

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA RISIKO
PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFERNIA CATATONIC DI RUANG GELATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR



Oleh :

A. FANANI ABDUL AZIZ

NIM. 192.0001

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2022

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA RISIKO
PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SKIZOFERNIA CATATONIC 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 :

A. FANANI ABDUL AZIZ

NIM. 192.0001

PROGRAM STUDI DIII 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 Suarabaya

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

Surabaya, 20 Januari 2022

A. FANANI ABDUL AZIZ

NIM. 19.200.01

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : A. Fanani Abdul Aziz
Nim : 1920001
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Masalah Utama
Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis
Skizofrenia Catatonic Di Ruang Gelatik Rumah Sakit
Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)

Surabaya, 14 Februari 2022

Pembimbing



Dr. A. V. Sri Subhardiningsih, S.Kp., M.Kes.

NIP. 04.015

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Nama : A. Fanani Abdul Aziz
Nim : 1920001
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. S Masalah Utama
Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis
Skizofrenia Catatonic Di Ruang Gelatik Rumah Sakit
Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur

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

Hari, Tanggal : 23 Februari 2022

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

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 Syadiyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

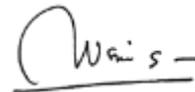
NIP. 03.009

Penguji II : Oyang 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

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

NIP.03.0007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal :

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“Ketakutanmu terhadap kegagalan, itulah yang membuatmu gagal”

(Habib Syekh bin Abdul Qodir Assegaf)

“Dan demi jiwa serta penyempurnaanya, maka Kami ilhamkan kepadanya jalan kefasikan dan takwa” (Q.S As-Syams : 7-8)

Kupersembahkan Karyaku Yang sederhana Ini kepada :

1. ALLAH SWT
2. Untuk bapak dan ibuku tercinta “Wahid Ali Asrori” dan “Ni'mah” yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidiku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.
3. Untuk kakak dan saudara saudara saya yang telah memberikan motivasi dan dukungan.
4. Para guru dan panutan “Syaikhona KH. Abdurrahman Sholeh dan KH. Bahauddin Nursalim” yang telah memotivasi.
5. Untuk kawan kawan DIII Kumara 25 dan D3 Lost Boy 25 sekawan seperjuangan
6. Untuk Pembimbing KTI dan Dosen terima kasih telah membimbing dan mengajarkan dengan penuh kesabaran.

KATA PENGANTAR

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

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

Saya menyadari bahwa keberhasilan dan kelencaran karya tulis bukan hanya kemampuan saya, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah ikhlas membantu saya demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. drg. Vitria Dewi, M.Si. selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang telah memberikan ijin lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya dan pembimbing serta penguji 3 yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur. Serta telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memeberikan dorongan, bimbingan, arahan, masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah
3. Dyas Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu 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. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Pasien Tn. S yang telah bersedia memberikan data dan bekerja sama dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 20 Januari 2022



Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 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
1.4.1 Akademis.....	4
1.4.2 Secara Praktis, Tugas Akhir Ini Akan Bermanfaat:	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik pengumpulan data	5
1.5.3 Sumber data.....	5
1.5.4 Studi kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Skizofrenia	8
2.1.1. Definisi Skizofrenia.....	8
2.1.2. Etiologi Skizofrenia.....	8
2.1.3. Gejala Skizofrenia	10
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia.....	11
2.1.5 Pengobatan Skizofrenia.....	13
2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan	15
2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan	15

2.2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan	16
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	16
2.2.4 Etiologi.....	18
2.2.5 Proses Terjadinya Marah.....	21
2.2.6 Penatalaksanaan Medis	23
2.3 Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan	25
2.3.1 Pengkajian	25
2.3.2 Pohon Masalah	30
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	31
2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan	32
2.3.5 Implementasi	39
2.3.6 Evaluasi	40
2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik	41
2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik	41
2.4.2 Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan	41
2.4.3 Karakteristik Hubungan Komunikasi Terapeutik	43
2.4.4 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik	43
2.5 Konsep Dasar Stress Adaptasi dan Mekanisme Koping.....	45
2.5.1 Definisi Stress	45
2.5.2 Macam – Macam Stress	45
2.5.3 Sumber Stresor	46
2.5.4 Cara Mengendalikan Stress	47
2.5.5 Definisi Adaptasi.....	48
2.5.6 Macam - Macam Adaptasi	48
2.5.7 Definisi Mekanisme Koping	52
2.5.8 Jenis-Jenis Mekanisme Koping.....	53
2.5.9 Karakteristik Mekanisme Koping	56
2.5.10 Sumber Koping.....	57

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	59
3.1.1 Identitas Klien	59
3.1.2 Alasan Masuk.....	59
3.1.3 Faktor Predisposisi	60
3.1.4 Pemeriksaan Fisik.....ix.....	61

3.1.5 Psikososial	62
3.1.6 Status Mental	64
3.1.7 Kebutuhan Pulang.....	67
3.1.8 Mekanisme Koping.....	69
3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan.....	69
3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang.....	70
3.1.11 Data Lainnya.....	70
3.1.12 Aspek Medik.....	71
3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan	71
3.1.14 Diagnosis Keperawatan	72
3.2 Pohon Masalah	73
3.3 Analisa Data Sintesa.....	74
3.4 Rencana Keperawatan	78
3.5 Implementasi Keperawatan	87
BAB 4 PEMBAHASAN	
4.1 Pengkajian	105
4.2 Diagnosa Keperawatan	106
4.3 Rencana Keperawatan	107
4.4 Pelaksanaan	109
4.5 Evaluasi	111
BAB 5 PENUTUP	112
5.1 Kesimpulan.....	112
5.2 Saran.....	114
DAFTAR PUSTAKA	115

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	72
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. S di Ruang Gelatik	76
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Rentang Respon Marah	15
Gambar 2.3 Pohon Masalah	29
Gambar 3.1 Genogram	60
Gambar 3.1 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku Kekerasan	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	116
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....	120
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien.....	124
Lampiran 4 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 4 Pasien.....	127
Lampiran 5 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 5 Pasien.....	130
Lampiran 6 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien.....	133

DAFTAR SINGKATAN

- SP : Strategi Pelaksanaan
- DO : Data Objektif
- DS : Data Subyektif
- Kg : Kilogram
- Tn : Tuan
- mmHg : Milimeter Hektogram
- O : Obyektif
- No : Nomor
- WHO : World Health Organization
- RS : Rumah Sakit

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa yang sering di jumpai dan multifactorial, perkembangannya dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif dan defisit kognitif (Ah et al., 2015). Peristiwa ini dipengaruhi stress, akan mengaktifkan aksis hipotalamus-adrenal dan merangsang pelepasan berbagai neurotransmitter otak, terutama dopamine dan norepinefrine, kejadian ini juga dianggap kunci terjadinya skizofrenia. Klien skizofrenia mengalami gejala positif, negatif dan defisit kognitif yang mempengaruhi pelaksanaan kegiatan harian dan penurunan fungsi sosial yang bermakna. Gejala negatif meliputi sulit memulai pembicaraan, efek tumpul atau datar, kurangnya motivasi dan atensi, pasif, apatis, dan penarikan diri secara sosial dan rasa tidak nyaman. Gejala positif meliputi waham, halusinasi, gaduh gelisah, perilaku aneh, sikap bermusuhan dan gangguan berfikir formal (Ah et al., 2015).

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data WHO (World Health Organization) pada tahun 2019, terdapat 20 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Gangguan jiwa berat di Indonesia, seperti Skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang. Provinsi Jawa Timur berada diposisi 19 dari 34 provinsi (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap yaitu, pada rentang bulan Oktober 2021 – Januari 2022 berjumlah 259 orang, dengan rincian halusinasi 29%, perilaku kekerasan 51%, isolasi sosial 3%,

defisit perawatan diri 15% dan gangguan citra tubuh 2%. Sedangkan data pasien di Ruang Gelatik diagnosa terbanyak adalah perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat kekerasan. Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan.

Perawat wajib berperan sebagai pendidik kegiatan yaitu mendengar, memerintahkan, menyarankan, menjelaskan, mendiskusikan dan membantu memutuskan. Perawat diharapkan mampu melakukan perawatan pada klien secara komprehensif, bukan hanya kolaborasi pemberian psikofarmaka dan secara fisik saja, namun penting juga untuk latihan mengontrol perilaku klien. Selain itu diharapkan perawat mempunyai catatan atau dokumentasi yang baik guna kesinambungan perawat antar ruangan. Rumah sakit diharapkan dapat mendukung penerapan terapi perilaku maladaptif, sehingga dibutuhkan perawat spesialis jiwa yang ada diruangan akut atau jika belum memungkinkan, dapat dibuat jadwal visite perawat spesialis ke masing-masing ruangan atau jika dibutuhkan dapat dipanggil saat kondisi kritis. Selain itu pihak rumah sakit dapat mengadakan pelatihan terkait pelaksanaan terapi perilaku khususnya di ruang akut.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini, maka penulis akan melakukan kajian lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut Bagaimana asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis skizofrenia catatonic di ruang Gelatik di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia Catatonic di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia catatonic di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis catatonic di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia catatonic di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia catatonic di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia catatonic di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia catatonic di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan.

1.4.2 Secara Praktis, Tugas Akhir Ini Akan Bermanfaat:

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien resiko perilaku kekerasan dengan baik.

2. Bagi peneliti

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

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

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

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1. Wawancara

Hasil data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain. Data obyektif yang diambil ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien saat itu.

2. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

1.5.3 Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, dan rekam medik.

1.5.4 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan diagnosa keperawatan Perilaku Kekerasan dan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Catatonic serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, masalah, diagnosa, analisa data, pohon masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1. Konsep Skizofrenia

2.1.1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah jenis kebingungan yang sering ditemukan dan multifaktorial, perbaikannya dipengaruhi oleh faktor keturunan dan ekologis dan digambarkan dengan pasti, efek samping negatif dan kekurangan mental. Peristiwa ini dipengaruhi oleh tekanan, akan mengaktifkan poros hipotalamus-hipofisis-adrenal dan menghidupkan kedatangan berbagai sinapsis otak, terutama dopamin dan norepinefrin, peristiwa ini juga dianggap sebagai komponen penting dalam kasus skizofrenia (Ah et al., 2015).

Skizofrenia adalah kumpulan masalah maniak dengan sudut pandang yang rata-rata berubah, kadang-kadang memiliki kecenderungan bahwa ia sedang dibatasi oleh kekuatan luar, kadang-kadang khayalan aneh, pengaruh mengganggu persepsi, pengaruh yang tidak biasa yang dikoordinasikan dengan asli atau nyata. keadaan, dan ketidakseimbangan kimia (Zahra & Wulan Sumekar, 2016)

2.1.2. Etiologi Skizofrenia

Beberapa Faktor penyebab skizofrenia dalam Nanda NIC NOC, (2015).

1. Keturunan

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

2. Metabolisme

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

3. Susunan Saraf Pusat

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

a. Teori Adolf Meyer

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

(otisme).

b. Teori Sigmund Freud

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

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

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

2.1.3. Gejala Skizofrenia

Gejala menurut *Bleuler* dalam (Filliat M. T., 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 pengecapian juga dapat terjadi.

2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Menurut “Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III)” Skizofrenia di klasifikasikan menjadi beberapa tipe, di bawah ini yang termasuk dalam klasifikasi skizofrenia (Maslim R, 2013).

1. Skizofrenia paranoid (F20.0)

Pedoman diagnostik paranoid yaitu:

- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis.

- b. Halusinasi yang menonjol.
- c. Gangguan afektif, dorongan pembicaraan, dan gejala katatonik relatif tidak ada.

2. Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia hebefrenik, yaitu:

- a. Diagnostik hanya di tegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun).
- b. Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas pemalu dan senang menyendiri.
- c. Gejala bertahun 2-3 minggu.

3. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia katatonik antara lain:

- a. Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau berbicara).
- b. Gaduh-gelisah (aktivitas motorik yang tidak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
- c. Diagnostik katatonik tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak di karenakan klien tidak komunikatif.

4. Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci yaitu:

- a. Tidak ada kriteria yang menunjukkan diagnosa skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik.
- b. Tidak mampu memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F20.4)

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca skizofrenia antara lain :

- a. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi tidak mendominasi.
- b. Gejala depresif menonjol dan mengganggu.

6. Skizofrenia reidual (F20.5)

Pedoman diagnostik skizofrenia residual antara lain :

- a. Ada riwayat psikotik.
- b. Tidak dimensia atau gangguan otak organik lainnya.

7. Skizofrenia simpleks (F20.6)

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

- a. Gejala negatif yang tidak di dahului oleh riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain.
- b. Adanya perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

2.1.5 Pengobatan Skizofrenia

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

1. Antipsikotik

Penggunaan Antipsikotik sebagai farmakoterapi digunakan untuk mengatasi gejala psikotik dengan berbagai etiologi, salah satunya skizofrenia. Antipsikotik diklasifikasikan menjadi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua.

a. Anti Psikotik Generasi Pertama

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

b. Anti Psikotik Generasi Kedua

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

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi Kognitif

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

b. Sosial Skill Training

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

c. PANSS

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

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

d. LAI (Long-Acting Injectable)

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

2.2 Konsep Dasar Risiko Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Risiko Perilaku Kekerasan

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

2.2.2 Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut (H. Iyus Yosep, S.Kp., M.Si. & Titin Sutini, S.Kep., Ners., 2016) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.2 Rentang respon perilaku kekerasan

Sumber: (Dr Budi Anna Keliat, 2010)

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi: Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respon lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol

2.2.3 Tanda dan Gejala

Dalam buku asuhan keperawatan jiwa (Dr Budi Anna Keliat, 2010), 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

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

1. Faktor Predisposisi

A. Faktor Biologis

a) Neurologik faktor

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

b) Faktor genetik

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

c) Faktor biokimia

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

d) Instinctual Drive Theory (Teori dorongan naluri)

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

B. Faktor Biologis

a) Teori psikoanalisa

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

c) Imitation, modeling, and information processing theory

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

d) Learning theory

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

e) Existensi theory (Teori Eksistensi)

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

C. Faktor Social cultural

a) Social environment theory (teori lingkungan)

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

b) Social learning theory (teori belajar sosial)

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

2. Faktor Presipitasi

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal, dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tindak kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai orang dewasa
- e. Adanya riwayat perilaku antisosial meliputi penyalahgunaan obat, alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.

- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.
3. Faktor lainnya menurut (Dr Budi Anna Keliat, 2010):
- a. Waham
 - b. Curiga pada orang lain
 - c. Halusinasi
 - d. Berencana bunuh diri
 - e. Kerusakan kognitif
 - f. Disorientasi atau konfusi
 - g. Kerusakan kontrol impuls
 - h. Depresi
 - i. Penyalahgunaan NAPZA
 - j. Gangguan konsep diri
 - k. Isolasi sosial

2.2.5 Proses Terjadinya Marah

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

Respons marah dapat di ekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat

diungkapkan melalui tiga cara yaitu mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang (Ah et al., 2015).

Resiko perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual yang rentan melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain, secara verbal maupun non verbal, bertujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis dalam buku (Azizah, 2016).

2.2.6 Penatalaksanaan Medis

Menurut (Sangadah & Khotimatus, 2020), Penatalaksanaan medis yang dapat diberikan untuk pasien gangguan jiwa antara lain:

1) Farmakoterapi

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

2) Terapi Okupasi

Terapi ini bukan pemberian pekerjaan melainkan kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. Oleh karena itu, dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur, berdialog, berdiskusi tentang pengalaman dan arto kegiatan bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatan.

3) Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah terapi psikologi yang dilakukan secara kelompok untuk memberikan stimulasi bagi pasien dengan gangguan interpersonal. Terapi aktivitas kelompok adalah salah satu upaya untuk memfasilitasi

psikoterapi terhadap sejumlah pasien pada waktu yang sama untuk memantau dan meningkatkan hubungan antar anggota.

4) Peran Serta Keluarga

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

5) Terapi Somatik

Terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

6) Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik atau electro convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis

pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi, biasanya dilaksanakan setiap 2-3 hari sekali.

2.3 Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

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 (Azizah, 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

a) Penampilan

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

b) Pembicaraan

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

c) Aktivitas motorik

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

d) Afek dan Emosi

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

e) Interaksi selama wawancara

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

f) Presepsi/sensori

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

7. Proses pikir

a. Proses pikir (arus pikir)

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

b. Isi pikirannya

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

8. Tingkat kesadaran

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

9. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang

10. Tingkat konsentrasi

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

11. Kemampuan penilaian/pengambilan keputusan

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

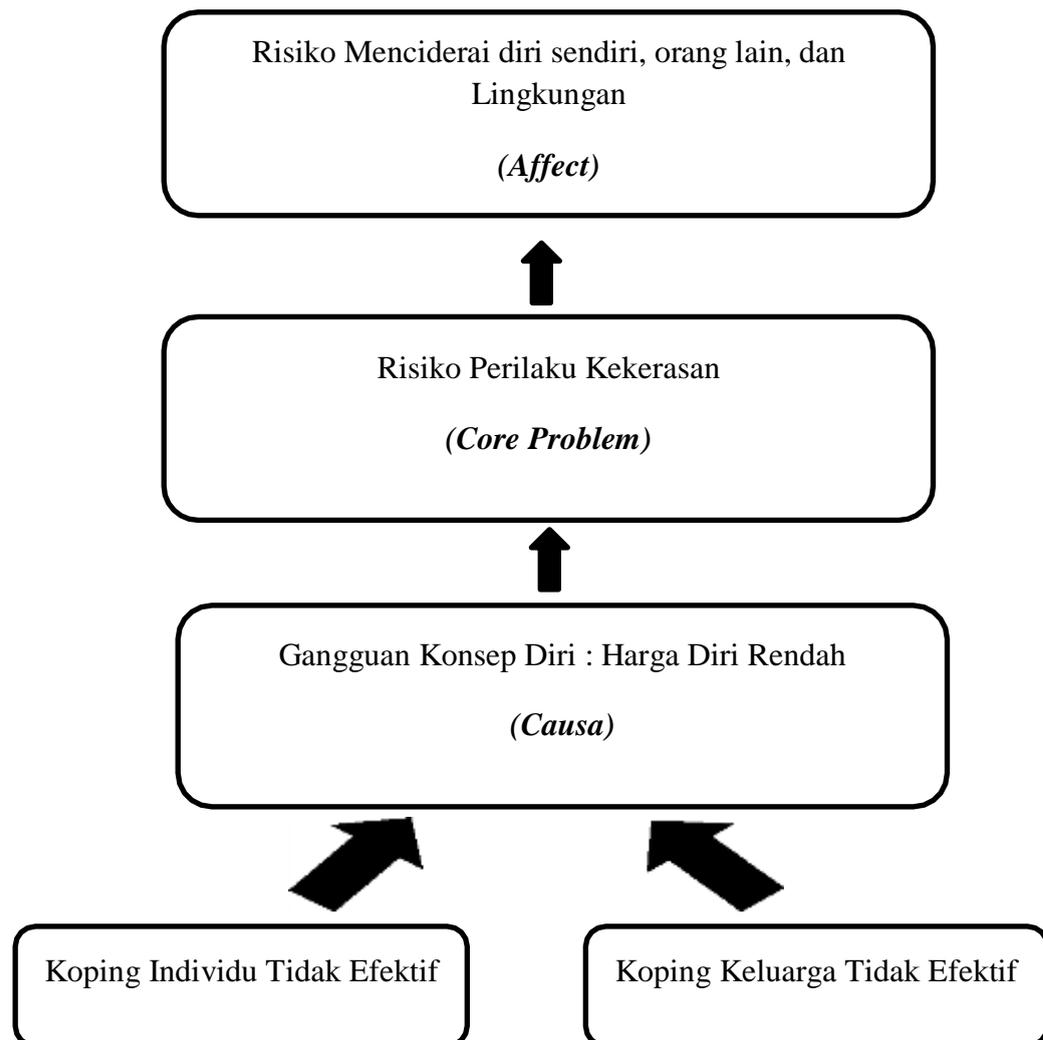
12. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. 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 2.3 Pohon Masalah Risiko Perilaku Kekerasan
Sumber: (Azizah, 2016)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

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

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

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

2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

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

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>Secara kognitif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan <p>Secara psikomotor diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal b. Perkenalkan diri perawat dengan sopan c. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. d. Jelaskan akan kontrak yang akan di buat. e. Beri rasa aman dan sikap empati f. Lakukan Kontak singkat tapi sering. <p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Risiko perilaku kekerasan pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan pasien 	<p>- Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya</p> <p>- Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p> <p>- Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi.</p> <p>- Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan.</p>

		<p>2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu, relaksasi tarik nafas dalam.</p> <p>Secara afektif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan. 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 	<p>mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi. b. Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami c. Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien <ol style="list-style-type: none"> 2. Melatih pasien dengan cara fisik 1 : Relaksasi tarik napas dalam, 3. Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat 	
2.	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>Secara kognitif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa pasien dengan ramah 	<p>- Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya</p>

		<p>saling percaya dengan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan 5. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu, pukul kasur/bantal 6. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (Meminta dengan baik, menolak dengan 	<p>baik verbal ataupun non verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Perkenalkan diri perawat dengan sopan c. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. d. Jelaskan akan kontrak yang akan di buat. e. Beri rasa aman dan sikap empati f. Lakukan Kontak singkat tapi sering. <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 1 	<p>- Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.</p> <p>- Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>- Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar -</p> <p>Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
--	--	---	--	---

		<p>baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)</p> <p>Secara psikomotor diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik <p>Secara afektif diharapkan</p>	<p>yaitu relaksasi: tarik napas dalam.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur 3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari. <p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 : <ol style="list-style-type: none"> a. Meminta dengan baik, b. Menolak dengan baik. c. Mengungkapkan perasaan dengan baik 	
--	--	--	--	--

		<p>pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 		
3.	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>Secara kognitif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal b. Perkenalkan diri perawat dengan sopan c. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. d. Jelaskan akan kontrak yang akan di buat. e. Beri rasa aman dan sikap 	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

		<p>perilaku kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan 5. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah 6. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat <p>Secara psikomotor pasien diharapkan mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. seperti berdoa dan 	<p>empati</p> <ol style="list-style-type: none"> f. Lakukan Kontak singkat tapi sering. <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara dengan verbal yang baik seperti : Meminta dengan baik, menolak dengan baik. mengungkapkan perasaan dengan baik 2) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah <p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 2. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari. 	
--	--	--	---	--

		<p>beribadah</p> <p>4. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat</p> <p>Secara afektif pasien diharapkan mampu :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan		
--	--	--	--	--

2.3.5 Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini menurut (Kusumawati & Hartono, 2010).

