasien mau menyebutkan namanya “nama saya K, mbak”. Saat diajarkan berkenalan pasien dapat mengikuti, pasien dapat berjabat tangan dan mengucapkan salam kepada perawat yang mengajaknya berkenalan. Pada SP 1 sebagian besar tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Dalam tinjauan kasus didapatkan pasien mampu menjelaskan kemarahan seperti apa yang dialaminya.

Pada tanggal 18 Januari 2022 melakukan SP 2 selama 20 menit. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dan melanjutkan SP ke 2. Dihari ketiga yaitu tanggal 19 Januari 2022 melanjutkan SP 3, pasien kooperatif selama wawancara.

Pada tanggal 20 Januari 2022 pasien melanjutkan SP 4 dan di tanggal 21 Januari 2022 melanjutkan SP 5, dihari terakhir yaitu tanggal 22 Januari 2022

pasien mengevaluasi SP 1 hingga SP 5 dan pasien mampu melakukannya walaupun harus sedikit dibantu untuk mengingatkan hal apa saja yang perlu disebutkan.

Tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yang terdapat pada pelaksanaan SP pasien karena pasien mampu kooperatif. Selama pelaksanaan pasien kooperatif pada hari pertama hingga hari keenam.

#### **4.6 Evaluasi**

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien di rawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

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

#### **5.1 Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah penulis uraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan., maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan. pada Tn. K. dengan diagnosa medis Skizofrenia Tak Terinci di dapatkan kesimpulan bahwa pasien sudah bisa menjadi lebih baik daripada hari pertama dia berada diruangan Gelatik pada 13 Januari 2022
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan. pada Tn. K. dengan diagnosa medis Skizofrenia Tak Terinci di dapatkan tiga permasalahan aktual, yaitu (1) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, (2) Risiko Perilaku Kekerasan dan (3) Isolasi Sosial.

3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan risiko perilaku kekerasan.
4. Intervensi Keperawatan yang diberikan kepada Tn.K yaitu strategi yang diberikan kepada pasien ada 5 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 bertujuan membina hubungan saling percaya dengan perawat, mampu memahami tanda gejala, penyebab, dan akibat dari risiko perilaku kekerasan dan mampu mengontrol rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam, SP 2 bertujuan agar mampu mengontrol rasa marah dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal. Pada SP 3 bertujuan agar pasien mampu melakukan latihan bicara yang baik dengan meminta yang baik, menolak yang baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik. SP 4 bertujuan agar pasien mampu melakukan kegiatan spiritual atau dengan cara sholat atau berdoa jika perasaan marah itu muncul dan SP 5 bertujuan untuk mengingatkan pasien seberapa penting obat yang di konsumsi oleh pasien.
5. Tindakan keperawatan pada Tn.K. dilakukan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama 5 hari tersebut pasien mampu berinteraksi dengan orang lain.
6. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.

7. Pada akhir evaluasi pada tanggal 22 Januari 2021 tujuan dapat tercapai karena kondisi pasien yang mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
8. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien Tn. K, yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022.

## **5.2 Saran**

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

1. Bagi pihak institusi pendidikan

Diharapkan studi dokumentasi ini dapat dijadikan salah satu referensi untuk menambah wawasan pengetahuan dan pengembangan dalam memperoleh pengalaman bagi mahasiswa STIKes Hang Tuah Surabaya dalam mengaplikasikan pembelajaran keperawatan jiwa khususnya pada pasien isolasi sosial.

2. Bagi perawat

Untuk memperluas wawasan dan pengetahuan untuk meningkatkan profesionalisme bagi khususnya perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan skizofrenia tak terinci.

