**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.M MASALAH UTAMA PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *UNDIFFERENTIATED SKIZOFRENIA* DI RUANG**

**GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWATIMUR**



**Disusun oleh*:***

**BIMA WIRATAMA H**

**NIM.192.0047**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.M MASALAH UTAMA PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *UNDIFFERENTIATED SKIZOFRENIA* DI RUANG**

**GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWATIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh:**

**BIMA WIRATAMA H**

**NIM.192.0047**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

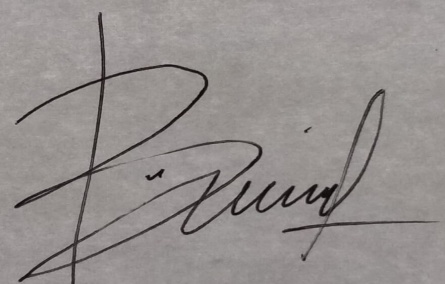
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2022**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwakarya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yangberlakudiStikes HangTuahSurabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akanbertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh StikesHangTuahSurabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022



**BIMA WIRATAMA H.**

**NIM.192.0047**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : BIMA WIRATAMA H

NIM : 192.0047

ProgramStudi : DIII KEPERAWATAN

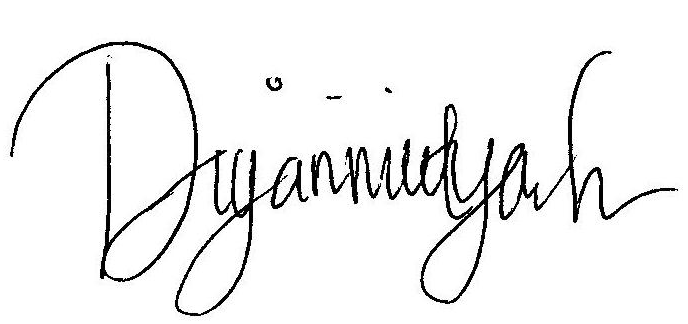
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.M Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *undifferetiated Skizofrenia* Di RuangGelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi JawaTimur

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN(A.Md.Kep)**

Surabaya, 24 Februari2022

**Pembimbing**



**Diyan Mutyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes**

**NIP.03.056**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Tanggal : 24 Februari 2022

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : BIMA WIRATAMA H

NIM : 192.0047

ProgramStudi : DIII KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.M Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis *undifferetiated Skizofrenia* Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang KaryaTulis Ilmiah diStikes Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari,tanggal : Kamis,24 Februari2022

Bertempat di : StikesHangTuahSurabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN, pada Prodi DIII Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Dya Sustrami,S.Kep.,Ns, M.Kes (…………………)

NIP.03.007

PengujiI II : Abdul Habib,S.Kep.,Ns (..……….……….)

**NIP.19760515 199703 1 005**

Penguji III : Diyan mutyah,S.kep.,Ns,M.kes (..……….……….)

NIP.03.056

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi DIII Keperawatan**

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

**NIP.03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis,sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

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

1. Drg.Vitria Dewi,M.Si selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Jawa Timur.
2. Dr.A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M. Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan,bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan dan selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktu,tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Abdul Habib,S.Kep,Ns selaku pembimbing dan penguji 3 yang telah memberikan dorongan serta semangat dan juga masukan dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini
5. Ibu Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji 3 yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalm memberikan arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Teruntuk Istri serta keluarga yang tidak ada henti- hentinya memberikan doa dan dukungannya kepada saya.
7. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Kepada responden Tn.M serta keluarga dari Tn.M yang telah bersedia memberikan waktu selama proses pengkajian untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya.Penulis hanya bisa berdo’a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaiankarya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 24 Februari 2022

BIMA WIRATAMA HANDONO

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL LUAR i**

**HALAMAN JUDUL DALAM ii**

**SURAT PERNYATAAN iii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iv**

**HALAMAN PENGESAHAN v**

**KATA PENGANTAR vi**

**DAFTAR ISI viii**

**DAFTAR TABEL xii**

**DAFTAR GAMBAR xiii**

**DAFTAR LAMPIRAN xiv**

**DAFTAR SINGKATAN xv**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 5

1.3 Tujuan Penulisan 5

1.3.1Tujuan Umum 5

1.3.2 Tujuan Khusus 5

1.4 Manfaat Penulisan 6

1.5 Metode Penulisan 7

1.6 Sistematika Penulisan 8

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Skizofrenia 10

2.1.1 Definisi Skizofrenia 10

2.1.2 Etiologi Skizofrenia 11

2.1.3 Tanda Gejala Skizofrenia 12

2.1.4 Macam-Macam Skizofrenia 13

2.1.5 Pengobatan Skizofrenia 14

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan 16

2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan 17

2.2.3 Tanda Gejala Perilaku Kekerasan 20

2.2.4 Rentang Respon Perilaku Kekerasan 22

2.2.5 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan 24

2.2.6 Proses Terjadi Amuk 24

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Jiwa Pasien Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian 25

2.3.2 Diagnosa Keperawatan 32

2.3.3 Konsep Intervensi Keperawatan 33

2.3.4 Implementasi 35

2.3.5 Evaluasi 37

2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.4.1 Teori Komunikasi 38

2.4.2 Unsur Komunikasi Terapeutik 38

2.4.3 Hubungan Komunikasi Terapeutik 39

2.5 Konsep Stres Adaptasi

2.5.1 Pengertian Stres 42

2.5.2 Faktor Predisposisi Stres 43

2.5.3 Faktor Presitipasi Stres 46

2.5.4 Penilaian Primer Stresor 48

2.6 Mekanisme Koping

2.6.1 Definisi Mekanisme Koping 49

2.6.2 Jenis Jenis Mekanisme Koping 49

2.6.3 Karakteristik Mekanisme Koping 50

2.7 Terapi Aktivitas Kelompok

2.7.1 Pengertian 52

2.7.2 Tujuan 52

2.7.3 Aktivitas dan Indikasi 52

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian 53

3.1.1Identitas Pasien 53

3.1.2 Alasan Masuk 53

3.1.3 Keluhan Utama 54

3.1.4 Faktor Predisposisi 54

3.1.5 Pemeriksaan Fisik 55

3.1.6 Psikososial 56

3.1.7 Status Mental 59

3.1.8 Kebutuhan Pulang 62

3.1.9 Mekanisme Koping 64

3.1.10 Masalah Psikososial,Lingkungan 64

3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang 65

3.1.12 Aspek Medik 66

3.1.13Masalah Keperawatan 66

3.1.14 Diagnosa Keperawatan 67

3.2 Pohon Masalah 68

3.3 Analisa Data 68

3.4 Rencana Keperawatan 71

3.5 Implementasi Evaluasi 76

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 85

4.2Diagnosa Keperawatan 86

4.3Perencanaan 87

4.4 Implementasi Keperawatan 88

4.5Evaluasi 92

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Kesimpulan 93

5.2 Saran 94

**DAFTAR PUSTAKA 96**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Perbandingan Perilaku Pasif Asertif Agresif 23

Tabel 2.2 Tugas Perawat Pada Setiap Fase 39

Tabel 3.1 Terapi Medik 66

Tabel 3.2 Analisa Data Tn.M 68

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan 71

Tabel 3.4 Tindakan Evaluasi Keperawatan 76

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan 22

Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan 24

Gambar 3.1 Genogram 52

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku kekerasan 64

**DAFTARLAMPIRAN**

Lampiran1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien 99

Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien 104

Lampiran 3Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP3 Pasien 107

**DAFTAR SINGKATAN**

SP = Strategi Pelaksanaan

SST = Sarjanan Sains Terapan

RS = RumahSakit

RSJ =RumahSakitJiwa

DO = Data Obyektif

Dr = Doktor

DS = DataSubyektif

ODGJ= Orang Dengan Gangguan Jiwa

Tn = Tuan

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Skizofrenia (schizophrenia) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak atau *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, bahwa bukti-bukti terkini tentang skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik. Gambaran gangguan jiwa (skizofrenia) beraneka ragam gangguan pada alam pikir,perasaan dan perilaku yang mencolok dan yang tersamar.(H.Iyus Yosep, 2014)

Meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang dapat menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidak mampuan individu dalam berkarya serta ketidaktepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena seseorang tersebut tidak berkarakteristik.(Ipa & Di, 2017) .

Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan . Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik) (Pardede, 2019).

Menurut Riskesdas 2018 perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia . Di Indonesia di liat dari penyebab kecacatan, lebih besar disebabkan gangguan mental (13,4%) dibanding penyakit lain. Kasus gangguan jiwa di Indonesia meningkat terlihat dari kenaikan prevelensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga. Artinya per 1000 rumah tangga dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat (Ayuningtyas et al., 2018)

Riset Kesehatan Dasar 2017 mengemukakan bahwa dari 400.000 ODGJ, 1 dari 7 ODGJ pernah mengalami pemasungan dan peluang pemasungan. Data Dinas Sosial di tahun 2017, kasus pemasungan ODGJ di Jawa Timur mencapai 2.509 kasus dimana 144 kasus terjadi di Kabupaten Malang (Ulya, 2017).Berdasarkan Data dari Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur, di temukan masalah keperawatan jiwa khususnya kasus undifferentiated skizofrenia dalam 5 bulan terakhir pada bulan September mencapai total 38% dan pada bulan Oktober mengalami penurunan sekitar 28% namun mengalami peningkatan kembali pada bulan November mencapai 34% .Kasus skizofrenia sendiri mencangkup masalah keperawatan dengan prevalensi pada rentang bulan Agustus 2021 – Januari 2022 halusinasi 29%,perilaku kekerasan 51%,deficit perawatan diri 15%,isolasi social 3%,dan harga diri rendah 3%.

Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah(Skizofrenia, 2021)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik terapi generalis maupun terapi spesialis memberikan hasil yang signifikan untuk menurunkan perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan generalis pada pasien dan keluarga dapat menurunkan lama rawat klien (Malfasari et al., 2020). Perilaku kekerasan pada orang yaitu tindakan agresif yang ditunjukan melukai/ membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan yaitu dapat berupa perilaku yang dapat merusak lingkungan, melempar barang dan semua yang ada di sekitar.

Adapun tanda dan geajala pasien dengan perilaku kekerasan, yakni : muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, bicara kasar, suara tinggi, mengancam secara verbal atau fisik, melempar atau memukul benda atau orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan untuk mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan (Solekah, 2020)

Stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Indonesia sangat tinggi yang merupakan manifestasi dari perilaku negatif yang dilakukan oleh keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan, institusi kesehatan, lembaga lembaga pemerintah maupun swasta. Di Indonesia, stigma dan stigmatisasi terjadi di kalangan masyarakat umum dan bahkan diantara para profesional kesehatan. Penderita gangguan jiwa seringkali mendapat stigma dari lingkungan sekitarnya. Stigmatisasi adalah suatu proses sosial ketika seseorang yang terpinggirkan telah diberi label sebagai orang yang abnormal atau sesuatu yang memalukan.

Intervensi keperawatan yang tepat dan baik ditatanan pelayanan rumah sakit atau dimasyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan. Intervensi pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan Kognitif : menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, menyebutkan akibat yang ditimbulkan, menyebutkan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan, Psikomotor : mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan relaksasi, tarik napas dalam, pukul kasur atau bantal, dan jalan-jalan, berbicara dengan baik, melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah yang lain, dan patuh minum obat dengan 8 benar.(Untari & Irna, 2020)

**1.2 Rumusan masalah**

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

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah keperawatan dan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Andifferentiated di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

**1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Andifferentiated di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Andifferentiated di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Mahasiswa mampu menyusun tindakan rencana asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Andifferentiated di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Andifferentiated di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Andifferentiated di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia Andifferentiated di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
   1. **Manfaat Penelitian**

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

1. Dari segi akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan penambahan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah perilaku kekerasan

1. Dari segi praktis
2. Bagi pelayanan perawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini untuk menambah pengetahuan dan dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah perilaku kekerasan dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti selanjutnya, yang akan melakukan penelitian asuhan keperawatan dengan masalah perilaku kekerasan.

1. Bagi profesi kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat di jadikan tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberi pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan.

* 1. **Metode Penulisan**

1. Metode

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

1. Tehnik pengumpulan data
2. Wawancara

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

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Pemeriksaan

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

1. Sumber data
2. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data sekunder

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

1. Studi Kepustakaan

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

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

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakitdari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnose medis skizofrenia, hiberfrenik serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

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

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan di sampaikan pembahasan tentang konsep teori sebagai landasan dalam karya tulis ilmiah yang meliputi : 1) konsep dasar Skizofrenia, 2) konsep dasar perilaku kekerasan , 3) konsep dasar asuhan keperawatan perilaku kekerasan, 4) konsep komunikasi teraupetik, 5) konsep stress adaptasi

**2.1 Konsep Skizofrenia**

**2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Definisi skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan atau perpecahan) antara proses pikir, afek emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, Skizofrenia adalah bentuk dari psikosa yang banyak dijumpai dimanapun akan tetapi faktor-faktor penyebabnya belum dapat di identifikasi secara jelas (Gosal, 2019)

Skizofrenia biasanya ditandai dengan adanya pemikiran atau pengalaman yang nampak tidak berhubungan dengan kenyataan, ucapan atau perilaku yang tidak teratur , dan penurunan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Kesulitan dalam berkonsentrasi dan mengingat.(Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

## Etiologi skizofrenia

## Beberapa Faktor penyebab Skizofrenia menurut (Rahmawati, 2019)

## 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.

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. Hipotesaini masih dalam pembuktian dengan pemberian obat halusinogenik.

1. Susunan Syaraf 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.

1. Teori Adofl Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarangtidak 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).

1. Teori Sigmund Freud
2. Kelemahan ego,yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatic
3. Super ego di kesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresike fase narsisisme
4. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan *(transference)* sehingga terapi psiko analitik idak mungkin.

**2.1.3 Gejala Skizofrenia**

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

2. Gangguan Efek Emosi

a. Terjadi kedangkalan afek-emosi

b. Paramimi dan paratimi

c. Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan emosi berlebihan

d. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

3. Gangguan Kemauan

1. Terjadi kelemahan kemauan
2. Perilaku negativesme atau permintaan
3. Otomatisme : merasapikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
4. Gangguan Psikomotor
5. Stuporatauhi perkinesia, logorea dan neologisme
6. *Katelepsi:* mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama *Echolalia*d an *Echop* Autisme

## (Pitayanti & Hartono, 2020)

## 2.1.4 Macam – Macam Skizofrenia

## Menurut (Rahmawati, 2019), membagi Skizofrenia

1. Skizofrenia Simplek

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

1. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau sub akut dan sering timbul pada masaremaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan prosesberfikir, gangguan kemauan dan adanya depersenalisasi atau double personality. Mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

1. Skizofrenia Katatonia

Timbulnya pertama kali umur15-30 tahun dan biasanya akut serta sering di dahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupo rkatatonik.

1. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan wahamwaham sekunder dan halusinasi.

1. Episode Skizofrenia akut

Gejala skizofreniat imbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut.Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semua seakan- akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

1. Skizofrenia Residual

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

1. Skizofrenia Skizo Afektif

Di samping gejala Skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizodeprsif) atau gejala mania (psikopanik). Jeni sini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin.

**2.1.5 Pengobatan Skizofrenia**

Menurut (Indriani et al., 2020)

1. Penggunaan Obat Antipsikosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola fikir yang terjadi pada skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini yaitu :

1. Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaanya disebut antipsikotik konvensional. Walaupunn sangat efektif, antipsikotik konvensional sering menimbulkan efek samping yang serius.

1. Neweratypical antipsycotics

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional.

1. Clozaril

Clozaril memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius dimana pada kasus-kasus yang jarang, clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi. Ini artinya, pasien yang mendapat Clozaril harus memeriksakan kadar sel darah putihnya secara regular.

1. Terapi Elektrokonvulsif
2. Pembedahan bagian otak
3. Perawatan di rumah sakit
4. Psikoterapi
5. Teori Psikoanalisa

Metode terapi ini berdasarkan konsep freud yang bertujuan menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya serta mekanisme pertahanan yang digunakan untuk pengendalian kecemasannya.

1. Teori Perilaku terapi

Terapi perilaku ini menekankan prinsip pengkondisian klasik dan operan, karena terapi ini berkaitan dengan perilaku yang nyata. Paul dan Lentz menggunakan dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, yaitu :

a) Social Learning Program : menolong penderita Skizofrenia untuk mempelajari perilaku-perilaku yang sesuai.

b) Social Skills Training : terapi ini melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahlian sosial.

## 2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

## 2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku Kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

Menurut (Malfasari et al., 2020)Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah tak terkontrol.

**2.2.2 Etiologi Perilaku Kekerasan**

Menurut (H.Iyus Yosep, 2014) Faktor-Faktor terjadinya Perilaku Kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi
2. Faktor Biologis
3. Neurologic Faktor

Beragam komponen dari sistem saraf seperti snap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

1. Faktor Genetik

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

1. Faktor Biokimia

Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinephrine, norepinephrine, dopamin, asetilkolin, dan serotonin). Peningkatan hormone androgen dan norepinephrine serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebrata dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agesif *Instinctual drive theory* (teori dorongan naluri). Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

1. Faktor Psikologis
2. Teori Psikoanalisa

Agresitivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang *(life span hystori)*. Teori ini menjelaskan bahwa tidak adanya kepuasan fase oral 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih ssayng dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungan.

1. *Imitation, modeling and information processing theory*

Menurut teori perilaku kekerasan biasa berkembang dalam lingkungan yang monolelir kekerasan. Lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.

1. *Learning Theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengaamati bagaimana respon ibu saat marah atau sebaliknya. Ia juga belajar bahwa agresitivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menaggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan. *Existensi theory* (teori eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruksi, maka individu akan memenuhi kebutuhan melalui perilaku destruktif.

1. Faktor Sosial Kultural
2. *Social environment theory* (teori lingkungan)

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

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

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

1. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan :

1. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, perkelahian massal dan sebagainya.
2. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
3. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tindak kekerasan dalam menyelesaikan konflik
4. Ketidaksiapan dalam membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang dewasa.
5. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat, alkoholisme, dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi frustasi.
6. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.
   * 1. **Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan**

Menurut (H.Iyus Yosep, 2014) tanda gejala pada klien dengan perilaku kekerasan antar lain :

1. Fisik
   1. Muka merah dan tegang
   2. Pandangan tajam dan mata melotot
   3. Nafas pendek
   4. Tangan mengepal
   5. Rahang mengatup dengan kuat
   6. Postur tubuh kaku
   7. Jalan mondar – mandir
2. Emosi
3. Tidak adekuat
4. Tidak aman dan nyaman
5. Rasa terganggu
6. Marah atau dendam Merasa jengkel
7. Tidak berdaya
8. Mengamuk
9. Ingin berkelahi
10. Menyalahkan orang lain
11. Intelektual
12. Mendominasi
13. Bawel atau cerewet
14. Kasar
15. Berdebat
16. Meremehkan
17. Sarkasme
18. Spiritual
    1. Merasa bahwa dirinya berkuasa
    2. Merasa dirinya benar
    3. Keraguan-raguan
    4. Tidak bermoral dan kreativitas dapat terhambat.
    5. Kebejatan
    6. Keraguan
19. Sosial
    1. Menarik diri
    2. Pengasingan
    3. Penolakan
    4. Kekerasan
       1. **Rentang Respon Perilaku Kekerasan**

Menurut (H.Iyus Yosep, 2014)perilaku kekerasan merupakan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa “ia” tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respan normal (assertif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif).