Implementasi Keperawatan Jiwa Pada Risiko Perilaku Kekerasan ada 5 SP menurut buku AIPVIKI (Rahmawati P. M., 2019) sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien. Pada SP 1 pasien risiko perilaku kekerasan yaitu latih cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasannya yaitu dengan tarik nafas dalam, SP 2 yaitu latih cara fisik 2 dengan memukul kasur atau bantal, SP 3 yaitu dengan latihan bicara verbal yang baik, SP 4 yaitu dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah sesuai dengan agama yang dianut pasien, dan SP 5 yaitu dengan cara rutin meminum obat (8 benar). Dengan di berikannya SP pada pasien risiko perilaku kekerasan diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya agar tidak merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

2.3.6 Evaluasi

Menurut (Ah et al., 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

Hubungan terapeutik perawat-klien adalah pengalaman pembelajaran timbal balik dan mengoreksi pengalaman emosional pada klien. Hal ini berbasis pada rasa kemanusiaan dari perawat dan klien, saling menghormati, dan saling menerima perbedaan sosial budaya. Dalam hubungan ini, perawat menggunakan kualitas personal dan keterampilan klinis dalam bekerja dengan klien untuk memenuhi perubahan penghayatan dan perilaku. Hal yang paling penting, inti dari keperawatan kesehatan jiwa adalah memberikan harapan untuk masa depan yang lebih baik bagi klien dan keluarganya (Stuart et al., 2016).

2.4.2 Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan

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

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

sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi

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

2.4.3 Karakteristik Hubungan Komunikasi Terapeutik

Tujuan hubungan terapeutik diarahkan untuk meningkatkan pertumbuhan dan kesejahteraan klien berdasarkan dimensi berikut:

- Meningkatkan realisasi diri, penerimaan diri, dan meningkatkan kehormatan diri.
- Rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan tingkat integrasi personal.
- Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim, saling tergantung dan menggunakan kemampuan untuk memberi dan menerima kasih sayang.
- Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistik (Stuart et al., 2016).

Perawat memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaannya serta menghubungkannya dengan perilaku yang diamati dan dilaporkan, mengklarifikasi area konflik dan ansietas. Dalam hubungan perawat-klien, perbedaan nilai dihormati. Keduanya berkomunikasi melalui dialog atau diskusi, mendukung realitas dan penghargaan pada klien serta memperkenalkan klien untuk lebih memaknai identitas egonya. Hubungan terapeutik perawat-klien bersifat kompleks, namun bukti menunjukkan suatu hubungan terapeutik yang kuat mempunyai pengaruh positif terhadap klien (Stuart et al., 2016).

2.4.4 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik

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

1. Fase Pra Interaksi

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

2. Fase Orientasi

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

3. Fase Kerja

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

4. Fase Terminasi

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

2.5 Konsep Dasar Stress Adaptasi dan Mekanisme Koping

2.5.1 Definisi Stress

Stres adalah gangguan pada tubuh dan pikiran yang disebabkan oleh perubahan dan tuntutan kehidupan. Stres adalah tuntutan eksternal yang mengenai seseorang misalnya objek dalam lingkungan atau sesuatu stimulus yang secara obyektif adalah berbahaya. Stres juga bias diartikan sebagai tekanan, ketegangan, gangguan yang tidak menyenangkan yang berasal dari luar diri seseorang (Siswanto, 2019).

2.5.2 Macam – Macam Stress

Menurut (Lestari, 2016), stres dibagi menjadi enam macam, antara lain:

1. Tekanan aktual

Stres yang disebabkan oleh keadaan, misalnya, suhu tinggi atau sangat rendah, keributan, cahaya matahari atau karena aliran listrik.

2. Stres zat

Tekanan ini disebabkan oleh sintesis seperti obat-obatan, zat beracun, basa korosif, faktor hormonal, atau gas dan pada dasarnya karena dampak dari senyawa zat.

3. Stres mikrobiologis

Tekanan ini disebabkan oleh mikroorganisme, misalnya, infeksi, organisme mikroskopis atau parasit

4. Tekanan fisiologis

Stres yang disebabkan oleh kerja organ yang melemah, termasuk: gangguan struktur tubuh, kapasitas jaringan, organ dan lain-lain.

5. Proses pengembangan dan kemajuan stres

Stres yang disebabkan oleh proses pengembangan dan peningkatan seperti masa remaja, pernikahan dan usia lanjut.

6. Tekanan mental atau gairah

Stres yang disebabkan oleh masalah keadaan mental atau kegagalan keadaan mental untuk berubah, misalnya, hubungan relasional, variabel sosial-sosial atau ketat.

2.5.3 Sumber Stresor

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

Sumber stressor lain adalah diri sendiri yang dapat berupa perubahan fisiologis dalam tubuh, seperti adanya operasi, obat-obatan atau lainnya. Sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah berhubungan dengan penilaian

seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya (Lestari, 2016).

1. Sumber Stres di Dalam Diri

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

2. Sumber Stres di Dalam Keluarga

Stres ini bersumber dari masalah keluarga yang ditandai dengan adanya perselisihan masalah keluarga, masalah keuangan serta adanya tujuan yang berbeda diantara keluarga permasalahan ini akan selalu menimbulkan suatu keadaan yang dinamakan stress. Sumber Stres di Dalam Masyarakat dan Lingkungan Sumber stres ini dapat terjadi di lingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umum disebut stress pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan hubungan interpersonal serta kurangnya ada pengakuan dimasyarakat sehingga tidak dapat berkembang.

2.5.4 Cara Mengendalikan Stress

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

1. Posisikan 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: perhatikan diri sendiri, proses interpersonal dan interaktif, serta lingkungan.
3. Kembangkan sikap efisien.
4. Lakukan relaksasi (tarik nafas dalam).
5. Lakukan visualisasi (angan-angan terarah)

2.5.5 Definisi Adaptasi

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

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

2.5.6 Macam - Macam Adaptasi

Menurut buku modul stres dan adaptasi (Lestari, 2016) adaptasi ini suatu proses penyesuaian tubuh secara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbang, contohnya seperti masuknya

kuman penyakit, maka secara fisiologis tubuh berusaha untuk mempertahankan baik dari pintu masuknya kuman atau sudah masuknya kuman dalam tubuh. Proses adaptasi ini dapat dibedakan menjadi beberapa macam antara lain :

1. Adaptasi Secara Fisiologis

Adaptasi fisiologis dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

a) LAS (Local Adaptation Syndrom)

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

b) GAS (General Adaptation Syndrom)

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

a. Tahap Alarm

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

b. Tahap Resistensi (Melawan)

Individu mencoba berbagai macam mekanisme penanggulangan psikologis dan pemecahan masalah serta mengatur strategi. Tubuh berusaha menyeimbangkan kondisi fisiologis sebelumnya kepada keadaan normal dan tubuh mencoba mengatasi faktor-faktor penyebab stres. Bila teratasi, gejala stres menurun atau normal. Bila gagal maka individu tersebut akan jatuh pada tahapan terakhir yaitu fase kelelahan atau kehabisan tenaga.

c. Tahap Akhir (Kelelahan)

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

2. Adaptasi Psikologis

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

1) Task Oriented Reaction (reaksi berorientasi pada tugas)

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

2) Ego Oriented Reaction (reaksi berorientasi pada ego)

Reaksi ini dikenal dengan mekanisme pertahanan diri secara psikologis agar tidak mengganggu psikologis yang lebih dalam. Diantara mekanisme pertahanan diri yang dapat digunakan untuk melakukan proses adaptasi psikologis antara lain:

a. Rasionalisasi

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

b. Displacement

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

c. Kompensasi

Menutupi kelemahan dengan menonjolkan kemampuannya atau kelebihanannya.

d. Proyeksi

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

e. Represi

Penyingkiran unsur psikis (suatu afek, pemikiran, motif, konflik) sehingga menjadi tidak sadar dilupakan/ tidak dapat diingat lagi. Represi membantu individu mengontrol impuls-impuls berbahaya, seperti contohnya suatu pengalaman traumatis menjadi terlupakan.

f. Denial

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

3. Adaptasi Sosial Budaya

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

4. Adaptasi Spiritual

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

2.5.7 Definisi Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan sebuah cara atau usaha yang biasa digunakan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi berbagai perubahan

dalam kehidupan sehari-hari dan situasi yang mengancam atau mengganggu baik secara kognitif maupun perilaku (Apriliani, 2020). Koping bisa dikatakan juga sebagai proses individu dalam mengelola ketidakseimbangan antara tuntutan dan kemampuan individu berada dalam situasi yang penuh tekanan, maka individu tersebut akan mengambil sebuah tindakan untuk mengatasi rasa stress yang dialaminya.

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

2.5.8 Jenis-Jenis Mekanisme Koping

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

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

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

- a. Seeking Informational Support, yaitu berusaha untuk mencari atau mendapatkan informasi dari orang lain baik teman maupun dosen atau guru yang berada dilingkungan sekitar.
 - b. Confrontative Coping, merupakan suatu usaha untuk mengubah keadaan atau masalah secara agresif, menggambarkan tingkat kemarahan serta pengambilan resiko. Mekanisme coping ini dapat konstruktif apabila mengarah pada pemecahan masalah, tetapi juga dapat destruktif apabila perasaan stres diarahkan pada hal yang agresif dan negatif.
 - c. Planful Problem Solving, ialah suatu bentuk menganalisa situasi yang menimbulkan masalah kemudian berusaha untuk mencari solusi secara langsung dalam menghadapi masalah.
2. Mekanisme coping berpusat pada emosi (Emotional Focused Coping)
- Usaha mengatasi stres dengan mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang ditimbulkan oleh suatu yang dianggap penuh tekanan. Emotional Focused Coping ditunjukkan untuk mengatur respon emosional terhadap situasi stres yang digunakan :
- a. Self-control : Usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
 - b. Seeking social emotional support : Yaitu suatu tindakan mencari dukungan baik secara emosional maupun sosial kepada orang lain.
 - c. Disconting : Merupakan suatu usaha yang dilakukan individu agar tidak terlibat dalam permasalahan, dan menciptakan pandangan yang positif.
 - d. Positive reappraisal : Usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya bersifat religius.

- e. Escape/ avoidance : Usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut dan menghindari dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, dan merokok.
- f. Accepting responsibility : Yaitu menerima dan menjalankan masalah yang dihadapinya seiring berjalan waktu memikirkan solusi dari masalah tersebut.

2.5.9 Karakteristik Mekanisme Koping

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

Adaptif

Maladaptif



1. Mekanisme Koping Konstruktif (Adaptif)

Koping konstruktif (adaptif) merupakan suatu kejadian dimana individu dapat melakukan koping baik serta cukup sehingga dapat mengatur berbagai tugas mempertahankan hubungan dengan orang lain, mempertahankan konsep diri dan mempertahankan emosi serta pengaturan terhadap respon stres. Koping yang cukup artinya individu itu mampu melakukan manajemen tingkah laku terhadap pemecah masalah yang paling sederhana dan realistis yang berfungsi untuk bisa membebaskan diri dari masalah yang sedang dihadapinya.

Adapun karakteristik mekanisme koping adaptif sebagai berikut :

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

2. Mekanisme Koping Destruktif (Maladaptif)

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

- a. Menyatakan tidak mampu
- b. Tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif
- c. Perasaan lemas, takut, irritable, tegang, gangguan fisiologis, adanya stres kehidupan.
- d. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar.

2.5.10 Sumber Koping

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

1. Sumber koping internal

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

stressor sebagai sesuatu yang dapat diubah maupun dianggap sebagai suatu tantangan.

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

BAB 3

TINJAUAN KASUS

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

3.1 Pengkajian

Ruangan rawat : Ruang Gelatik Tanggal dirawat/MRS : 08-01-2022

3.1.1 Identitas Klien

Pasien bernama Tn. S dengan no RM 05-XX-XX seorang laki laki berusia 43 Tahun beragama islam. Pendidikan terakhir pasien adalah SD, pasien bekerja sebagai kuli bangunan. Alamat pasien di Gresik Jawa Timur tinggal bersama anak istrinya. Pasien mengatakan anak kedua dari ketiga bersaudara, memiliki istri dan mempunyai 2 anak perempuan.