3. Bagi pasien

Semoga dengan penulisan karya tulis ilmiah ini pasien dapat mengerti dengan penyakit yang pasien alami dan dapat menerapkan intervensi yang telah diberikan untuk mencapai kesembuhan yang pasien harapkan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Budi Anna Keliat, P. D., S. Hamid, P. A. Y., & Eka Putri, Y. S. (2019). (2019). *No Title asuhan keperawatan jiwa*.
- DEPKES. (2015). No Title. *FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SKIZOFERNIA*.
- hernida D. Lestari.S.Pd., M. K. . (2016). *stres dan adaptasi* . Ns. Titik Setianingrum, SKep.,M.Kep , Dra. Budi Kusumawati ,M.Ed. <http://repositori.kemdikbud.go.id/12985/1/2>. MODUL 2 Keperawatan.pdf
- Mushlihin. (2012, December 11). *Skizofrenia menurut Para Ahli*. <https://www.referensimakalah.com/2012/12/skizofrenia-menurut-para-ahli.html>
- Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). *Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga di Desa Tambakmas Kebonsari - Madiun*. 3(2), 300–303.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan aplikasi asuhan keperawatan jiwa*. Nuha Medika.
- Rusdi, D. (2013). No Title. *Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*, 262.
- Setianti. (2019). No Title. *KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)*.
- WHO 2017 A. (n.d.). *seri sumbangan pemikiran psikologi untuk bangsa ke 5 kesehatan jiwa dan resolusi pascapandemi di indonesia*. 2017 A. Retrieved February 13, 2022, from <https://himpsi.or.id/web/content/2735>
- yusuf, A H, F.,& R&Nihayati, H. . (2015). *No Title asuhan keperawatan kesehatan jiwa*.

LAMPIRAN STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

## Lampiran 1

Pertemuan :ke-1 klien

Hari/Tanggal : Senin 17 Januari 2022

Nama Pasien : Tn. K

Ruang : Gelatik

A. Proses keperawatan

1. Kondisi pasien

Pasien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih sesuai, pasien

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan

a. Secara kognitif :

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- 2) Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko kekerasan
- 3) Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan
- 5) Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam

b. Secara psikomotor

- 1) Pasien mampu bersalaman dengan perawat
- 2) Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam

c. Secara Afektif

- 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 perasaanya sebelum dan sesudah latihan

4. Tindakan Keperawatan

Membina hubungan saling percaya

Melakukan SP 1: Latihan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam

B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“selamat pagi mas perkenalkan nama saya anik hanifah, saya biasa di panggil anik saya mahasiswa perawat dari Stikes Hang Tuah Surabaya, kalau boleh tau nama masnya siapa ya? biasa di panggil apa mas?”

b. Evaluasi/ Validasi

“apa yang mas K rasakan saat ini?” “sejak kapan mas merasakan marah ?”  
 “biasanya yang menyebabkan mas marah itu apa?”

c. Kontrak

“Baik lah mas K bolehkah kita berbincang-bincang tentang apa yang mas rasakan saat ini ? mas mau ngobrol dimana ? bagaimana kalo kita mengobrol disini selama 30 menit? Di tempat duduk sebelah sana ya mas?”

2. Fase Kerja

“ sejak kapan mas merasakan marah?” “biasanya yang menyebabkan mas marah apa” “ oo gitu mas jadi masnya ngga tau apa yang menyebabkan mas marah ya ?” “ misalnya nih masnya lagi kalu lagi marah gitu apa merasa tegang kesal bahkan mengepalkan tangan masnya dan apakah masnya mondar-mandir ?” “ lalu Tindakan apa yang mas lakukan kalua sedang marah seperti memukuk atau menyakiti diri sendiri atau memecahkan barang ? dan apa mas tau akibatnya dari tindakan yang mas lakukan?” “ baik mas sekarang saya mau mengajarkan cara mengontrol marah dengan Latihan fisik 1 apakah mas bersedia ?” “baik mas caranya yaitu dengan menarik nafas Panjang secara perlahan dari hidung lalu tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan “ “ nah sekarang ayo kita coba bersama-sama “ “ nah sudah benar “

### 3. Fase Terminasi

#### a. Evaluasi Subyektif

“ bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang ?” “ iya jadi masnya ngga tau apa penyebab masnya marah-maraha ya “ “ coba selama saya tidak ada ingat-ingat lagi ya apa penyebab masnya marah dan jangan lupa latihan tarik nafas dalam ya mas”