**Respon Adaptif**  **Respon Maladaptif**



**Asertif Frustasi Pasif Agresif**

**Gambar 2.1** Rentang respon perilaku kekerasan

Keterangan :

1. Asertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain dan ketenangan.
2. Frustasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatife.
3. Pasif : Perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
4. Agresif: memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat
5. Melukai orang lain. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
6. Kekerasan: Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai pada tingkat ringan, dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri atau hilang kontrol.

**Tabel 2.1** Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif (Dr.Budi anna keliat,Skp,M.App.SC,Akemat,S.Kp, 2006)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Karakteristik** | **Pasif** | **Asertif** | **Agresif** |
| Nada bicara | 1. Negatif 2. Menghina diri 3. Dapatkah saya lakukan? 4. Dapatkah ia lakukan? | 1. Positif 2. Menghargai diri sendiri 3. Saya dapat/akan lakukan | 1. Berlebihan 2. Menghina orang lain 3. Anda   selalu/tidak pernah? |
| Nada suara | 1. Diam 2. Lemah 3. Merengek | Diatur | 1. Tegang 2. Bersandar kedepan |
| Sikap tubuh | 1. Melorot 2. Menundukan kepala | 1. Tegak 2. Relaks | 1. Tegang 2. Bersandar ke depan |
| Personal Space | Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya | 1. Menjaga jarak yang menyenangkan 2. Mempertahankan hak tempat   /teritorial | Memiliki teritorial orang lain |
| Gerakan | 1. Minimal 2. Lemah 3. Resah | Memperlihatkan gerakan yang sesuai | Mengancam,  ekspansi gerakan |
| Kontak mata | Sedikit/tidak ada | Sekali-sekali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan  Interaksi | Melotot |

* + 1. **Pohon Masalah Perilaku Kekerasan**

**RESIKO MENCEDERAI DIRI SENDIRI ATAU ORANG LAIN**

**PERILAKU KEKERASAN**

**GANGGUAN HARGA DIRI : HARGA DIRI RENDAH**

**KOPING KELUARGA TIDAK EFEKTIF**

**KOPING INDIVIDU TIDAK EFEKTIF**

**Gambar 2.2** : Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

* + 1. **Proses Terjadinya Amuk**

Amuk merupakan respons 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 adalah respons marah terhadap adanya stres, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan.

Respons marah dapat diekspresikan 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 (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang.

Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menentang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk. (H.Iyus Yosep, 2014).

# 2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Jiwa Pasien Dengan Masalah Perilaku Kekerasan

**2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.(Dr.Budi anna keliat,Skp,M.App.SC,Akemat,S.Kp, 2006)

* + 1. Identitas klien

Melakukan perkenalan BHSP dan kontrak dengan klien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, lalu dilanjut melakuka pengkajian dengan nama klien, nama panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan dan catat usia klien dan No RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

* + 1. Alasan masuk

Penyebabkan klien atau keluarga datang, apa yang menyebabkan klien melakukan kekerasan, apa yang klien lakukan di rumah, apa yang sudah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah.

* + 1. Faktor predisposisi

Menanyakan apakah keluarga mengalami gangguan jiwa, bagaimana hasil pengobatan sebelumnya, apakah pernah melakukan atau mengalami peganiayaan fisik, seksual, penolakan diri lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan pada pasien dan keluarga apakah ada yang mengalami gangguan jiwa, menanyakan pada pasien tentang pengalaman yang tidak menyenangkan. Pada pasien dengan perilaku kekerasan faktor predisposisi, faktor presipitasi pasien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanyan riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

* + 1. Pemeriksaan fisik

Memeriksa tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan tanyakan apakah ada keluhan fisik yang dirasakan klien. Pada klien dengan perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, RR meningkat, nafas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat dan dilatasi pupil.

* + 1. Psikososial

1. Genogram

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

1. Konsep diri
   * + 1. Gambaran diri

Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang di sukai, reaksi bagian tubuh yang tidak di sukai dan bagian yang di sukai. Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal, muka memerah. Identitas diri Status atau posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah, dan bermusuhan.

* + - 1. Identitas diri

Status atau posisi pasien sebelum pasien dirawat, kepuasan pasien terhadap status dan posisinya, kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan, keunikan yang dimiliki sesuai dengan jenis kelaminnya dan posisinya. Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah, dan bermusuhan.

* + - 1. Fungsi peran

Tugas atau peran klien dalam keluarga/pekerjaan/kelompok masyarakat, kemapuan klien dalam melaksanakan fungsi atau perannya, perubahan yang terjadi pada pasien sakit dan dirawat, bagaimana perasaan pasien akibat perubahan tersebut. Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

* + - 1. Ideal diri

Klien dengan PK jika kenyataannya tidak sesuai dengan dengan dengan kenyataan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya, serta untuk pengkajian PK mengenai ideal diri harus dilakukan pengkajian yang berhubungan dengan harapan klien terhadap keadaan tubuh yang ideal, posisi, tugas, lingkungan, harapan klien terhadap lingkungan, harapan klien terhadap penyakitnya, bagaimana jika kenyataan tidak sesuai dengan harapannya

* + - 1. Harga diri

Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga. Harga diri yang dimiliki klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal klien PK marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

1. Hubungan sosial

Tanyakan orang yang palin berarti bagi klien, tanyakan upaya yang biasa dilakukan saat ada masalah, tanyakan kelompok apa saja yang di ikuti di masyarakat, keterlibatan/peran apa dalam kegiatan berkelompok di masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, minat dalam berinteraksi dengan orang lain.

1. Spiritual

Nilai dan keyakinan, kegiatan beribadah/menjalankan keyakinan, kepuasan dalam menjalankan keyakinan

* + 1. Status Mental
  1. Penampilan

Melihat penampilan klien dari ujung rambut sampai ujung kaki apakah ada yang tidak rapi, pengunaan pakaian yang tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasa, kemampuan pasien dalam berpakaian, dampak ketidakmampuan berpenampilan baik/berpakaian terhadap status psikologi klien (defisit perawatan diri). Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilannya tidak rapi, penggunaan tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

* 1. Pembicaraan

Amati Pembicaraan klien apakah cepat, keras, terburu-buru, gagap, sering terhenti/blocking, apatis, lambat, membisu, menghindar, tidak mampu memulai pembicaraan. Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor.

* 1. Aktivitas motorik

Agresif, menyerang diri sendiri orang lain maupun menyerang objek yang ada disekitarnya. Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah, jalan mondar-mandir.

* 1. Afek dan emosi

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

1. Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensif 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.

1. Persepsi/ Sesnsori

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

1. Proses pikir
2. Proses pikir (arus dan bentuk pikir)

Otistik (Autisme): bentuk pemikiran yang berupa fantasia atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya, 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.

1. Isi pikir

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

h. Tingkat kesadaran

Klien perilaku kekerasan tingkat kesaadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

i. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan mampu mengingat kejadian jangka pendek maupun panjang. Tingkat konsentrsi

j. Tingkat Konsentrasi

Tingkat konsentrasi perilaku kekerasan mudah beralih dari satu obyek ke obyek yang lain. Klien selalu menatap penuh kecemasan tegang dan kegelisahan.

k. Kemapuan penilaian/penampilan keputusan

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

l. Daya tilik

Mengingkari penyakit yang diderita: kien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu meminta pertolongan/pasien menyangkal keadaan penyakitnya, pasien tidak mau bercerita tentang penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang

m. Mekanisme koping

1. Klien dengan Perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, apakah menggunakan cara-cara yang adaptif seperti bicara dengan orang lain, mampu menyelessaikan masalah, teknik relaksasi, aktifitas konstruktif, olah raga, dll ataukah menggunakan cara- cara yang maladaptife seperti minum alkohol, merokok, reaksi lambat, menghindar, mencederai dirinya.

**2.3.2 Diagnosa keperawatan**

Menurut (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

* + - 1. Resiko mencederai diri sendiri atau orang lain
      2. Perubahan persepsi sensori: Halusinasi
      3. Gangguang harga diri : Harga diri rendah
      4. Koping individu tidak efektif

**2.3.3 Konsep Intervensi Keperawatan**

Intervensi Keperawatan menurut (Yusuf,A.HF.,r,.Nihayati, 2015):

1. Tujuan Keperawatan

* 1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
  2. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
  3. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah di alaminya
  4. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
  5. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasannya
  6. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, social, dan dengan terapi psikofarmaka

2. Tindakan Keperawatan

a. Bina hubungan saling percaya

* 1. Mengucapkan salam terapeutik
  2. Berjabat tangan
  3. Menjelaskan tujuan interaksi

Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasienmerokok, reaksi lambat/berlebihan, menghindar, mencederai diri atau lainnya

1. Diagnosa Keperawatan Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
2. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
   1. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
   2. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
   3. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social
   4. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
   5. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual

d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :

1) Verbal

2) Terhadap orang lain

3) Terhadap diri sendiri

4) Terhadap lingkungan

* 1. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
  2. Diskusikan bersama apsien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
     1. Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal , tarik nafas dalam
     2. Obat
     3. Sosial/verbal, misalnya menyatakan secara asertif rasa marahnya
     4. Spiritual, misalnya sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien

# Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, yaitu latihan napas dalam dan pukul kasur/bantal, secara sosial/verbal, secara spiritual, dan patuh minum obat.