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien masuk ke IGD RSJ Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur pada tanggal 08 Januari 2022 pukul 13.00 WIB dikarenakan pasien marah-marah dan memukul tembok yang terbuat dari triplek dirumahnya. Lalu pada tanggal 08 Januari 2022 pada pukul 17.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang gelatik. Dan didapatkan data direkam medis bahwa pasien pernah dirawat di RSJ Menur Surabaya pada tahun 2020 karena mengamuk dan marah marah. Pada saat pengkajian tanggal 17 Januari 2022 pasien mengatakan pernah dirawat di RSJ Menur Surabaya karena memukul rekan kerjanya karena di bully ditempat umum. Pasien mengatakan susah untuk mengontrol rasa emosi, dan pasien mengatakan

melampiaskan rasa emosinya dengan memukul tembok dan merusak barang barang. Setelah keluar dari Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur pasien mengatakan jarang minum obat karena merasa mengantuk setelah minum obat dan tidak fokus bekerja.

Keluhan Utama : Saat dilakukan pengkajian pada 17 Januari 2022 pasien mengatakan bahwa dirinya marah-marah yang akhirnya dibawa ke RSJ itu disebabkan karena merasa kesal saat mengingat kejadian saat dibully oleh teman kerjanya dengan ditarik tarik celananya didepan banyak orang, pasien merasa malu. Pasien mengatakan sulit untuk mengontrol rasa marah dan melampiaskan dengan merusak barang – barang serta memukul-mukul tembok.

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 2 kali ini masuk ke Rumah Sakit Jiwa Menur, dengan keluhan yang sama yaitu karena risiko perilaku kekerasan ini.
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien mengatakan pasien tidak rutin meminum obat karena merasa mengantuk setelah minum obat sehingga tidak fokus bekerja, sehingga pasien mengalami hal seperti dulu lagi.
3. Pasien mengatakan pernah menjadi pelaku penganiaya fisik pada umur 40 tahun, pasien memukul rekan kerjanya karena sering dibully dengan cara ditarik celananya.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

4. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan di tahun 2020 pernah menjadi pelaku penganiaya fisik, pasien memukul rekan kerjanya karena sering dibully dengan cara ditarik celananya sehingga harus dirawat di RSJ Menur Surabaya. Dan pasien pernah mengalami kecelakaan lalu lintas saat pulang bekerja dengan mengendarai motor yang mengakibatkan tanganya sakit dan pasien takut jika tidak bisa lagi menafkahi keluarganya.

Masalah keperawatan : Respon Pasca Trauma

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital

TD : 121/80 mmHg

Nadi : 90x/menit

Suhu : 36.2°C

Pernapasan : 20x/menit

2. Ukur

Tinggi Badan : 159 Cm

Berat Badan : 59 Kg

IMT : 59 : 1,59 X 1,59 = 23,0 Normal (Normal 18,5–25,0)

3. Keluhan Fisik : Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pasien

tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya dan tanda tanda vital

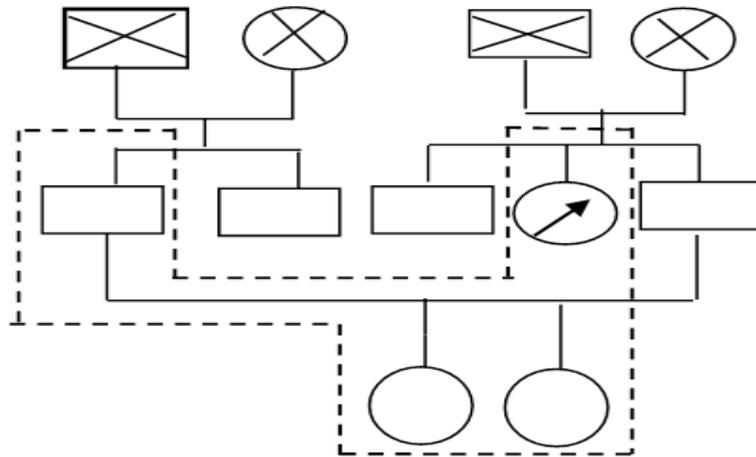
pasien dalam batas normal yaitu : TD : 121/80 mmHg

Nadi : 90x/menit Suhu : 36.2°C RR : 20x/menit

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Keterangan

-  : Laki-Laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Pasien
-  : Garis keturunan

: Tinggal satu rumah

: Meninggal dunia

Gambar 3.1 Genogram Tn. S

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengaku bagian tubuh yang disukai adalah tangan karena tangan digunakan untuk bekerja sebagai kuli bangunan.

b. Identitas

Pasien mengaku seorang laki laki berusia 43 Tahun. Memiliki istri dan dua anak perempuan.

c. Peran

Pasien berperan sebagai kepala keluarga, bekerja untuk menafkahi anak istrinya.

d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin menjadi ayah yang baik dengan bekerja keras sebagai kuli bangunan untuk menafkahi anak istrinya.

e. Harga diri

Pasien merasa malu karena ketika dibully oleh rekan kerjanya ditempat kerja, dengan cara ditarik tarik celananya. Pasien malu karena terdapat banyak orang. Pasien malu kepada anak istrinya karena tidak dapat menjadi ayah yang baik.

Masalah keperawatan : Gangguan Konsep diri : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah keluarganya, terkhusus kedua putrinya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

Interaksi pasien selama dirawat inap sering bergaul dengan pasien lain, terkadang juga sering membagikan makanannya kepada pasien lain.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, Pasien sering bergaul dengan pasien lain.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan dirinya beragama islam dan pasien mengatakan bahwa melukai diri sendiri dan orang lain, tidak diperbolehkan dalam agama islam.

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan jarang untuk sholat, saat di rumah pasien jarang sholat tetapi mengikuti jumat. saat di rumah sakit pasien mengatakan tidak pernah sholat.

Masalah Keperawatan : Distres Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilan

Pakaian yang dikenakan pasien rapi, memakai seragam ruangan dengan sesuai, tidak ada masalah dalam berpenampilan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Pembicaraan

Pembicaraan pasien keras, Pasien mampu diajak berbicara dengan baik

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3. Aktivitas Motorik

Saat ditanya kenapa marah-marrah dan memukuli tembok, muka pasien berubah, pandangan pasien menjadi tajam, lalu pasien mengatakan saya sakit hati sama teman saya.

Masalah Keperawatan : Resiko Cedera

4. Alam Perasaan

Sedih, pasien mengatakan sedih karena merasa gagal menjadi ayah, dan teringat dengan keluarganya.

Masalah Keperawatan: Ketidakmampuan

5. Afek

Labil, pasien saat ditanya kenapa marah-marrah dan memukuli tembok, wajah klien langsung berubah berbicara dengan nada emosi dan jengkel.

Masalah Keperawatan : Perubahan Performa Peran

6. Interaksi Selama Wawancara

Pasien kooperatif, menerima kehadiran perawat.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. Presepsi Halusinasi

Tidak ada halusinasi yang diungkapkan oleh pasien.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

8. Proses Pikir

Pasien dapat menjawab pertanyaan perawat secara langsung, tidak ada pengulangan kalimat, masih berbicara dalam tema pembicaraan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

9. Isi Pikir

Pasien tidak ada ketakutan terhadap suasana dan sesuatu, pasien tidak merasa dikontrol pikirannya saat marah dan emosi

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

10. Tingkat Kesadaran

Tidak ada gangguan tingkat kesadaran, jika tidak sedang berinteraksi dengan perawat, pasien mengobrol dengan pasien lain.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

11. Disorientasi

Tidak terjadi disorientasi waktu, pasien mampu menyebutkan waktu, mampu menyebutkan tempat dimana pasien berada, dan masih mengingat yang mengantar ke rumah sakit.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

12. Memori

Pasien masih mengingat kejadian 2 tahun yang lalu saat memukul rekan kerjanya.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

13. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien mampu berhitung dengan sederhana, dan fokus pada tujuan.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

14. Kemampuan penilaian

Pasien mampu mandi dengan bersih, dan berpakaian secara baik

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

15. Daya Tilik Diri

Pasien sadar bahwa dirinya sakit dan berada di RSJ Menur karena marah marah dan sedang menjalani perawatan karena dirinya tidak dapat mengontrol marah dan emosi.

Masalah Keperawatan : Mekanisme Koping Tidak Efektif

3.1.7 Kebutuhan Pulang

a Kemampuan Pasien Memenuhi/ Menyediakan Kebutuhan

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

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

b Kegiatan hidup sehari-hari

1) Perawatan Diri

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

Jelaskan : Pasien mampu melakukan mandi, menyikat gigi, cuci rambut dan gunting kuku sendiri atau secara mandiri. Pada saat pengkajian pada pasien, pasien mengatakan bahwa rambutnya

dipotong oleh perawat yang ada di RSJ Menur. Saat observasi pasien mengenakan pakaian yang sesuai.

2) **Nutrisi**

- a. Apakah anda puas dengan pola makan anda ? Ya
- b. Apakah anda makan memisahkan diri ? Tidak
- c. Frekuensi makan sehari 3 kali
- d. Frekuensi udapan sehari 2 kali
- e. Nafsu makan : meningkat Bb tertinggi : 59 Kg Bb terendah : 57 Kg
- f. Diet khusus : Pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : Pasien menghabiskan satu porsi makananya dan tidak ada masalah dengan nutrisi.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

3) **Tidur**

Hasil pengkajian saat ini tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. Saat tidur malam pasien mengatakan bahwa dirinya tidur jam 18.30 Wib sampai dengan jam 05.30 Wib. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 12.30 Wib sampai dengan 15.00 Wib.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

c. **Kemampuan Klien Dalam Pemenuhan ADL**

Pasien mampu megantisipasi kebutuhannya sendiri dan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginannya sendiri. Pasien terlihat mampu mengatur penggunaan obat dan pasien terlihat belum mampu melakukan pemeriksaan kesehatannya.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

d. Pasien memiliki sistem pendukung

Pasien mengatakan bahwa keluarganya paling berarti dalam hidupnya terkhusus kedua putrinya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

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

Pasien mengatakan bekerja keras sebagai kuli bangunan untuk menafkahi keluarganya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme Koping

Saat ada masalah pasien tidak bisa untuk mengontrol emosi dan selalu marah-marah dengan memukul tembok.

Masalah Keperawatan : Mekanisme Koping tidak efektif

3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok
2. Pasien tidak ada masalah dengan lingkungan, pasien senang berkumpul dan berbincang dengan orang lain.
3. Pasien mengatakan lulusan SD, karena keterbatasan biaya untuk melanjutkan pendidikan.
4. Pasien tidak ada masalah dengan tempat tinggalnya
5. Pasien mengatakan dirinya bekerja sebagai kuli bangunan untuk menafkahi keluarganya
6. Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam pelayanan kesehatannya untuk saat ini.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang

Saat di kaji tentang penyakit jiwa serta obat-obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tau, dan pasien menyebutkan warna-warna dari obat, pasien juga tau jika sakitnya tidak dikontrol akan membahayakan dirinya sendiri dan orang lain disekitarnya dan pasien mengatakan jika sudah pulang pasien berjanji untuk mengontrol emosinya dan meminum obat secara rutin. Karena pasien takut jika masuk RSJ lagi sehingga tidak bisa bekerja dan menafkahi keluarganya.