#### b. Evaluasi Obyektif

Px melakukan latihan nafas dalam 1 kali setelah di ajarkan oleh perawat lalu pasien pergi

#### c. Kontral (Topik, Tempat, Waktu)

“ besok saya kembali lagi untuk sesi latihan yang selanjutnya ya mas jam  
07.00 WIB “

## Lampiran 2

Pertemuan :ke-2 klien

Hari/Tanggal : Selasa 18 Januari 2022

Nama Pasien : Tn. K

Ruang : Gelatik

### A. Proses keperawatan

#### 1. Kondisi pasien

Pasien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih sesuai, pasien

#### 2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

#### 3. Tujuan

##### a. Secara kognitif :

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- 2) Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko kekerasan
- 3) Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan

5) Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara fisik 2 yaitu memukul kasur atau bantal.

b. Secara psikomotor

1) Pasien mampu bersalaman dengan perawat

2) Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul kasur atau bantal.

c. Secara Afektif

1) Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang di ajarkan perawat

2) Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan

3) Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan

4. Tindakan Keperawatan

Membina hubungan saling percaya

Melakukan SP 2 : latih cara fisik 2 yaitu memukul kasur atau bantal

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“assalamualaikum mas selamat pagi “ “ masih ingat dengan saya atau tidak mas ?”

b. Evaluasi/ Validasi

“gimana hari ini perasaannya mas? Apakah masih ada rasa marah atau tidak “

c. Kontrak

“sesuai dengan perjanjian kemaren ya mas hari ini saya akan mengajarkan teknik yang kedua untuk waktunya 15 menit ya mas “ “ apakah mas bersedia?”

## 2. Fase Kerja

“jadi begini mas, ketika mas merasa jengkel atau marah tolong di lampiaskan di kasur atau bantal untuk melampiaskan kemarahan mas”

“apakah mas sudah mengerti dan paham apa yang sudah saya ajarkan” “ apakah obat masih konsumsi dengan rutin mas?” “jadi obat yang bapak konsumsi terkadang berakibat mengantuk tapi saya harap mas bersabar demi kebaikan diri sendiri supaya mas tidak marah lagi”

## 3. Fase Terminasi

### a. Evaluasi Subyektif

“ bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang ?”

” coba mas jelaskan Latihan yang sudah di ajarkan kemaren”

“nah bagus” “ coba selama saya tidak ada ingat-ingat lagi ya apa penyebab masnya marah dan jangan lupa untuk memukul kasur atau bantal ya untuk melampiaskan rasa marahnya”

### b. Evaluasi Obyektif

Px melakukan memukul bantal dan kasur 1 kali setelah di ajarkan oleh perawat lalu pasien pergi

### c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“ besok saya Kembali lagi untuk sesi latihan yang selanjutnya ya mas jam 07.00 WIB “



## Lampiran 3

Pertemuan :ke-3 klien

Hari/Tanggal : Rabu 19 Januari 2022

Nama Pasien : Tn. K

Ruang : Gelatik

A. Proses keperawatan

1. Kondisi pasien

Pasien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih sesuai, pasien

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan

a. Secara kognitif :

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- 2) Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko kekerasan
- 3) Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan
- 5) Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara meminta dan menolak dengan cara verbal atau dengan cara baik.

b. Secara psikomotor

- 1) Pasien mampu bersalaman dengan perawat
- 2) Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara meminta dan menolak dengan cara verbal atau baik

c. Secara Afektif

- 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 perasaanya sebelum dan sesudah latihan

4. Tindakan Keperawatan

Membina hubungan saling percaya

Melakukan SP 3 : meminta atau menolak dengan cara verbal atau baik

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“ assalamualaikum mas” “ masih ingat dengan saya atau tidak”

b. Evaluasi/ Validasi

baik mas gimana keadaan hari ini mas? Tidur nyenyak ya mas ?“

c. Kontrak

“sesuai kontrak yang kemaren ya mas hari ini kita akan latihan untuk mengendalikan marah selanjutnya waktunya 20 menit aja mas“