1. Tindakan keperawatan untuk Keluarga
   1. Tujuan

Keluarga dapat merawat pasien dirumah

* 1. Tindakan
     1. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
     2. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, serta perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).
     3. Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
     4. Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan.
     5. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
     6. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
     7. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
  2. Buat perencanaan pulang bersama keluarga
     1. **Implementasi Keperawatan**

Menurut (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) tindakan pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

* + - 1. SP 1 Pasien : Membina hubungan saling percaya, mengidentifiaksi penyebab marah, tanda dan gejala yang disarankan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama ( latihan napas dalam ).
      2. SP 2 Pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi letihan napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua [pukul kasur dan bantal], menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).
      3. SP 3 Pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal [menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik], susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal)
      4. SP 4 Pasien : Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekersan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa , buat jadwal latihan ibadah/berdoa)
      5. SP 5 Pasien : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar [ benar nama pasien/pasien, benar nama obat, benar cara minum, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat ] disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur).

Menurut (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) tindakan keluarga dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. SP 1 Keluarga : Membina hubungan saling percaya dengan keluarga, mengidentifikasi masalah, menjelaskan proses terjadinya masalah, dan obat pasien
2. SP 2 Keluarga : Melatih keluarga cara merawat pasien
3. SP 3 Keluarga : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

**2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

1. Pada pasien
   1. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
   2. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi:
      1. Secara fisik
      2. Secara sosial/verbal
      3. Secara spiritual
      4. Terapi psikofarmaka
2. Pada Keluarga
3. Keluarga mampu mencegah terjadinya perilaku kekerasan.
4. Keluarga mampu menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien.
5. Keluarga mampu memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan. Keluarga mampu mengidentifikasi perilaku pasien yang harus dilaporkan pada perawat.

**2.4 Konsep Komunikasi Terapeutik**

**2.4.1 Teori Komunikasi**

Menurut (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) Teori komunikasi sangat sesuai dalam praktek keperawatan karena :

1. Komunikasi adalah cara untuk membina hubungan yang terapeutik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dalam pikiran
2. Maksud komunikasi adalah mempengaruhi Perilaku orang lain. Berarti, keberhasilan intervensi perawatan tergantung pada komunikasi karena proses keperawatan ditujukan untuk merubah perilaku dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal
3. Komunikasi adalah berhunbungan. Hubungan perawat-klien yang terapeutik tidak mungkin tercapai tanpa komunikasi

# 2.4.2 Unsur-unsur Komunikasi terapeutik

Unsur-unsur komunikasi terapeutik meliputi :

1. Sumber proses komunikasi yang merupakan prakarsa oleh pengirim dan pesan sebagai tolak ukur keberhasilan mengirim
2. Pesan verbal dan non verbal
3. Penerima yang akan juga membalas pesan
4. Lingkungan sebagai saluran penyampaian ( panca indera ), penerimaan lingkungan alamiah.

# Hubungan Terapeutik

Hubungan terapeutik antara perawat-klien adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran dan, pengalaman dalam hubungan intim yang terapeutik. Dalam proses, perawat membina hubungan sesuai dengan tingkat perkembangan klien dengan mendorong perkembangan klien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah dan membantu pemecahan masalah.

Proses berhubungan perawat klien dapat dibagi dalam 4 fase, fase prainteraksi atau orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Setiap fase ditandai dengan serangkaian tugas yang perlu diselesaikan.

**Tabel 2.2** Tugas perawat pada setiap fase (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

|  |  |
| --- | --- |
| **FASE** | **TUGAS** |
| Prainteraksi | Eksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan sendiri, Analisa kekuatan kelemahan profesional diri, dapatkan data tentang  klien jika mungkin, rencanakan pertemuan pertama. |
| Orientasi | Bina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka, perkenalan nama P-K, tentukan alasan klien minta tolong, rumuskan kontrak bersama, peran dan tanggung jawab P-K, waktu dan tempat, Eksplorasi pikiran, perasaan, dan  perbuatan klien, Identifikasi masalah klien, rumuskan tujuan dengan klien |
| Kerja | Eksplorasi stressor yang kuat, dorong perkembangan kesadaran diri dan mekanisme koping yang konstruktif,  atasi penolakan perilaku adaptif. |
| Terminasi | Ciptakan realitas perpisahan, bicarakan proses terapi dan  pencapaian tujuan, saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kehilangan, kesedihan dan marah. |

1. Prainteraksi

Prainteraksi dimulai sebelum kontak pertama dengan klien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaram dan kesiapan perawat untuk melakukan huburgan dengan klien dapat dipertanggung jawabkan. Perawat yang sudah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri serta nilai tambah pengalamannya berguna untuk lebih efektif dalam memberikan asuhan keperawatan.

Ia seharusnya mempunyai konsep diri yang stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dg orang lain dan berpegangan pada kenyataan dalam menolong klien. Pemakaian diri secara terapeutik artinya memaksimalkan kekuatan dan meminimalkan kelemahan diri dalam memberi asuhan keperawatan pada klien. Tugas tambahan pada fase ini mendapatkan informasi tentang klien .

1. Orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan pertama dengan klien, hal utama yang perlu dikajiadalah alasan utama klien minta tolong yang akan mempengaruhi hubungan perawat-klien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian dan komunikasi yang terbuka serta perumusan kontrak dengan klien. Elemen kontrak perlu diuraikan dengan jelas agar kerjasama P-K bisa optimal. Diharapkan peran serta klien secara penuh dalam kontrak, kecuali kondisi tertentu seperti gangguan realita,sehingga perawat melakukan kontrak sepihak.

Perawat dan klien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Klien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sukar menerima dan terbuka pada orang asing. Anak memerlukan rasa aman untuk mengekspresikan perasaan tanpa dikritik atau dihukum. Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan klien, dan mengidentifikasi masalah.

1. Fase Kerja

Pada fase kerja, perawat dan klien mengekplorisi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi,pikiran, perasaan dan perbuatan klien. Perawat membantu klien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif adalah fokus fase ini.

1. Fase Terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik Rasa percaya dan hubungan intim yang sudah terbina, dan berada pada tingkat optimal. Perawat dan klien merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas-pada unit tertentu atau klien pulang. Adapun alasan terminasi, tugas perawat pada fase ini adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari.

Klien dan perawat bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan pencapailan tujuan. Perasaan marah, sedih, penolakan perlu dieksplorasi dan diekspresikan. Fase terminasi harus diatasi dengah memakai konsep proses kehilangan. Proses terminasi yang sehat akan memberi pengalaman positif dalam membantu klien mengembangkan koping untuk perpisahan. Reaksi klien dalam menghadapi terminasi dapat beraneka cara.

Klien mungkin mengingkari perpisahan atau mengingkari manfaat hubungan. Klien dapat mengekpresikan perasaan marah dan bermusuhannya dengan tidak menghadiri pertemuan,atau bicara yang dangkal. Terminasi yang mendadak dan tanpa persiapan mungkin dipersepsikan klien sebagai penolakan. Atau perilaku klien kembali pada perilaku sebelumnya, dengan harapan perawat tidak akan mengakhiri hubungan karena klien masih memerlukan perhatian.

* 1. **Konsep Stress Adaptasi**

**2.5.1 Pengertian Stress**

Stress diakibatkan adanya perubahan nilai budaya, pekerjaan, system kemasyarakatan, serta ketegangan antara realita dan idealisme. Menurut Hans Selye stress merupakan reaksi tubuh yg tidak khas terhadap tuntutan kebutuhan tubuh. Stress merupakan realita kehidupan setiap hari yang tidak perlu dihindari yang disebabkan perubahan yang memerlukan penyesuaian.

Stress adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap berbagai tuntutan atau beban yang bersifat non spesifik, yang mengharuskan seorang individu untuk berespons atau melakukan tindakan. Baum, Gatchel, and Krantz (1997) mendefinisikan stress sebagai suatu proses yang terjadi karena keadaan yang mengancam atau menantang yang menyebabkan individu berespon terhadap tantangan tersebut. Secara mendasar stress mengandung dua faktor, yaitu tekanan (*pressure*) yang dirasakan manusia mempunyai implikasi *aversive* (perubahan emosi), dan implikasi proses yang merupakan kegiatan transaksi antara individu dan lingkungan sebagai upaya menanggapi stimulasi dengan penyesuaian diri. (Yusuf,A.HF.,r,.Nihayati, 2015)

**2.5.2 Faktor Predisposisi Stress**

Menurut (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) faktor predisposisi disebut juga factor penyebab adalah factor-faktor risiko yang mempengaruhi kemampuan sumber-sumber dalam mengatasi stress. Faktor risiko ini sudah dimiliki individu sejak dalam kandungan atau dalam masa perkembangan.

Faktor risiko ini mencakup biologic, psikologik dan sosiobudaya. Contoh dari factor risiko ini adalah kelainan genetic, Intelegensi, kepribadian, pola asuh, usia, gender, suku bangsa.