Masalah Keperawatan : Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan

3.1.11 Data Lainnya

1. Pemeriksaan darah lengkap (5 diff)
2. Swab antigen (-) Negatif
3. Pemeriksaan lab foto thorax PA

Hasil pemeriksaan

Cor : tidak membesar

Pulmo : tidak tampak infiltrate, hili tebal kasar

Kedua sinus costoprenicus

Kesimpulan : tidak tampak tanda proses spesifik, cenderung bronchitis kronis

3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.2 (Skrezofernia Catatonic)

Terapi Medik :

No	Nama Obat	Dosis Obat	Indikasi Obat
1.	Risperidone	2 mg (2x1 Tablet Pagi dan Malam)	Untuk mengobati skizofrenia
2.	Trihexypendine	2 mg (1x1 Tablet) Malam	Untuk penyakit parkinson dan gejala ekstrapiramidal
3.	Clozapine	25 mg (1x1 Tablet) Malam	Untuk meredakan atau mengurangi gejala pada skizofrenia

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

1. Respon pasca trauma
2. Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah
3. Distres spiritual
4. Resiko cidera
5. Ketidakmampuan
6. Perubahan performa peran
7. Koping tidak efektif
8. Gangguan presepsi sensori
9. Defisit Pengetahuan

3.1.14 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dirumuskan bahwa diagnosis utama keperawatan adalah

Risiko Perilaku Kekerasan

Surabaya, 17 Januari 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Fanani Abdul Aziz', written in a cursive style.

A. Fanani Abdul Aziz

3.2 Pohon Masalah

Akibat : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan



Masalah Utama : Risiko Perilaku Kekerasan



Penyebab: Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan pada Tn “S”

3.3 Analisa Data Sintesa

Tabel 3.1 Analisa Data Pada Pasien Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. S NIRM : 05-XX-XX RUANGAN : GELATIK

HARI/ TGL	DATA	MASALAH	TT PERAWAT
Senin, 17 Januari 2022	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pernah dirawat di RSJ Menur Surabaya karena memukul rekan kerjanya karena di bully ditempat umum. Pasien mengatakan susah untuk mengontrol rasa emosi, dan pasien mengatakan melampiaskan rasa emosinya dengan memukul tembok dan merusak barang barang - Pasien mengatakan susah untuk mengontrol rasa emosi. - Pasien mengatakan melampiaskan rasa emosinya dengan memukul tembok dan merusak barang barang <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak memasang muka jengkel saat ditanya alasan dia marah 2. Nada bicara pasien tinggi dan jengkel 	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>SDKI Hal : 312 (D.0146)</p> <p>(Masalah Utama)</p>	
Senin, 17 Januari 2022	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan susah untuk mengontrol rasa 	<p>Resiko Mencederai Orang Lain</p> <p>(Akibat)</p>	

	<p>emosinya, melampiaskan memukul tembok dan merusak barang jika sedang emosi</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berbicara dengan nada tinggi ketika ditanya tentang penyebab pasien marah marah 2. Pasien tampak jengkel dan kesal ketika ditanya kenapa memukul temanya ditempat kerja. 		
<p>Senin, 17 Januari 2022</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa malu ketika dibully ditempat umum, - Pasien mengatakan tidak mampu menjadi ayah dan kepala keluarga yang baik bagi keluarganya. - Pasien mengatakan jika pulang akan mengontrol emosinya dan meminum obat secara rutin agar tidak lagi masuk RSJ dan tidak bisa bekerja sehingga tidak bisa menafkahi keluarganya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sedih karena teingat 	<p>Harga diri rendah Situasi al SDKI Hal : 192 (D.0087) (Penyebab)</p>	

	<ul style="list-style-type: none">- dengan keluarganya- Pasien merasa malu jika dibully oleh rekan kerjanya		
--	--	--	--

3.4 Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Tn. S

Nama Mahasiswa : A. Fanani Abdul Aziz

NIRM : 05-xx-xx

Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Bangsas/ Tempat : Ruang Gelatik

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rasional
1.	17 Januari 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>Secara kognitif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal b. Perkenalkan diri perawat dengan sopan c. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. d. Jelaskan akan kontrak yang akan di buat. e. Beri rasa aman dan sikap empati f. Lakukan Kontak singkat tapi sering. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya - Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. - Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi.

			<p>perilaku kekerasan</p> <p>Secara psikomotor diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu, relaksasi tarik nafas dalam. <p>Secara afektif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi 	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Risiko perilaku kekerasan pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi. b. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi. c. Bantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami d. Bantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien 2. Melatih pasien dengan cara fisik 1 : Relaksasi tarik napas dalam, 3. Anjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat 	<p>- Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan.</p>
--	--	--	---	--	---

			latihan yang dilakukan. 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan		
2.	18 Januari 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	Secara kognitif diharapkan pasien mampu : 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan 4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik : a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal b. Perkenalkan diri perawat dengan sopan c. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. d. Jelaskan akan kontrak yang akan di buat. e. Beri rasa aman dan sikap empati f. Lakukan Kontak singkat tapi sering. SP 2 1. Evaluasi kegiatan yang lalu a. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko	- Dengan melakukan hubungan saling percaya merupakan langkah awal menentukan keberhasilan rencana selanjutnya - Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. - Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

			<p>tindakan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu, pukul kasur/bantal</p> <p>6. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (Meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)</p> <p>Secara psikomotor diharapkan pasien mampu :</p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman</p>	<p>perilaku kekerasan</p> <p>b. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan</p> <p>c. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan</p> <p>d. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 1 yaitu relaksasi: tarik napas dalam.</p> <p>2. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur</p> <p>3. Anjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari- hari.</p> <p>SP 3</p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu</p> <p>2. Pasien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu melakukan pukul kasur/bantal</p> <p>3. Latih pasien dengan verbal yang baik seperti :</p> <p>a. Meminta dengan baik,</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>dengan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal 3. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik <p>Secara afektif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang 	<ol style="list-style-type: none"> b. Menolak dengan baik. c. Mengungkapkan perasaan dengan baik 	
--	--	--	---	--	--

			<p>diajarkan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan 		
3.	19 Januari 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>Secara kognitif diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan 3. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sapa pasien dengan ramah baik verbal ataupun non verbal b. Perkenalkan diri perawat dengan sopan c. Jelaskan maksud dan tujuan interaksi. d. Jelaskan akan kontrak yang akan di buat. e. Beri rasa aman dan sikap empati f. Lakukan Kontak singkat tapi sering. <p>SP 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya - Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar - Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan

			<p>kekerasan</p> <p>4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan</p> <p>5. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah</p> <p>6. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat</p> <p>Secara psikomotor pasien diharapkan mampu:</p> <p>1. Pasien mau dan mampu bersalaman</p>	<p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu</p> <p>a. Pasien mampu mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara dengan verbal yang baik seperti : Meminta dengan baik, menolak dengan baik. mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>2) Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah</p> <p>SP 5</p> <p>1. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat</p> <p>2. Anjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari.</p>	
--	--	--	---	---	--

			<p>dengan perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. seperti berdoa dan beribadah 4. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat <p>Secara afektif pasien diharapkan mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti sesi latihan yang diajarkan perawat 2. Pasien mampu merasakan manfaat dari sesi latihan yang 		
--	--	--	---	--	--

			dilakukan 3. Pasien mampu membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan		
--	--	--	---	--	--

3.5 Implementasi Keperawatan

Nama : Tn. S

NIRM : 05-XX-XX

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T PERAWAT
Senin/ 17-01- 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>08.30 WIB</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. (Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Fanani mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di ruangan gelatik ini, kalau boleh tau nama bapak siapa? "Pagi mas, panggil saja pak S". Baiklah pak, Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol risiko perilaku kekerasan bapak? "Baik mas". bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana kalau</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan namanya ialah Tn. S dan suka dipanggil Tn. S. Pasien mengatakan tinggal di Gresik, pasien berkenan diajak berbincang- bincang oleh perawat. 2. Pasien mengatakan bahwa ia kesal dan ingin marah ketika teringat dengan kejadian saat ditarik tarik celananya oleh teman kerjanya 3. Pasien mengatakan kalau dia marah selalu melampiaskan dengan cara merusak barang-barang dan memukuli tembok 4. Pasien mengatakan apabila 	

		<p>kita mengobrol selama 30 menit? “Iya mas boleh”. Baiklah pak, seperti yang kita bicarakan tadi kita akan berbincang selama 30 menit di tempat duduk sebelah sana ya pak. “Iya mas”)</p> <p>08.40 WIB Sp 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan pasien saat ini (“Apa yang bapak S rasakan saat ini. Sudah berapa lama bapak merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan pak S untuk mengatasinya?”) 2. Mengidentifikasi penyebab perasaan emosi pada pasien (Kalau boleh saya tau yang menyebabkan pak S bisa marah itu apa? “Saya marah itu karena teringat dengan perlakuan teman kerja saya mas, saya pernah sering ditarik tarik celana saya didepan banyak orang, pada saat saya kerja”) 	<p>dirinya ingin marah, ia akan melakukan relaksasi tarik nafas dalam</p> <p>O : Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan kembali penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik <p>Psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan tarik nafas dalam dengan bantuan perawat. <p>A : Sp 1 Teratasi</p> <p>P : lanjutkan SP 2</p>	
--	--	---	---	--

		<ol style="list-style-type: none">3. Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan (Saat pak S marah apa ada perasaan tegang, kesal, bahkan sampai memukuli tembok dirumah pak ?.4. Melatih pasien dengan cara fisik 1 yaitu relaksasi tarik nafas dalam. (Sekarang saya akan ajarkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 1 ya pak, jadi yang pertama mas tarik nafas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan. Nah sekarang ayo kita coba bersama- sama? Nah bagus pak, sudah benar.5. Menganjurkan pasien untuk berlatih cara yang telah diajarkan ke dalam jadwal harian (Nah jangan lupa di latih di dalam ruangan ya pak S ya, agar pak S dapat mengontrol rasa marah pak S,		
--	--	--	--	--

		<p>Besok saya akan kembali lagi ya pak pada jam 08.30 WIB untuk sesi latihan yang selanjutnya, selamat beristirahat ya pak.)</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak tenang 2. ADL mandiri 3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi 4. tidak ada tanda ESO atau alergi <p>Malam (21.00-07.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tidur dan bangun jam 05.30 <p>Wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. pasien tidur pulas 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi: 1 porsi 5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 Tablet), trihexypenidil 2mg (1x1 Tablet) clozapine 25mg (1x1 Tablet) 		
--	--	--	--	--

<p>Selasa/ 18-01- 2022</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. (Selamat pagi pak S, masih ingat nama saya? “Selamat pagi mas, saya ingat orangnya mas, tapi lupa namanya”). <p>08.40 WIB SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien (Bagaimana perasaan pak S saat ini? Adakah hal yang menyebabkan pak S marah? Kemarin kita kan sudah latihan cara fisik 1 ya pak, Apakah sudah dicoba lagi sendiri pada saat pak A berada diruangan?.. 2. Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur “Kemarin pak S kan sudah 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan relaksasi nafas dalam, dan belum bisa melakukan pukul kasur/ bantal, <p>O : Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan kembali perasaan kesalnya dan alasannya <p>Psikomotor</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien belum mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur dan bantal dengan bantuan perawat. <p>A : Sp 2 belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan dan pertahankan SP 2</p>	
------------------------------------	---	--	---	---

		<p>cerita penyebab bapak marah, cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan fisik 1. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu dengan memukul bantal atau kasur saat pak S merasa kesal. Sekarang ayo coba bersama-sama”</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-harinya. (Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Dan jangan lupa memasukkan latihan ini ke jadwal pak S sehari-hari ya? Besok kita ada sesi latihan lagi ya pak pada jam 08.30 di sini lagi, apakah bapak mau? “Iya mas mau”).</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 WIB)</p> <p>1. pasien tampak tenang</p>		
--	--	--	--	--