2. Fase Kerja

“ baik mas untuk pertemuan kali ini saya akan mengajarkan mas mengontrol marah dengan cara meminta dan menolak dengan dengan cara verbal, jadi misalnya ni masnya di ejek atau di hina oleh orang lain, masnya bisa menegur orang itu dengan nada pelan, pak tolong

jangan hina atau ejek saya. Dengan sopan “ “ masnya sudah ngerti apa belum, bisa di lakukan ya mas?”

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

“ bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang ?” “saya mau bertanya pertemuan kemaren kita melakukan pelatihan apa aja ya mas” “ nah bagus sekali”

b. Evaluasi Obyektif

Px melakukan memukul bantal dan kasur 1 kali setelah di ajarkan oleh perawat lalu pasien pergi

c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

d. “baik mas pertemuan hari ini sampai sini dulu ya besok kita bertemu lagi pada jam 09.00 ya mas untuk latihan yang selanjutnya” “ terimakasih ya mas”

## Lampiran 4

Pertemuan :ke-4 klien

Hari/Tanggal : Kamis 20 Januari 2022

Nama Pasien : Tn. K

Ruang : Gelatik

A. Proses keperawatan

1. Kondisi pasien

Pasien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih sesuai, pasien

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan

a. Secara kognitif :

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- 2) Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko kekerasan
- 3) Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan
- 5) Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan cara spiritual dengan berdoa dan beribadah

b. Secara psikomotor

- 1) Pasien mampu bersalaman dengan perawat
- 2) Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual dengan berdoa dan beribadah

c. Secara Afektif

- 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

4. Tindakan Keperawatan

Membina hubungan saling percaya

Melakukan SP 4: spiritual dengan berdoa dan beribadah

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“ assalamualaikum mas, selamat pagi?” “ masih ingat saya atau nda mas ?”

b. Evaluasi/ Validasi

“ gimana mas hari ini kabarnya ? tidurnya nyenyak mas?”

c. Kontrak

”sesuai dengan perjanjian kemaren ya mas kita akan melatih cara yang berikutnya”

2. Fase Kerja

“ baik mas saya mau bertanya masih ingatkah yang saya ajarkan apa saja ?” “ bagus mas, di lakukan ya mas jika mas lagi marah “ “ baik pertemuan kali ini saya akan mengajarkan untuk cara yang berikutnya yaitu dengan spiritual contohnya begini mas jika msnya sedang marah

ataupun jengkel masnya bisa sholat ,membaca istighfar, wudhu, ngaji juga bisa mas, jangan di lampiaskan marah-marah kan marah-marah itu biasanya bawaanya makhluk gaib, bisa mas lakukan atau tidak ?” “ bagus mas selalu di ingat ya mas” ”baik mas masukan jadwal harian ya “

### 3. Fase Terminasi

#### a. Evaluasi Subyektif

“ bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang ?” “ iya jadi masnya ngga tau apa penyebab masnya marah-marah ya “ “ coba selama saya tidak ada ingat-ingat lagi ya apa penyebab masnya marah dan jangan lupa untuk selalu berdoa dan mendekatkan diri kepada Alloh SWT ya untuk melampiaskan rasa marahnya”

#### b. Evaluasi Obyektif

Px melakukan berdoa dan beribadah setelah di ajarkan oleh perawat lalu pasien pergi

#### c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“ besok saya Kembali lagi untuk sesi Latihan yang selanjutnya ya mas jam 10.00 WIB“

## Lampiran 5

Pertemuan :ke-5 klien

Hari/Tanggal : Jumat 21 Januari 2022

Nama Pasien : Tn. K

Ruang : Gelatik

A. Proses keperawatan

1. Kondisi pasien

Pasien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih sesuai, pasien

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan

a. Secara kognitif :