1. Biologis
2. Latar Belakang Genetika

Penelusuran genetika yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa masih terus dilakukan penelitian. Ada tiga jenis kajian latar belakang genetika penyebab gangguan jiwa yaitu kajian adopsi, yang membandingkan sifat antar anggota keluarga biologis dengan anggota keluarga adopsi, sedangkan kembar onozigotik jarang berbeda dari orangtua adoptif. Kajian kembar, yang membandingkan kembar identik (monozigot) dengan kembar dizigot.

Kembar disebut sebagai *concordant* jika kedua anggota mengalami gangguan yang sama. *Concordant* pada kembar monozigot lebih kuat daripada kembar dizigot. Gangguan psikiatri yang mempunyai kemungkinan adanya jalinan genetika seperti alkoholisme, skizofrenia, depresi mayor, gangguan bipolar, gangguan somatis, dan gangguan personal antisocial (Kendler dan Silverman, 1991; Townsend, 1996). Kajian keluarga, yang membandingkan apakah suatu sifat lebih banyak kesamaan antara keluarga tingkat pertama, seperti orangtua, saudara kandung, daripada anggota keluarga jauh.

1. Status Gizi

Pertumbuhan dan perkembangan awal jaringan otak yang tidak sempurna pada masa janin, bayi dan anak-anak akibat dari kebutuhan gizi otak yang tidak terpenuhi.

1. Sensifitas biologi

Respon biologi terhadap stress bergantung dari individu dan besarnya rangsang stress terhadap kehidupan. Respon yang terjadi dengan peningkatan pelepasan glukokortikoid dari korteks adrenal yang diikuti stimulasi dari aksis hipotalamus hipofisis adrenal selama situasi stress berlangsung. Hasilnya adalah penekanan perkembangbiakan dan fungsi dari limfosit. Sistem saraf pusat (SSP) mempunyai hubungan dengan tulang belakang dan timus karena system sel kekebalan berproduksi dalam limpa dan kelenjar limpa yang akhirnya disimpan. Pada waktu testosteron menghambat fungsi kekebalan, hormone pertumbuhan dapat berespon terhadap stressor dengan cara meningkatkan fungsi kekebalan tersebut.

Peningkatan produksi epinefrin dan norepinefrin untuk menanggulangi stress dapat menurunkan imunitas. Serotonin dapat meningkatkan dan menghambat efek imunitas. Adanya korelasi antara penemuan fungsi limfosit pada periode sedih/ duka, kehilangan dan depresi. Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara skizofrenia dengan system imunitas abnormal, respon autoimun, infeksivirus dan imunogenetika.

1. Psikologis
2. Inteligensia

Kemampuan individu dalam menyelesaikan konflik dan penyesuaian diri dengan lingkungan dipengaruhi daya pikir, daya tangkap, kemampuan bahasa, dan kemampuan analisis masalah.

1. Kepribadian

Karakteristik seseorang sejak lahir dan masa pertumbuhan, seperti temperamen, sifat (*trait*),dan kebiasaan (*habit*) mempengaruhi individu dalam menghadapi suatu konflik.

1. Pengalaman masa lalu

Kejadian-kejadian yang menghasilkan suatu pola pembelajaran yang dapat mempengaruhi respon penyesuaian seseorang. Peristiwa yang menyenangkan atau menyakitkan di masa lalu sangat mempengaruhi kesehatan jiwa individu. Dalam masa perkembangan, proses menyelesaikan konflik dalam memenuhi tugas perkembangan berpengaruh terhadap tahap perkembangan berikutnya.

1. Motivasi

Kemauan dan dorongan dari dalam individu mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi tantangan dan dinamika hidup.

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi sehat dan sakit jiwa, seperti social cultural, usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, pekerjaan, kedudukan sosial, dan latar belakang budaya.

**2.5.3 Faktor Presipitasi Stress**

Faktor presipitasi adalah rangsangan, stimulus, dan factor yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk pemecahan masalah.

Penyebab stress disebut dengan stressor. Stressor adalah segala sesuatu yang menyebabkan kondisi stress. Glanz (2008), mengidentifikasi kategori stressor sebagai: (1) *Cataclysmic event*, semua peristiwa yang terjadi pada seseorang secara bersamaan, yang tidak diprediksi dan mempunyai pengaruh yang sangat kuat dan memerlukan usaha dalam menaggulanginya (2) Stressor personal, semua peristiwa-peristiwa yang bersifat individual yang mempunyai pengaruh terhadap seseorang, seperti gagal dalam ujian, bercerai, dan PHK. (3) Background stressor, yang berupa pertengkaran dalam kehidupan sehari-hari, masalah kecil yang terus menerus menganggu dan menyusahkan seseorang. (4) Stressor kronik, seperti ketidakpuasan terhadap pekerjaan, yang berlangsung relatif lama. Skala yang sering digunakan untuk mengukur stressor adalah *The Social Readjustment Rating Scale* (SRRS), yaitu skala yang berisi 43 kejadian-kejadian hidup penyebab stress.

Holmes dan Rahe (1967), Hawari (1999), mengemukakan bahwa stress pada masa pensiun lanjut usia menempati rating ke-10 dai 43 kejadian hidup yang menyebabkan stress berdasarkan sosial *Readjusment Rating Scale* (SRRS), oleh karena hilangnya status pekerjaan dan status sosial, adanya tanggungan keluarga yang masih membutuhkan dukungan finansial,dan perubahan yang mengikuti masa lanjut usia. Penyebab stress pada lanjut usia berbeda dengan remaja atau dewasa. Masalah yang sering menyebabkan stress pada lanjut usia adalah *post power syndrome*, perasaan kecewa karena tidak lagi dihormati seperti dulu, kurang diperhatikan oleh anak dan cucunya, merasa kesepian dan kesendirian.

Pada masapensiun, lanjut usia kehilangan kesibukan dan jabatan. Bertepatan dengan itu anak-anak sudah menikah dan meninggalkan rumah, sedangkan badan mulai lemah dan tidak memungkinkan bepergian, sehingga seringkali menimbulkan stress tersendiri. (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

**2.5.4 Penilaian Primer Stressor**

Menurut (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016) suatu evaluasi tingkat kemaknaan stressor bagi seseorang dimana stressor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Pengalaman Stress dapat berasal dari tiga sumber :

1. Lingkungan

Lingkungan mengirim stimulus secara terus menerus selama manusia masih hidup yang memerlukan penyesuaian. Misal penyesuaian pada cuaca, hubungan interpersonal, tuntutan penampilan, peraturan, sikap dll.

1. Kondisi fisiologis tubuh

Pertumbuhan cepat pada remaja, menopause pada wanita, proses menua, penyakit, kecelakaan, nutrisi buruk semuanya membuat tubuh mengalami stres.

1. Pikiran

Otak mengartikan dan menterjemahkan perubahan yang komplek pada lingkungan dan tubuh, kemudian menetapkan respon. Cara mengartikan dan mempersepsikan pengalaman saat ini dan memprakirakan apa yang terjadi pada masa yang akan dating dapat menimbulkan rasa aman dan stress.

* 1. **Mekanisme Koping**
     1. **Definisi Mekanisme Koping**

Mekanisme koping atau mekanisme pertahanan diri dapat diartikan sebagai apa yang dilakukan oleh individu untuk menguasai situasi yang dinilai sebagai suatu tantangan atau ancaman. Jadi koping lebih mengarah pada apa yang individu lakukan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang penuh tekanan atau membangkitkan emosi. Dengan kata lain, mekanisme koping adalah bagaimana reaksi orang menghadapi stres tekanan. (Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, 2016)

**2.6.2 Jenis Jenis Mekanisme Koping**

Mekanisme koping yang digunakan pada pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan adalah untuk melindungi dirinya yaitu sebagai berikut :

1. Sublimasi

Adalah suatu sasaran yang digunakan untuk mengendalikan marah. Contohnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahanya dengan meninju tembok, memukul bantal atau kasur yang bertujuan untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

1. Proyeksi

Merupakan perilaku atau sikap menyalahkan orang lain atas kesulitan yang dialami atau keinginan nya yang tidak tercapai. Misalnya seseorang individu menuduh orang lain melakukan sebuah pencurian di tempat kerjanya

1. Deplacment

Merupakan perilaku atau sikap untuk melepaskan perasaanyang tertekan biasanya dengan menunjukan perilaku destruktif, seperti memukul pintu, meninju tembok, melempar barang, bahkan sampai dengan melukai diri sendiri maupun orang lain

**2.6.3 Karakteristik Mekanisme Koping**

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. Adapun karakteristik mekanisme koping adaptif sebagai berikut:

* 1. Dapat menceritakan secara verbal tentang perasaan.
  2. Mengembangkan tujuan yang realistis.
  3. Dapat mengidentifikasi sumber koping.
  4. Dapat mengembangkan mekanisme koping yang efektif.
  5. Mengidentifikasi alternatif strategi.
  6. Memilih strategi yang tepat.
  7. Menerima dukungan

1. 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:

1. Menyatakan tidak mampu.
2. Tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif.
3. Perasaan lemas, takut, irritable, tegang, gangguan fisiologis, adanya stres kehidupan.
4. Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar.

**2.7 Terapi Aktivitas Kelompok**

**2.7.1 Pengertian**

Terapi aktivitas kelompok (TAK): Sosialisasi (TAKS) adalah upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah pasien dengan masalah hubungan sosial. Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dilaksananakan dengan membantu pasien melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar pasien. Sosialisasi dapat pula dilakukan secara bertahap dari interpersonal (satu dan satu), kelompok dan massa. Aktivitas dapat berupa latihan sosialisasi dalam kelompok.