		<p>2. ADL mandiri</p> <p>3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi</p> <p>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</p> <p>Malam (21.00-07.00 WIB)</p> <p>1. pasien tidur dan bangun jam 05.30 Wib</p> <p>2. pasien tidur pulas</p> <p>3. ADL mandiri</p> <p>4. Porsi makan pagi: 1 porsi</p> <p>5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 Tablet), trihexypenidil 2mg (1x1 Tablet) clozapine 25mg (1x1 Tablet)</p>		
Rabu/ 19-01- 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>08.30 WIB</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. (Selamat pagi pak S, masih ingat nama saya? “Selamat pagi mas, saya ingat orangnya mas, mas Fanani kan”).</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien megatakan sudah bisa dan lebih paham dalam melakukan relaksasi nafas dalam, dan pukul kasur/ bantal,</p> <p>O :</p> <p>Afektif</p> <p>1. Pasien kooperatif dan antusias</p>	

		<p>08.50 WIB SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien (Bagaimana perasaan pak S saat ini? Adakah hal yang menyebabkan pak S marah? Kemarin kita kan sudah latihan cara fisik 2 ya pak, Apakah sudah dicoba lagi sendiri pada saat pak A berada diruangan?. 2. Mengevaluasi pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal/kasur (Kemarin pak S kan sudah belajar cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul/bantal kasur, Nah sekarang kita akan mengulangi lagi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu dengan memukul bantal atau kasur saat pak S 	<p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan kembali perasaan kesalnya dan alasannya <p>Psikomotor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mampu mengikuti dan mempraktikkan pukul kasur dan bantal dengan bantuan perawat <p>A : Sp 2 Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Sp 3</p>	
--	--	---	--	--

		<p>merasa kesal. Sekarang ayo coba bersama-sama..</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-harinya. (Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Dan jangan lupa memasukkan latihan ini ke jadwal pak S sehari-hari ya? Besok kita ada sesi latihan lagi ya pak pada jam 08.30 di sini lagi, apakah bapak bersedia? “Iya mas, bersedia ”).</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak tenang 2. ADL mandiri 3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi 4. tidak ada tanda ESO atau alergi <p>Malam (21.00-07.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tidur dan bangun jam 05.30 		
--	--	---	--	--

		<p>Wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. pasien tidur pulas 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi: 1 porsi 5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 Tablet), trihexyphenidil 2mg (1x1 Tablet) clozapine 25mg (1x1 Tablet) 		
Kamis/ 20-01- 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. (Selamat pagi pak S, sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang kita bertemu lagi. "Selamat pagi mas Fanani, iya mas"). <p>Sp 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien (Bagaimana perasaan pak S saat ini? Apakah sudah latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/ bantal diruangan). 2. Melatih pasien berbicara 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyapa balik mahasiswa 2. Pasien dapat melakukan bicara verbal dengan baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan marah dengan baik. <p>O :</p> <p>Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien mampu menyebutkan kembali cara bicara verbal yang baik <p>Psikomotorik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien mampu mengikuti 	

		<p>dengan baik, seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik. (Sekarang kita akan latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah pak S ya, Seperti meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, lalu menolak dengan baik, dan cara mengatakan rasa tidak senang atau kesal dengan baik? "Baik mas". Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama, Nah bagus sudah benar).</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-harinya. "Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Dan jangan lupa memasukkan latihan ini ke jadwal pak S sehari-hari ya? Besok kita ada sesi latihan lagi ya pak pada jam 08.30 di</p>	<p>dan mempraktikkan kembali cara bicara verbal yang baik dengan bantuan perawat.</p> <p>A : Sp 3 Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Sp 4</p>	
--	--	---	--	--

		<p>sini lagi, apakah bapak bersedia? “Iya mas, bersedia.</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tenang 2. ADL mandiri 3. Porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi 4. Tidak ada tanda ESO atau alergi <p>Malam (21.00-07.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 Wib 2. Pasien tidur pulas 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi: 1 porsi 5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 Tablet), trihexyphenidil 2mg (1x1 Tablet) clozapine 		
--	--	---	--	--

		25mg (1x1 Tablet)		
Jumat/ 21-01- 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>08.30 WIB</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik. (Selamat pagi pak S, masih ingat nama saya? “Selamat pagi mas Fanani”).</p> <p>08.50 WIB</p> <p>SP 4</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien (Bagaimana perasaan pak S saat ini? Apakah sudah latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara bicara yang baik untuk mencegah marah pak S, Seperti meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, lalu menolak dengan baik, dan cara mengatakan rasa tidak senang atau kesal dengan baik.</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien menyapa balik mahasiswa</p> <p>2. Pasien mengatakan paham cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa, dan beribadah.</p> <p>O :</p> <p>Afektif</p> <p>3. kooperatif dan antusias</p> <p>Kognitif</p> <p>4. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa, dan beribadah.</p> <p>Psikomotorik</p> <p>5. Pasien memahami cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa, dan beribadah.</p> <p>A : Sp 4 Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan SP 5.</p>	

		<p>4. Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah.</p> <p>5. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari-harinya. (Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin ya pak, setiap selesai sholat pak S bisa berdoa agar mendapatkan ketenangan hati, pak S juga bisa beristighfar ketika sedang marah, apakah pak S bisa melakukan itu ? “ bagus pak selalu di ingat ya pak, nah hari ini kita akan melatih pak S dengan cara pentingnya minum obat”. Apakah pak S bersedia? (bersedia sekali mas”) jangan lupa memasukkan latihan ini ke jadwal pak S sehari-hari ya? Besok kita ada sesi latihan lagi ya pak pada jam 08.30 di sini lagi, apakah bapak</p>		
--	--	---	--	--

		<p>bersedia? (“Iya mas, bersedia”).</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak tenang 2. ADL mandiri 3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 1 porsi 4. tidak ada tanda ESO atau alergi <p>Malam (21.00-07.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tidur dan bangun jam 05.30 Wib 2. pasien tidur pulas 3. ADL mandiri 4. Porsi makan pagi: 1 porsi 5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 Tablet), trihexypenidil 2mg (1x1 Tablet) clozapine 25mg (1x1 Tablet) 		
Sabtu/ 22-01- 2022	Risiko Perilaku Kekerasan	<p>08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya pada pasien dengan menggunakan prinsip 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyapa balik mahasiswa 2. Pasien mengatakan paham 	

		<p>komunikasi terapeutik. (Selamat pagi pak S, ("Selamat pagi mas Fanani").</p> <p>08.50 WIB SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan pasien (Bagaimana perasaan pak S saat ini? "Kemarin saya sudah sudah latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah ya pak saya harap bapak melakukannya ya agar hati pak S menjadi lebih tenang"). 2. Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat. ("Pak S, saya harap pak S tetap minum obat yang sudah diberikan ya pak, agar bapak tetap sehat dan sakit bapak tidak kambuh lagi) ("Iya mas nanti kalau saya sudah pulang saya pasti minum obatnya mas, pasti 	<p>cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat</p> <p>O : Afektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. kooperatif dan antusias <p>Kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat <p>Psikomotorik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pasien patuh minum obat secara teratur <p>A : Sp 5 Teratasi</p> <p>P : Pertahankan SP 1,2,3,4, dan 5.</p>	
--	--	---	---	--

		<p>saya minum rutin”)</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan sehari-hari. “Janji dengan saya ya pak, bapak selalu minum obat secara teratur, ketika sudah pulang nanti” (“Iya mas”). Baiklah, terimakasih atas kerjasamanya ya pak, saya mau pamit pak karena pada hari ini saya terakhir disini, besok saya tidak kesini lagi pak, saya harap bapak nanti ketika pulang bisa melaksanakan apa yang sudah saya ajarkan ya pak. saya doakan semoga pak S cepat sembuh ya. (“Baik mas Fanani, terimakasih banyak mas”).</p> <p>Menurut informasi perawat ruang gelatik sore (14.00—21.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak tenang 2. ADL mandiri 3. porsi makan sore 18.00 WIB habis 		
--	--	--	--	--

		<p>1 porsi</p> <p>4. tidak ada tanda ESO atau alergi</p> <p>Malam (21.00-07.00 WIB)</p> <p>1. pasien tidur dan bangun jam 05.30</p> <p>Wib</p> <p>2. pasien tidur pulas</p> <p>3. ADL mandiri</p> <p>4. Porsi makan pagi: 1 porsi</p> <p>5. Terapi obat risperidone 2mg (2x1 Tablet), trihexypenidil 2mg (1x1 Tablet) clozapine 25mg (1x1 Tablet)</p>		
--	--	--	--	--

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. S dengan masalah utama Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

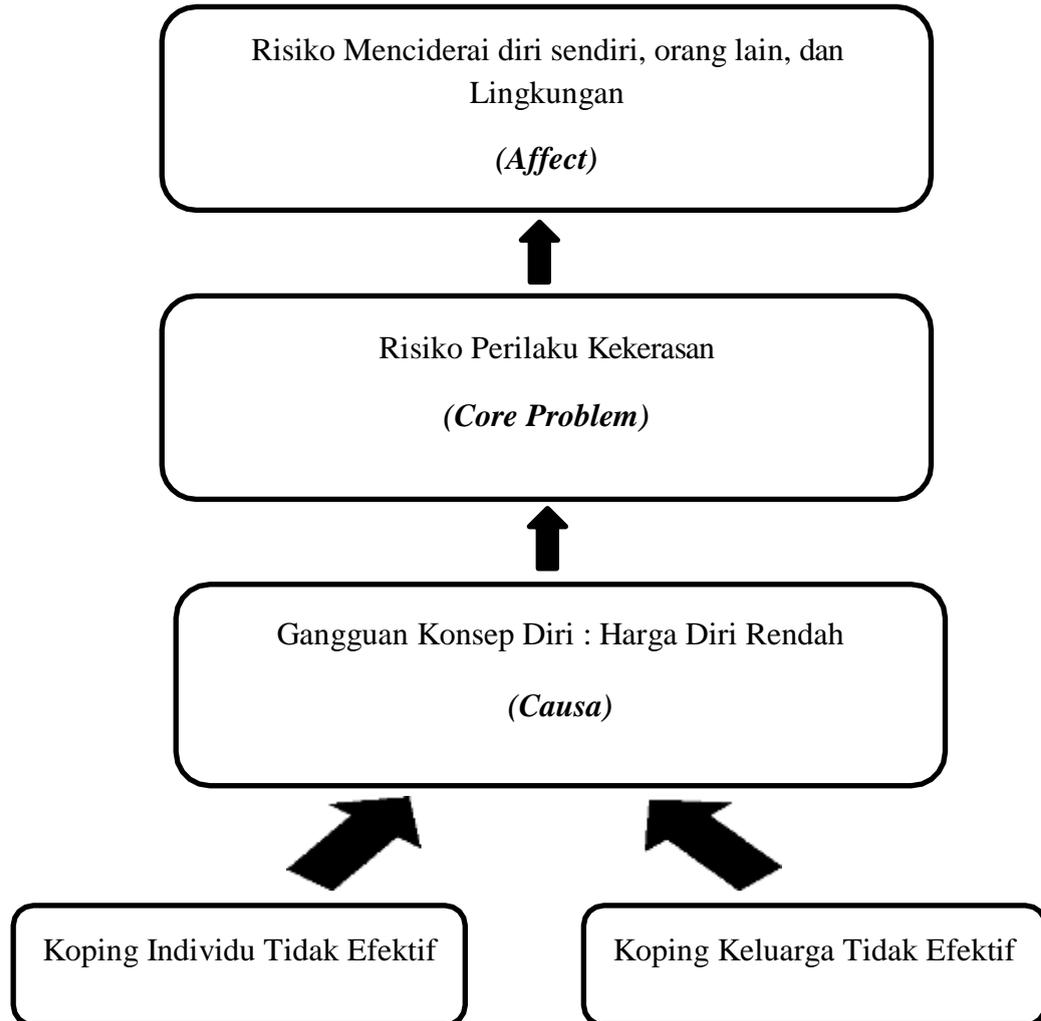
Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan apapun karena penulis telah melaksanakan bina hubungan saling percaya dan mengungkapkan tujuan penulis untuk melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan mengumpulkan informasi melalui wawancara. Berdasarkan informasi yang didapat, pasien dibawa ke IGD pada 8 Januari 2022, dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur, Surabaya. Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Katatonik. Pasien tersebut dibawa ke ruang gawat darurat karena pasien marah marah dan memukuli tembok yang terbuat dari triplek di rumahnya dan tidak rutin minum obat.