- 1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- 2) Pasien mampu memahami tanda dan gejala perilaku resiko kekerasan
- 3) Pasien mampu menyebutkan penyebab dari resiko perilaku kekerasan
- 4) Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan
- 5) Pasien mampu menyebutkan cara mengatasi rasa marah dengan terapi farmakologi atau obat.

b. Secara psikomotor

- 1) Pasien mampu bersalaman dengan perawat
- 2) Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara dengan terapi farmakologi atau obat.

c. Secara Afektif

- 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 perasaanya sebelum dan sesudah latihan

4. Tindakan Keperawatan

Membina hubungan saling percaya

Melakukan SP 5 : terapi farmakologi atau obat

B. Strategi Komunikasi

1. Fase Orientasi

a. Salam Terapeutik

“ assalamualaikum mas k, gimana kabarnya hari ini ? “

b. Evaluasi/ Validasi

“ gimana tidurnya nyenyak atau tidak ?” “masih inget dengan saya ya mas?” “benar sekali mas “ “jangan bosan ya mas ketemu dengan saya “

c. Kontrak

“ sesuai dengan perjanjian kemaren ya mas hari ini saya akan mengajarkan teknik yang kedua untuk waktunya 15 menit ya mas “ “ apakah mas bersedia?”

2. Fase Kerja

“ “ coba sebutkan apa saja mas “ “ bagus sekali mas alhamdulillah kalo masih ingat “ “ baik mas hari ini kita kan bertemu lagi, masnya tau ngga, setiap hari kan minum obat ya, bisa nda menyebutkan nama-nama obat yang mas konsumsi tiap hari ?” “ coba ada obat apa saja mas?” “ bagus



mas, terus tau ngga gunanya obat-obat tersebut buat apa , mas ?” “ bagus mas bener, nah itu sudah tau kegunaan obat-obat tersebut tetapi kenapa kemaren sebelum masuk sini ngga mau di minum teratur obatnya besok kalo sudah sembuh sudah keluar obat-obat tersebut harus diminum secara teratur ya mas, agar masnya tidak masuk Rumah Sakit lagi ya “ “janji ya harus di minum teratur” “ bagus mas”

### 3. Fase Terminasi

#### a. Evaluasi Subyektif

“ bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang ?” “ iya jadi masnya ngga tau apa penyebab masnya marah-marah ya “ “ coba selama saya tidak ada ingat-ingat lagi ya apa penyebab masnya marah dan jangan lupa untuk memukul Kasur atau bantal ya untuk melampiaskan rasa marahnya”

#### b. Evaluasi Obyektif

Px bersedia untuk meminum obat secara teratur

#### c. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“ besok saya Kembali lagi untuk sesi Latihan yang selanjutnya ya mas jam 10.00 WIB “

### EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN

Nama Pasien : Tn. K

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : Anik Hanifah

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

No	Kemampuan	Tanggal					
		17	18	19	20	21	22
<b>A</b>	Pasien SP 1	17	18	19	20	21	22
1	Mengidentifikasi penyebab PK	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Mengidentifikasi PK yang dilakukan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Mengidentifikasi akibat PK	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	Menyebutkan cara pengendalian PK	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	Membantu mempraktikan latihan nafas dalam, pukul kasur/ bantal/, berolahraga/ jalan-jalan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>B</b>	Pasien SP 2	17	18	19	20	21	22
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Melatih pasien de-enskalasi (curhat)		✓	✓	✓	✓	✓
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian		✓	✓	✓	✓	✓
<b>C</b>	Pasien SP 3	17	18	19	20	21	22
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Mengontrol PK dengan cara verbal meminta/ menolak/ mengungkapkan dengan baik	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>D</b>	Pasien SP 4	17	18	19	20	21	22
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	✓	✓	✓	✓	✓	✓

2	Mengontrol PK dengan cara melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>E</b>	Pasien SP 5	17	18	19	20	21	22
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Mengontrol PK dengan cara melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	✓	✓	✓	✓	✓	✓