**2.7.2 Tujuan**

Tujuan umum TAK Sosialisai adalah pasien dapat meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap dan tujuan khususnya adalah:

1. Pasien mampu memperkenalkan diri.
2. Pasien mampu berkenalan dengan anggota kelompok.
3. Pasien mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok.
4. Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan topic.
5. Pasien mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi.

Pasien mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan.

**2.7.3 Aktivitas dan Indikasi**

Aktivitas yang dilaksanakan dalam tujuh sesi yang bertujuan untuk melatih kemampuan sosialisasi pasien. Pasien yang diindikasikan mendapatkan TAKS adalah pasien yang mengalami gangguan hubungan sosial berikut:

1. Pasien yang mengalami isolasi sosial yang telah mulai melakukan interaksi interpersonal.

2. Pasien yang mengalami kerusakan komunikasi verbal yang telah berespons sesuai dengan stimulus.

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran yang nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan Resiko Perilaku Kekerasan, maka penulis mengajukan suatu kasus dan diamati penulis mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 19 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 09.30 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan file No.Register 0651xxx sebagai berikut :

**3.1 Pengkajian**

Ruang rawat : Ruang Gelatik Tanggal dirawat/MRS : 04-01-2022

**3.1.1 Identitas Pasien**

Pasien adalah seorang laki - laki berinisial Tn. M berusia 26 tahun tanggal lahir 02 Juli 1996 dengan No.RM 651x.xx beragama islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Status perkawinan pasien saat ini belum menikah, saat ini pasien tidak bekerja dan lulusan SMA, pasien mengatakan tinggal di Sukodono Sidoarjo. Pasien MRS di ruang Gelatik tanggal 04 Januari 2022.

**3.1.2 Alasan Masuk**

Sebelum dibawa ke IGD Rumah Sakit Jiwa Menur,.pasien mengatakan memecahkan piring–piring di dapur rumah di pagi hari dan di siang hari dan pasien merasa ingin terus marah marah.dari data yang diperoleh menurut file rekam medik pasien dibawa oleh keluarga ke Rumah Sakit Jiwa Menur karena pasien sering marah marah , pada tanggal 5 Januari 2022 pukul 11.00 wib parahnya pasien akan membakar rumah dan pasien sempat mencekik ibunya, Kemudian pada tanggal 5 Januari 2022 pukul 18.30 wib,keluarga membawa pasienke IGD RSJ Menur Surabaya . dari hasil pemeriksaan perawat IGD didapatkan TD : 120/80 mmHg , Suhu 36,5 , Nadi 88 x/menit , Pernapasan 18 x/menit kemudian pasien diberikan injeksi obat Haloperidol 1 amp dan injeksi obat Diazepan 1 amp pada pukul 20.00 wib.setelah mendapatkan penanganan dan observasi dari IGD RSJ Menur pasien dipindahkan ke ruang Gelatik RSJ Menur.

**3.1.3 Keluhan Utama**

Pasien mengatakan masih merasa jengkel sekali kepada ibunya karena sering main kerumah guru mengaji yang dia sukai semasa kecil dan guru mengaji tersebut dinikahi oleh paman nya,pada saat pengkajian pasien tampak dengan muka tegang dan nada suara tinggi pada saat bercerita apa yang dia rasakan.

**3.1.4 Faktor Predisposisi**

* + - 1. Riwayat Gangguan Jiwa di masa lalu

Pasien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu dan ini adalah pertama kalinya pasien di bawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur.

**Masalah Keperawatan :Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. Riwayat pengobatan sebelumnya

Pasien tidak pernah menjalani pengobatan kejiwaan sebelumnya

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. Pengalaman masa lalu berkaitan dengan perilaku kekerasan

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami perilaku kekerasan pada siapa pun.

## Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

* + - 1. Riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang pernah mengalami gangguan jiwa

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Riwayat masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan mencintai guru mengajinya tetapi gagal menikah dengan guru mengaji nya karena direbut oleh pamannya, pasien merasa marah kepada pamanya karena tidak meminta ijin terlebih dahulu kepada nya,pasien mengatakan sudah ikhlas tetapi kembali emosi dan jengkel belakangan ini karena ibu pasien sering main kerumah paman yang menikahi guru mengajinya, sejak pamanya menikah dengan guru mengajinya pasien menjadi merasa minder dan malas untuk mencari jodoh .

## Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

**3.1.5 Pemeriksaan Fisik**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Tanda Vital : |  | |
| TD : 120/80 mmHg | N | : 88 x/menit |
| S : 36, 5  2. Ukur : | Rr | : 18 x/menit |
| TB : 158 cm | BB | : 55 kg |

3. Keluhan Fisik : Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisik

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**3.1.6 Psikososial**

1. Genogram

26

Ket :

: Laki – Laki

: Perempuan

: Meninggal

X

: Pasien

: Tinggal Serumah

## Gambar 3.1 Genogram Tn.M

Data didapat dari pasien , pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Pasien mengatakan mempunyai ( 2 ) dua orang adik laki-laki perempuan,tinggal bersama kedua orang tuanya didalam keluarganya tidak ada yang sakit seperti ini, Saudaranya memberi dukungan dan saling berkomunikasi dengan baik.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Konsep Diri
2. Gambaran diri

Saat dikaji pasien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya karena merasa semua bagian tubuhnya ideal

1. Identitas

Pasien mengatakan dalam keluarga berstatus sebagai anak laki-laki pertama berusia 26 tahun yang belum nenikah dan belum mendapat pekerjaan.

1. Peran

Pada saat pengkajian pasien mengatakan peran sebagai anak pertama tetapi belum bisa membahagiakan kedua adik saudaranya dan kedua orangtua nya,pasien sambil menunduk malu saat berbicara karena belum memiliki pekerjaan tetapi adik adiknya sudah bekerja semua

1. Ideal diri

Pasien mengatakan berharap cepat mendapat pekerjaan dan cepat memukan jodoh agar dapat melanjutkan hidup dan membahagiakan keluarga

1. Harga diri

Pasien mengatakan merasa malu dengan keluarga karena belum memiliki pekerjaan serta belum memiliki jodoh dan pasien mengatakan malu berkenalan dengan perempuan karena merasa tinggi badan nya kurang dan menganggap tidak ada wanita yang mau menikah dengan nya karena tinggi badanya kurang,pasien mengatakan merasa putus asa dalam mencari pasangan dan hanya guru mengajinya yang suka dengan diya tetapi guru mengajinya dinikahi oleh pamanya.

## Masalah Keperawatan : Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

## Hubungan Sosial

## Orang yang berarti

## Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ayah kandungnya karena yang mengerti kondisi pasien.

## Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan tidak mau mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masayarakat kecuali jika dipaksa orang tuanya,karena malu belum memiliki pekerjaan.

## Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

## Pasien mengatakan mau berbicara dengan siapapun tetapi bila pembicaraan membahas pekerjaan atau jodoh pasien enggan untuk melanjutkan pembicaraan.

## Masalah Keperawatan : Harga diri rendah

1. Spiritual
2. Nilai dari keyakinan

Pasien mengatakan bahwa yang pasien alami sekarang ini adalah ujian dari Allah SWT dan pasien menerima nya.

1. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan tetap rutin beribadah sholat 5 waktu selama di RSJ Menur.

SMRS : Pasien mengatakan rajin beribadah sholat 5 waktu.

MRS : Pasien mengatakan beribadah sholat 5 waktu walau peralatan sholat kurang lengkap.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**3.1.7 Status Mental**

* + - 1. Penampilan

Penampilan pasien rapi, baju bersih, pasien mengatakan pakaian yang dipakai sesuai yaitu setelan warna biru, tidak berbau, BAB/BAK di kamar mandi secara mandiri, mandi 2x sehari.Pasien mengatakan melakukan perawatan diri sendiri tanpa bantuan orang lain

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. Pembicaraan

Pada saat dikaji pasien berbicara dengan normal. Tetapi apabila pembicaraan membahas soal masa lalu pasien yang kurang menyenangkan nada suara pasien menjadi nada tinggi

## Masalah Keperawatan : Hambatan komunikasi verbal

* + - 1. Aktivitas Motoric

Pada saat pengkajian pasien tampak sehat tidak menunjukan sikap lesu tegang maupun gelisah.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Alam Perasaan

Pasien mengatakan putus asa untuk mencari jodoh karenamasih terbayang guru mengajinya yang dinikahi oleh paman nya

## Masalah Keperawatan : Keputusasaan

* + - 1. Afek

Saat pengkajian bila pembicaraan membahas tentang masalah jodoh pasien menjawab dengan expresi datar karena merasa malas.

## Masalah Keperawatan : Ansietas

* + - 1. Interaksi Dalam Wawancara

Saat pengkajian pasien tampak kooperatif.tetapi apabila pembicaraan dialihkan untuk membahas tentang guru mengaji yang dinikahi oleh pamanya dan membahas ibunya pasien Nampak jengkel dan nada suara menjadi tinggi.

## Masalah Keperawatan : Hambatan interaksi social

* + - 1. Persepsi Halusinasi

Pasien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan-bisikan atau suara-suara, pasien tidak melihat bayangan-bayangan, tidak ada halusinasi pengecapan, perabaan dan pembauan.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Proses Pikir

Saat pengakajian pasien menjawab semua pertanyaan dengan baik tanpa melantur atau berubah ubah.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Isi Pikir

Saat dikaji tidak ditemukan adanya masalah isi pikir

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Tingkat Kesadaran

Saat pengkajian pasien tampak sadar tidak menunjukan adanya perilaku binggung ataupun lainya.namun pasien kembali mengatakan masih merasa jengkel kepada ibu dan pamanya .

## Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir

* + - 1. Memori

Pasien mampu mengingat semua kejadian yang diya alami dari kecil hingga saat ini.

## Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

* + - 1. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

## Saat dikaji pasien dapat berkonsentrasi terhadap wawancara, pasien dapat menghitung dengan baik.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan untuk mandi terlebih dahulu lalu makan.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Daya tilik diri

Pada saat dikaji pasien menerima kejadian yang pasien alami saat ini,dan pasien berharap segera sembuh dan pulang kerumah

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi/ menyediakan kebutuhan Pada saat dikaji, pasien mengatakan bahwa selalu menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit. Pasien makan 3 x sehari. Pasien dapat menjaga kebersihan dengan baik. Pasien mandi 2x sehari, pasien mempuyai tempat tinggal dan tinggal bersama kedua orangtua dan dua ( 2 ) saudara nya.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Defekasi / berkemih

Pasien dapat defekasi / berkemih di kamar mandi dengan mandiri tanpa bantuan orang lain

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Mandi

Pasien dapat mandi secara mandiri tanpa bantuan orang lain sebanyak 2 x sehari dikamar mandi.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Berpakaian

Pasien dapat berpakaian dengan sesuai dan baik secara mandiri tanpa bantuan orang lain.

## Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan selalu tidur tepat waktu saat siang pukul 14.00 wib dan malam hari pukul 20.30 wib, atau ketika merasa capek dan mengantuk pasien selalu tidur.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Penggunaan Obat

Pasien mengatakan minum obat sesuai dosis yang sudah ditentukan oleh selama berada di RSJ Menur Surabaya.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan bila sedang sakit langsung berobat ke puskesmas atau dokter, lalu diberi obat dan dibuat istirahat.

## Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

1. Aktivitas dalam rumah

Pasien menceritakan pada waktu sebelum masuk rumah sakit lebih sering bermain gitar dan membaca buku didalam kamar.

## Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

1. Aktivias diluar rumah

Pasien mengatakan pada waktu sebelum masuk rumah sakit dirinya lebih sering dirumah bermain gitar atau membaca buku didalam kamar jarang keluar rumah.

## Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

## Mekanisme Koping

Pasien Tn.M bersikap baik selama perawatan di RSJ Menur Surabaya tidak pernah membuat kegaduhan.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**3.1.10 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Pasien merasa malu bila harus mengikuti kegiatan kelompok karena pasien belum bekerja, contohnya kegiatan karang taruna RT yang bercampur dengan banyak orang

1. Masalah behubungan dengan lingkungan, spesifik

Pasien mengatakan lebih banyak teman laki-laki dari pada perempuan karena pasien merasa kurang ganteng dan kurang tinggi jadi minder berteman dengan perempuan.

1. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Pasien tidak ada masalah dengan pendidikan

1. Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatakan dulu pernah mencoba bisnis kaktus dengan ayahnya

1. Masalah dengan perumahan, spesifik

Pada saat dikaji pasien mengatan tinggal bersama kedua orang tuanya

1. Masalah ekonomi, spesifik

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kesulitan ekonomi karena kedua orang tua pasien bekerja dan selama ini pasien di biayai oleh kedua orang tuanya

1. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Pada saat dikaji, pasien mengatakan jika sakit langsung berobat ke puskesmas atau dokter,

1. Masalah lainnya, spesifik

Pasien mengatakan tidak memiliki permasalahan lain

**Masalah Keperawatan : Harga diri rendah**

**3.1.11 Pengetahuan Kurang Tentang**

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit jiwa yang dialaminya dan manfaat obat yang diminumnya.

**Masalah Keperawatan : Defisit Pengetahua**

**3.1.12 Aspek Medik**

Diagnosa Medik : F.20.3 (Undifferentiated Skizofrenia)

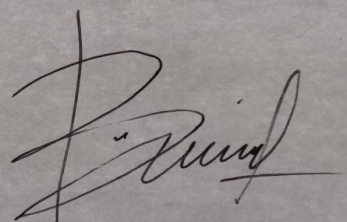
**Tabel 3.1** Terapi Medik

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Obat | Dosis | Rute | Indikasi | Kontra Indikasi |
| Risperidone | 2 x 1 mg | Oral | Mengobati skizofrenia dan mengatasi bipolar | Pusing  mengantuk |
| Clozapine (KP jika EPS) | 1 x 25 mg | Oral | Mengobati skizofrenia yang intoleran dengan obat antipsikotik | Kelainan jantung  Kerusakan ginjal |

**3.1.13 Masalah Keperawatan**

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Respon pasca trauma
3. Harga diri rendah
4. Isolasi social
5. Hambatan komunikasi verbal
6. Keputusasaan
7. Ansietas
8. Hambatan interaksi social
9. Proses piker
10. Defisit pengetahuan
    * 1. **Diagnosa Keperawatan**

Dari beberapa masalah keperawatan yang muncul penulis mengambil diagnose Resiko Perilaku Kekerasan

Surabaya, 17 Januari 2022

Mahasiswa

Bima Wiratama H

NIM : 192.0047

**3.2 Pohon Masalah**

Resiko bunuh diri (RBD)

Perilaku Kekerasan

Masalah utama

Penyebab

(Gangguang Konsep : Harga diri rendah) (Isolasi Sosial)

**Gambar 3.2** Pohon masalah perilaku kekerasan

**3.3 Analisa Data**

Nama : Tn.M RM : 0651Xxx Ruangan : Gelatik

**Tabel 3.2** Analisa Data Tn. MS dengan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No/Tanggal | Data | Penyebab | Masalah |
| 1.  17 Januari 2022  2.  17 Januari 2022  3.  17 Januari 2022 | Data Subyektif :  -Pada tanggal 5 januari 2021 pasien mengatakan memecahkan piring dirumah pada pagi hari dan siang hari,pasien mengatakan ingin terus marah marah.  -pada saat pengkajian tanggal 17 januari 2021 pasien mengatakan masih merasa sangat jengkel kepada ibunya karena masih sering main kerumah guru mengajinya yang dinikahi oleh pamanya.  Data Obyektif :  - Pasien mau membakar rumah  - Pasien memecahkan piring piring dirumah  - Pasien mencekik ibunya  -pada saat pengkajian pasien terlihat tegang  -pada saat pengkajian bercerita dengan nada suara tinggi  Data Subyektif :  - pasien mengatakan merasa putus asa dalam mencari pasangan dan hanya guru mengajinya yang suka dengan diya tetapi guru mengajinya dinikahi oleh pamanya  -Pasien mengatakan malas mengikuti kegiatan masyarakat Karena malu belum memilki pekerjaan  Data  Obyektif :  - pasien merasa diya kurang ganteng dan kurang tinggi  - Pada saat membahas persoalan jodoh pasien menjawab dengan expresi datar  Data Subyektif :  - Pasien tidak mau mengikuti kegiatan apapun dalam kelompok ataupun masayarakat kecuali jika dipaksa orang tuanya  Data Obyektif :  -Pasien lebih senang menyediri dikamar untuk bermain gitar atau membaca buku | Ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain  Ketidak efektifan mengatasi masalah kehilangan  Perubahan status mental | Risiko Perilaku kekerasan  (D.0146 SDKI hal. 312)  Harga Diri Rendah Situasional  (D.0087 SDKI hal.194)  Isolasi Sosial  (D.0121 SDKI hal. 268) |

**3.4 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama | : Tn. M | Nama Mahasiswa | : Bima Wiratama Handono |
| NIRM | : 0651xxx | Institusi | : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya |

**Tabel 3.3 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | TANGGAL | DIAGNOSA KEPERAWATAN | PERENCANAAN | | |
| Tujuan dan Kriteria Hasil | Tindakan Keperawatan | Rasional |
| 1 | 17 Januari 2022 | Perilaku kekerasan | 1. Kognitif, pasien mampu :    1. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan    2. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Psikomotor,pasien mampu :    1. Mengendalikan perilaku kekerasan dengan relaksasi : Tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, senam dan jalan- jalan.    2. Berbicara dengan baik : Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik    3. Melakukan deskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis    4. Melakukan kegiatan ibadah sperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lainnya. 3. Afektif, pasien mampu :    1. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukannya    2. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan. | Membina Hubungan Saling Percaya :   1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Menjelaskan tujuan interaksi 3. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.   SP 1 :   1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol 6. Membuat pasien mempraktekan latihan Cara Fisik I : Tarik nafas dalam 7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian   SP 2 :   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara Fisik II : Pukul bantal atau kasur 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadawl kegiatan hariannya.   SP 3 :   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara Verbal : meminta atau menolakmengungkapkan dengan asertif 3. Menganjurkan apsien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.   SP 4 :   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan hariannya.   SP 5 :   1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan memaafkan atau minum obat 3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya   1. Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya 2. Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan Cara Fisik I dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi 3. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan. 4. Pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 5. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitarnya 6. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diajarkan 7. Membantu apsien untuk menentukan kegiatan selanjutnya 8. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan emosinya pada lingkungan sekitarnya.   Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara melakukan sholat atau mendekatkan diri dengan cara ibadah yang sesuai agamanya.  Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara kepatuhan minum obat sangatlah penting sebagai pencegah pada kekambuhan. |