Sedangkan pada Tn. S penulis melakukan proses pengkajian yang terdapat di teori dengan ditambah keluhan saat ini. Penulis memimpin pengkajian, khususnya keluhan saat ini yang bertujuan untuk mendapatkan data yang aktual karena pasien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur di Surabaya selama 11 hari, dari 08 Januari 2022 hingga 17 Januari 2022.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teori diagnosa keperawatan terdapat pohon masalah sebagai berikut :

2.3.2 Pohon Masalah



Didalam mengambil diagnosa keperawatan tidak ada kesenjangan, pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus diagnosa yang ada adalah Risiko Menciderai diri sendiri, Perilaku kekerasan, Harga diri rendah.

4.3 Rencana Keperawatan

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

1. Tujuan :

Secara kognitif diharapkan pasien mampu :

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Pasien mampu memahami tanda dan gejala 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 afektif diharapkan pasien dapat :

- a. Pasien sangat kooperatif dan antusias mengikuti latihan yang diajarkan oleh perawat
- b. Pasien mampu merasakan membedakan perasaannya sebelum dan sesudah latihan

2. Intervensi

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.

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

SP 3 :

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

SP 4 :

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

SP 5 :

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

4.4 Pelaksanaan

Dalam tinjauan kasus pelaksanaan tindakan keperawatan telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien disebutkan terdapat lima 5 SP menurut buku AIPVIKI (Rahmawati, 2019). Yaitu sebelum melakukan SP hendaknya kita sebagai perawat melakukan bina hubungan saling percaya menggunakan komunikasi terapeutik dengan pasien, baru kita melaksanakan SP pada pasien, yaitu :

1. SP 1 pasien risiko perilaku kekerasan yaitu latih cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasannya yaitu dengan tarik nafas dalam,
2. SP 2 yaitu latih cara fisik 2 dengan memukul kasur atau bantal,
3. SP 3 yaitu dengan latihan bicara verbal yang baik,

4. SP 4 yaitu dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah sesuai dengan agama yang dianut pasien.
5. SP 5 yaitu dengan cara rutin meminum obat (8 benar).

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun. 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 30 menit dengan topik membina hubungan saling percaya, mendiskusikan tentang resiko perilaku kekerasan dan melatih Tarik nafas dalam. Pasien kooperatif dan kontak mata ada, saat dilakukan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, pasien mau menyebutkan namanya “nama saya S, mas”. 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 30 menit. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dan melanjutkan SP ke 2. Dihadiri ketiga yaitu tanggal 19 Januari 2022 mengevaluasi dan mempertahankan SP 2, pasien kooperatif selama wawancara dan mampu untuk memahami dan melaksanakan yang sudah diajarkan.

Pada tanggal 20 Januari 2022 pasien melanjutkan SP 3 dan di tanggal 21 Januari 2022 melanjutkan SP 4, dihari terakhir yaitu tanggal 22 Januari 2022 pasien melanjutkan 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.

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus, evaluasi dapat dilaksanakan sesuai dengan tinjauan teori. Dikarenakan perawat dapat mengetahui keadaan pasien dan masalahnya serta dapat mengobservasi pasien secara langsung. Evaluasi tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien.

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, hasil dari evaluasi pasien Tn. S di Ruang Gelatik pada tanggal 17-22 Januari 2022 tercapai sampai SP 5.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Kesimpulan

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama risiko perilaku kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis Skizofrenia Catatonic di dapatkan kesimpulan bahwa pasien sudah bisa menjadi lebih baik daripada hari pertama dia berada diruangan Gelatik pada 08 Januari 2022.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis Skizofrenia Catatonic di dapatkan tiga permasalahan actual, yaitu (1) Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah, (2) Perilaku Kekerasan (3) Risiko menciderai diri sendiri dan orang lain.
3. Rencana keperawatan yang diberikan kepada Tn. S yaitu 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. Pada SP 4 bertujuan agar pasien mampu melakukan kegiatan ibadah, berdoa, kegiatan agama lain. SP 5 bertujuan agar pasien mampu patuh minum obat dengan 8 benar.

4. Implementasi keperawatan pada Tn. S dilakukan mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama 6 hari tersebut pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik. 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.
5. Evaluasi pada tanggal 22 Januari 2022 semua tujuan dapat tercapai karena kondisi pasien yang mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
6. Dokumentasi dilakukan selama 6 hari terhitung mulai tanggal 17 Januari sampai dengan 23 Januari 2022. Setelah melakukan strategi pelaksanaan yang didokumentasikan perawat adalah pendapat pasien atau data subjektif yang dikatakan pasien, data objektif yang bisa diobservasi atau dilihat oleh perawat, assement melihat kognitif, afektif dan psikomotorik pasien

apakah mampu atau tidak melaksanakan strategi pelaksanaan tersebut dan planning atau tindak lanjut untuk hari berikutnya.

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi Mahasiswa

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

DAFTAR PUSTAKA

- Ah, Y., Fitriyasa, R., Nihayati, H., & Ganiajri, F. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Apriliani, F. (2020). *Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana*.
- Azizah, L. M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Indomedia
- Pustaka. Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Dr Budi Anna Keliat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*.
- Filliat M. T. (2018). No Title. *Penerapan Aktivitas Terjadwal Pada Pasien Skizofrenia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktifitas*.
- Fitria. (2018). Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik. *Journal of hemical Information and Modeling*, 53, 1689–1699.
- H. Iyus Yosep, S.Kp., M.Si., M. S., & Titin Sutini, S.Kep., Ners., M. K. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.
- Hafifah, A., Puspitasari, & I. M. Sinuraya, R. K. (2018). Review Artikel: Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia *Farmaka*.
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Lestari, H. . (2016). *Modul Grade 2 I. Stres Dan Adaptasi*. Maslim R.
- (2013). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*.
- Mukhrifah, D., & Iskandar. (2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa 2nd ed.*.
- Oliver, J. (2019). *Adaptasi Sebagai Komunikasi Antar Budaya*.
- Rahmawati P. M. (2019). No Title. *Modul Praktik Klinik Keperawatan Jiwa*.
- Sangadah, & Khotimatus. (2020). Studi Dokumentasi Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Skizofrenia. *Orphanet Journal Of Rare Diseases*.
- Sarfika, N. R., Maisa, E. A., & Freska., W. (2018). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan. *In Buku Ajar Keperawatan 2*.
- Siswanto. (2019). Mekanisme Koping Siswa Dalam Menghadapi Menstruasi Di Sekolah Dasar Muhammadiyah Ambarketawang 1 Dan 3 Sleman Yogyakarta. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Stuart, G. W., Keliat, B. A., & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (Indonesia). Elsevier.

Zahra, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). *Kajian Epidemiologis Skizofrenia. Epidemiologic Study of Schizophrenia. 160–166.*

LAMPIRAN 1

**STANDAR PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN**

(SP 1 RESIKO PERILAKU KEKERASAN)

Nama Pasien : Tn. S

Umur : 43 Tahun

Pertemuan : Ke 1 (satu)

Tanggal : 17 Januari 2022

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien
Pasien tenang, dan kooperatif.
2. Diagnosa Keperawatan
Resiko Perilaku Kekerasan
3. Tujuan Keperawatan
Secara kognitif diharapkan pasien mampu :
 - a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
 - b. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
 - c. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan
 Secara psikomotor diharapkan pasien mampu :
 - 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 mampu :
 - 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
4. Tindakan Keperawatan
 - a. Membina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :
 - b. Mengidentifikasi Risiko perilaku kekerasan pasien

- c. Menganjurkan pasien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi.
- d. Membantu pasien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi.
- e. Membantu pasien untuk mengobservasi tanda dan gejala marah yang dialami
- f. Membantu pasien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh pasien
- g. Melatih pasien dengan cara fisik 1 : Relaksasi tarik napas dalam,
- h. Menganjurkan pasien untuk mencatat tindakan yang telah diberikan perawat

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a) FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik
Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Fanani mahasiswa Stikes Hang Tuah Surabaya, saya adalah perawat yang dinas pagi di ruangan gelatik ini, kalau boleh tau nama bapak siapa? “Pagi mas, panggil saja pak S”
2. Evaluasi / Validasi
Bagaimana perasaan pak S hari ini ? Bagaimana dengan tidurnya tadi malam ? “Alhamdulillah sehat mas, saya tidur nyenyak sekali”
3. Kontrak
 - a. Topik
“Baiklah pak, Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol risiko perilaku kekerasan bapak? bapak mau mengobrol dimana? Bagaimana kalau kita mengobrol selama 30 menit? Baiklah pak, seperti yang kita bicarakan tadi kita akan berbincang selama 30 menit di tempat duduk sebelah sana ya pak”
 - b. Waktu
“Baiklah pak, seperti yang kita bicarakan tadi kita akan berbincang selama 30 menit”
 - c. Tempat
“Di tempat duduk sebelah sana ya pak, Apakah bapak bersedia?”

b) FASE KERJA

Perawat Fanani : “Apa yang bapak S rasakan saat ini. Sudah berapa lama bapak merasa kesal dan apa yang sudah dilakukan pak S untuk mengatasinya?”

Pasien S : “Saya marah itu karena teringat dengan tindakan teman kerja saya mas, saya malu karena ada banyak orang.

Perawat Fanani : “Saat pak S marah apa ada perasaan tegang, kesal, bahkan mengepalkan tangan, atau mungkin ada hal lain yang dirasakan?”

Pasien S : “Iya mbak benar, saya merasa sangat kesal sekali.”

Perawat Fanani : ”Lalu, Apa ada tindakan saat pak S sedang marah seperti memukul, menyakiti diri sendiri, atau memecahkan barang?”

Pasien S : “Iya mas, pada saat saya marah itu memecah-mecah barang, memukul-mukul tembok”

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

Pasien S : “Tidak mas, badan saya malah sakit semua”

Perawat Fanani : “Kalau boleh saya tau, bapak kesini barusan ini atau dulu pernah dirawat disini?”

Pasien S : “Ini yang kedua saya kesini mas, saya itu susah kalau mengontrol emosi saya”

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

Pasien S : “Iya mas”

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

Perawat Fanani : “Nah bagus, sudah benar.”

c) FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan pak S setelah berbincang-bincang dengan saya tentang perasaan marah yang pak S rasakan?”

- Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Coba jelaskan lagi kenapa pak S bisa marah?”

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

2. Rencana Tindak Lanjut

“Nah jangan lupa di latih di dalam ruangan ya pak S, agar pak S dapat mengontrol rasa marah pak S”

3. Kontrak yang akan datang

a. Topik

“Besok saya akan kembali lagi ya pak, untuk sesi latihan yang selanjutnya”

b. Waktu

“Pada jam 08.30 WIB ya pak”

c. Tempat

“Tempatnya disini lagi ya pak, apakah pak S bersedia?”

LAMPIRAN 2

**STANDAR PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN**

(SP 2 RESIKO PERILAKU KEKERASAN)

Nama Pasien : Tn. S

Umur : 43 Tahun

Pertemuan : Ke 2 (dua)

Tanggal : 18 Januari 2022

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien

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

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan

Secara kognitif diharapkan pasien mampu :

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Pasien mampu memahami tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
- c. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan
- d. Pasien mampu menyebutkan akibat dari tindakan yang dilakukan
- e. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu, pukul kasur/bantal
- f. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (Meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)

Secara psikomotor diharapkan pasien mampu :

- a. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat
- b. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu pukul kasur/bantal

- c. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik

Secara afektif diharapkan pasien mampu :

- 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
4. Tindakan Keperawatan
- a. Membina hubungan saling percaya dengan dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik
 - b. Evaluasi kegiatan yang lalu
 - c. Pasien mampu menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan
 - d. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan
 - e. Pasien mampu menyebutkan akibat risiko perilaku kekerasan
 - f. Pasien mampu mempratikkan cara fisik 1 yaitu relaksasi: tarik napas dalam.
 - g. Melatih pasien dengan cara fisik 2 yaitu pukul bantal dan kasur
 - h. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari- hari.

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a) FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik
“Selamat pagi pak S? Masih ingat nama saya?”.
2. Evaluasi / Validasi
“Bagaimana perasaan pak S saat ini? Adakah hal yang menyebabkan Pak S marah?”
3. Kontrak
 - a. Topik
“Sesuai dengan perjanjian kita kemarin, pak S kan sudah cerita penyebab bapak marah, cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan fisik 1. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu dengan memukul bantal atau kasur saat pak S merasa kesal, apakah pak S bersedia?”
 - b. Waktu

“Untuk waktunya 30 menit ya pak”

c. Tempat

“Sesuai dengan perjanjian kita kemarin, ditempat seperti kemarin ya pak”

b) FASE KERJA

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

Pasien S : “Okay siap mas”

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

Pasien S : “Oh kayak gitu ya mas”

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

Pasien S : “Iya mas, nanti kalau saya merasa marah, saya akan memukul bantal saja”

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

c) FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan pak S, setelah kita melakukan latihan tadi”

- Evaluasi Obyektif (Perawat)

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

2. Rencana Tindak Lanjut

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

3. Kontrak yang akan datang

a. Topik

“Bagaimana kalau besok kita mulai belajar mengungkapkan rasa marah dengan verbal baik ya pak?”.

b. Waktu

Okay besok kita belajar mengungkapkan rasa marah dengan verbal yang baik, jam 08.30 Wib ya pak”

c. Tempat

“Dimana kita bisa belajar mengungkapkan perasaan marah dengan baik ya pak? O... disini lagi ya pak S?”

LAMPIRAN 3**STANDAR PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN****(SP 3 RESIKO PERILAKU KEKERASAN)**

Nama Pasien : Tn. S

Umur : 43 Tahun

Pertemuan : Ke 3 (tiga)

Tanggal : 19 Januari 2022

A. PROSES KEPERAWATAN**1. Kondisi Pasien**

Pasien sudah mengetahui perasaan marah dan akibat tindakan yang dilakukan saat marah, pasien tenang dan kooperatif

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan

Secara kognitif diharapkan pasien mampu :

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik (Meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)

Secara psikomotor diharapkan pasien mampu :

- a. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat
- b. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol marah dengan cara bicara yang baik seperti meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik

Secara afektif diharapkan pasien mampu :

- 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

4. Tindakan Keperawatan

- a. Melatih pasien dengan verbal yang baik seperti : Meminta dengan baik, Menolak dengan baik. Mengungkapkan perasaan dengan baik.
- b. Mendemonstrasikan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a) FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik
“Assalamualaikum pak S, Selamat pagi pak, sesuai dengan janji saya kemarin, sekarang kita ketemu lagi”.
2. Evaluasi / Validasi
“Bagaimana perasaan bapak S saat ini?” “Bagaimana pak, sudah latihan melakukan tarik nafas dalam dan pukul kasur/ bantal? Apa yang dirasakan setelah melakukan secara teratur?”
3. Kontrak
 - a. Topik
“Nah pada pagi hari ini kita akan berlatih cara bicara verbal yang baik untuk mencegah marah pak S?”
 - b. Waktu
“Berapa lama kita akan membicarakan ini?”
“Bagaimana kalau 30 menit?”.
 - c. Tempat
“Sesuai kesepakatan kemarin kita akan berlatih disana, tempat duduk kemarin ya mas?”.

b) FASE KERJA

Perawat Fanani : “Sekarang kita akan latihan cara bicara verbal yang baik untuk mencegah marah pak S ya. Nah kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam, pukul kasur/ bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara yang baik dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya pak. Yang pertama meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin pak S bilang bahwa penyebab marahnya karena bapak masih mengingat kejadian bapak pernah dibully oleh teman kerja bapak

Pasien S : “Iya mas benar..”

Perawat Fanani : “Coba sekarang bapak meminta dengan baik agar teman kerja bapak tidak mengulangi itu lagi. Saya contohkan ya pak, X, Saya tidak suka kamu melakukan perbuatan itu, karena menyinggung saya. Saya mohon jangan melakukan itu lagi ya X”
“Coba bapak praktikkan”.

Pasien S : “Sambil mempraktikkan yang telah diajarkan perawat”

Perawat Fanani : “Nah bagus sekali pak”

Pasien A : “Sambil mempraktikkan yang telah diajarkan perawat”

Perawat Fanani : “Nah bagus sekali pak dan jika ada perlakuan orang lain yang membuat pak S kesal”, pak S dapat mengatakan: “Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu.” “Coba bapak S praktikkan, nah bagus sekali”.

c) FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan
 - Evaluasi Subyektif (Pasien)

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

“Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari”. “Bagus sekali!!”.
2. Rencana Tindak Lanjut

“Nah bagus sekali pak, tolong nanti di coba lagi cara yang sudah perawat ajarkan dan jangan lupa ikuti kegiatan yang ada diruangan ya mas!”.
3. Kontrak yang akan datang
 - a. Topik

“Besok kita ada sesi latihan lagi ya pak pada jam 08.30 di sini lagi, apakah bapak bersedia? “Iya mas, bersedia”
 - b. Waktu

“Besok ya pak, pukul 08.30 Wib ya pak”
 - c. Tempat

“Tempatnya seperti saat ini ya pak”

LAMPIRAN 4

**STANDAR PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN**

(SP 4 RESIKO PERILAKU KEKERASAN)

Nama Pasien : Tn. S

Umur : 43 Tahun

Pertemuan : Ke 4 (empat)

Tanggal : 20 Januari 2022

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien

Pasien tampak tenang dan kooperatif.

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Keperawatan

Secara kognitif diharapkan pasien mampu :

- a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan ibadah

Secara psikomotor pasien diharapkan mampu:

- a. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat
- b. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti berdoa dan beribadah

Secara afektif pasien diharapkan mampu :

- 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

4. Tindakan Keperawatan

Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**a) FASE ORIENTASI**

1. Salam Terapeutik

Assalamualaikum pak S, selamat pagi pak. Sesuai dengan perjanjian kita kemarin kita akan belajar cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah.

2. Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan pak S saat ini? Apakah sudah latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara bicara yang baik untuk mencegah marah pak S, Seperti meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, lalu menolak dengan baik, dan cara mengatakan rasa tidak senang atau kesal dengan baik. Nah sekarang kita akan melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah”

3. Kontrak

a. Topik

“Nah sekarang kita akan melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah”

b. Waktu

“Sekitar 30 menit ya pak, apakah bapak bersedia?”

c. Tempat

“Ditempat seperti kemarin ya pak”

b) FASE KERJA

Perawat Fanani : “Sekarang kita akan latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa. Pak S bisa beristighfar dan mengaji setelah sholat”

Pasien A : “begitu ya mas”

Perawat Fanani : “Nah iya pak, nanti dipraktikan ya pak S, supaya bapak lebih tenang”

c) FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi Subyektif (Pasien)

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan melatih secara spiritual seperti berdoa dan kegiatan ibadah?”

- Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Silahkan bapak praktikan kegiatan yang telah saya ajarkan ya pak, “Bagus Pak S”

2. Rencana Tindak Lanjut

3. “Baik terimakasih ya pak atas kerjasamanya, dan dicoba lagi yang sudah diajarkan perawat diruangan ya pak”

4. Kontrak yang akan datang

a. Topik

“Baik terimakasih ya pak atas kerjasamanya, besok kita akan bertemu lagi ya pak untuk belajar cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat secara teratur”

b. Waktu

“Besok ya pak, jam 08.30 apakah bapak bersedia?”

c. Tempat

“Untuk tempatnya disini lagi ya pak”

LAMPIRAN 5

STANDAR PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

(SP 5 RESIKO PERILAKU KEKERASAN)

Nama Pasien : Tn. S

Umur : 43 Tahun

Pertemuan : Ke 5 (lima)

Tanggal : 21 Januari 2022

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien
Pasien tampak tenang, dan pasien kooperatif.
2. Diagnosa Keperawatan
Resiko Perilaku Kekerasan
3. Tujuan Keperawatan
Secara kognitif diharapkan pasien mampu :
 - a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
 - b. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh atau teratur minum obat
 Secara psikomotor pasien diharapkan mampu:
 - a. Pasien mau dan mampu bersalaman dengan perawat
 - b. Pasien mampu mengikuti dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara teratur minum obat
 Secara afektif pasien diharapkan mampu :
 - 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
4. Tindakan Keperawatan
Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a) FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“Assalamualaikum pak S, selamat pagi pak. Sesuai dengan perjanjian kita kemarin kita akan belajar cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat”.

2. Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan pak S saat ini? Apakah sudah dipraktikkan pak, kegiatan ibadah. Nah sekarang kita berlatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual seperti berdoa, dan beribadah. Nah sekarang kita akan belajar mengontrol perilaku dengan cara minum obat 8 benar.”

3. Kontrak

a. Topik

“Sesuai dengan perjanjian kita kemarin kita hari ini akan belajar mengontrol perilaku dengan cara minum obat 8 benar”

b. Waktu

“Sesuai perjanjian kita kemarin sekitar 30 menit ya pak”

c. Tempat

“Sesuai perjanjian kita ditempat seperti kemarin ya pak”

b) FASE KERJA

Perawat Fanani : “kita hari ini kita akan belajar mengontrol perilaku dengan cara minum obat 8 benar, nanti bapak ketika sudah pulang bapak harus tetap minum obat sesuai anjuran”

Pasien S : “Iya mas, saya kan selalu minum obat yang sudah dianjurkan”

Perawat Fanani : “Bapak kan dulu kan jarang minum obat kan pak, itu kenapa?”

Pasien S : “iya saya dulu jarang minum obat karena saya jadi malas bekerja mas”

Perawat Fanani : “nah, maka dari itu saya harap pak S tetap akan minum obat yang sudah dianjurkan.”

Pasien S : “Iya mas nanti kalau saya sudah pulang saya pasti minum obatnya mas, pasti saya minum rutin”

c) FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi Subyektif (Pasien)

Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan minum obat ?”

- Evaluasi Obyektif (Perawat)

“Saya harap bapak akan tetap minum obat ya secara teratur dan yang sudah dianjurkan, apakah bapak bisa berjanji dengan saya?”

2. Rencana Tindak Lanjut

“Saya harap bapak akan tetap minum obat ya secara teratur dan yang sudah dianjurkan, saya harap bapak akan mematuhi itu”

3. Kontrak yang akan dating

Tempat, Topik, Waktu.

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

LAMPIRAN 6**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN**

Nama Pasien : Tn. S

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : A. Fanani Abdul Aziz

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

No	Kemampuan	Tanggal					
		17	18	19	20	21	22
A	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 mempraktikkan latihan nafas dalam, pukul kasur/ bantal/, berolahraga/ jalan-jalan	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	✓	✓	✓	✓	✓	✓
B	Pasien SP 2	17	18	19	20	21	22
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	Melatih pasien de-enskalisasi (curhat)		✓	✓	✓	✓	✓
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian		✓	✓	✓	✓	✓
C	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	✓	✓	✓	✓	✓	✓
D	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	✓	✓	✓	✓	✓	✓
E	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	✓	✓	✓	✓	✓	✓