**3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan**

Tanggal pengkajian : Senin, 17/01/2022

Nama : Tn.M

No. RM : 05-9x-xx

Ruangan : Gelatik

**Tabel 3.4** Tindakan dan Evaluasi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/Tgl | Diagnosa  Keperawatan | Implementasi | Evaluasi | T.T.D Perawat |
| Senin  17 JANUARI 2022  10.00  Selasa  18 JANUARI 2022  09.00  Rabu  19 JANUARI 2022  09.00 | Perilaku kekerasan  Perilaku kekerasan  Perilaku kekerasan | Membina hubungan saling percaya  P: “ Selamat pagi bapak, perkenalkan nama saya BIMA WIRATAMA, saya yang berdinas pada pagi hari ini , bagaimana kabar bapak pada hari ini ? kalau boleh tau nama bapak siapa ?”  Tn.M : “ pagi pak, alhamdulillah kabar saya baik , nama saya bapak M”  SP 1   1. Mengidentifikasi penyebab dari marah   P: “Bapak kalau boleh saya bertanya Apa yang sebenarnya menyebabkan bapak marah marah sehingga sampai memecahkan piring piring dan mencekik ibu kandung mas?  ” Tn.M : “ saya jengkel sekali sama ibu saya pak, karena ibu saya selalu datang kerumah guru mengaji yang saya sukai tetapi dinikahi oleh paman saya pak. “   1. Mengidentifikasi tanda dan gejala   marah  P : “ Biasanya seperti apa bapak ketika mengalami emosi ?”  Tn.M : “ saya emosi ,kesal terus saya mencekik ibu saya”   1. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan pasien dan Melatih cara mengendalikan marah dengan latihan “tarik nafas dalam”.   P :“ Kalau bapak sedang merasa marah coba mas tarik napas yang dalam buang lewat mulut , dan dilakukan setiap ada rasa ingin marah”  Tn N : “ iya pak, nanti saya coba praktikan yang diajarin sama bapak”  **Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik**  Sore (14.00 WIB-21.00 WIB) :  1. Pasien tampak tenang  3. ADL mandiri  4. Porsi makan sore 18.00 WIB : habis 1 porsi  5. Memberikan obat Risperidone 5mg, Clozapin 25mg jam 18.30 setelah makan malam  6. Tidak ada tanda ESO dan alergi  **Malam** (21.00 WIB-07.00 WIB) :  1. Pasien tidur malam pukul 22.00 dan bangun jam 04.30 WIB  SP 2  1. Mengevaluasi latihan fisik mengendalikan perilaku kekerasan yang pertama yaitu latihan tarik nafas dalam  P : “Selamat pagi pak,masih ingat dengan saya pak ??oia pak bagaimana pak,cara mengendalikan emosi yang saya ajari kemarin sudah bapak praktekan kalau bapak sedang emosi ?”  Tn.M : “Pagi pak,bima..sudah pak kemarin saya mau emosi lagi, tapi saya mencoba tarik nafas yang dalam yang seperti bapak ajarkan kemarin“   1. Membantu pasien latihan fisik mengendalikan perilaku kekerasan yang kedua yaitu latihan pukul bantal atau kasur   P :” Bapak bagaimana kalau sekarang saya ajari cara yang kedua pak, kalo sedang ingin marah coba bapak lampiaskan emosi tersebut dengan memukul bantal dan kasur sendiri.”  Tn.M : “ iya pak nanti jika saya ingin marah saya praktikan kembali tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur mas”   1. Membantu menyusun jadwal kegiatan harian   P : “ Oke pak kita masukan ke jadwal harian bapak ya,coba dilakukan setelah bangun tidur pukul 16.00 setelah itu dirapihkan kembali bantal dan kasurnya pak”  **Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik**  Sore (14.00 WIB-21.00 WIB) :  1. Pasien tampak tenang  3. ADL mandiri  4. Porsi makan sore 18.00 WIB : habis 1 porsi  5. Memberikan obat Risperidone 5mg, Clozapin 25mg jam 18.30 setelah makan malam  6. Tidak ada tanda ESO dan alergi  **Malam** (21.00 WIB-07.00 WIB) :  1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 WIB  2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun  3. ADL mandiri  5. Porsi makan pagi 06.30 WIB : habis 1 porsi  6. Memberikan obat Risperidone 5mg, Clozapin 25mg jam 06.55 WIB setelah makan pagi  7. Tidak ada tanda ESO dan alergi  SP 3   1. Mengevaluasi jadwal harian tentang dua latihan fisik mengendalikan marah yaitu latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur   P :” Selamat pagi pak bagaimana kabarnya hari ini ,masih ingat dengan saya?? oia pak bagaimana dengan dua latihan fisik yang sudah saya ajari saat sedang ingin marah apa bapak praktikan?”  Tn. M :” Pagi pak bima kabar saya jauh lebih baik pak.Iya pak saya praktikan setelah saya bangun tidur   1. Membantu pasien mengendalikan rasa marah secara verbal/social   P: “ Hari ini saya akan mengajari bapak cara meolak emosi dengan cara baik, jadi kalau bapak sedang emosi coba bapak lawan emosi itu dengan tidak memecah barang atau mencekik ibu tapi dengan mengatakan atau mengungkapkan secara baik semisal “saya marah kepada kamu tolong jangan seperti itu”  Tn.M :” Oooo.. Seperti itu ya mas caranya mengatakan dengan baik”   1. Membantu memasukkan latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal ke dalam jadwal kegiatan harian 2. P: “Sekarang kita masukkan jadwal latihan harian bapak. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu – waktu segera gunakan cara yang dilatihkan tadi ya pak”   **Menurut informasi perawat jaga ruang Gelatik**  Sore (14.00 WIB-21.00 WIB) :  1. Pasien tampak tenang  3. ADL mandiri  4. Porsi makan sore 18.00 WIB : habis 1  porsi  5. Memberikan obat Risperidone 5mg, Clozapin 25mg jam 18.30 setelah makan malam  6. Tidak ada tanda ESO dan alergi  **Malam** (21.00 WIB-07.00 WIB) :  1. Pasien tidur dan bangun jam 05.30 WIB  2. Pasien tidur pulas tanpa terbangun  3. ADL mandiri  5. Porsi makan pagi 06.30 WIB : habis 1 porsi  6. Memberikan obat Risperidone 5mg, Clozapin 25mg jam 06.55 WIB setelah makan pagi  7. Tidak ada tanda ESO dan alergi | S :   1. Pasien mengatakan kabarnya “**baik**”,dan mengatakan namanya bapak “**M**” 2. Pasien mengatakan penyebab marahnya karena ibunya selalu datang kerumah guru mengaji yang disukai pasien tetapi dinikahi oleh pamanya 3. Klien mengatakan saat marah dengan expresi mata melotot 4. Klien mengatakan saat marah berbicara dengan nada tinggi. 5. Klien mengatakan lebih tenang setelah latihan tarik nafas dalam   O :   1. Pasien mau untuk berjabat tangan 2. Saat ditanya penyebab perilaku kekerasan pasien mau menjelaskan 3. Pasien dapat mempraktikkan tarik nafas 4. Pasien makan selalu habis 5. Pasien rutin minum obat   A:  SP 1 Teratasi  SP 4 Teratasi  Lajutkan SP 2  S :   1. Description: WhatsApp Image 2022-02-15 at 10.06.35.jpegpasien menjawab salam dan meneyebutkan “pagi pak bima” 2. pasien mengatakan bahwa kemarin mau emosi lagi tetapi telah mempraktikkan teknik nafas dalam 3. pasien melakukan latihan tarik nafas dalam setelah bangun tidur 4. pasien mengatakan perasaan lebih lega setelah memukul bantal 5. pasien mengatakan akan melakukan latihan ini setiap bangun tidur   O:   1. Pasien mampu menyapa dan mendekat 2. Pasien mampu mengendalikan perilaku kekerasan mempraktikkan dengan cara memukul bantal atau kasur 3. Pasien menghabiskan porsi makan 4. Pasien rutin minum obat   A :   1. SP 2 Teratasi 2. SP 4 Teratasi   P :   1. Lanjutkan SP 3 pada pukul 09.00   S:   1. Description: WhatsApp Image 2022-02-15 at 10.06.35.jpegPasien menjawab salam dan mengatakan “kabar saya jauh lebih baik pak bima” 2. Pasien mengatakan melakukannya setelah bangun tidur 3. Pasien mengatakan “Ooo…seperti itu ya caranya mengungkapkan dengan baik 4. Pasien mengatakan akan mengikuti jadwal harian yang ketiga   O:   1. Pasien menyapa dan tersenyum sambil mendekat 2. Pasien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan ketika emosinya muncul kembali 3. Pasien menghabiskan porsi makan 4. Pasien rutin minum obat   A:  1. SP 3 Teratasi  P :   1. Lanjutkan ke SP 4 | Description: WhatsApp Image 2022-02-15 at 10.06.35.jpeg |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan bab 4 ini penulis akan menguraikan tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien Tn.M dengan masalah utama perilaku kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis kepada pasien Tn.M yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan. Pasien cukup kooperatif dan mengatakan sejauh ini baru satu kali keluarga mengunjunginya. Berikut ini adalah perbandingan antara tinjauan kasus dengan tinjauan pustaka :

1. Konsep diri

Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa dia adalah anak laki – laki pertama didalam keluarga tetapi belum memiliki pekerjaan dan pasien mengatakan merasa putus asa dan malu karena pasien beranggapan bahwa tinggi badannya pendek sehingga tidak ada perempuan yang mau dengan dia selain guru mngajinya. Sedangkan pada tinjauan pustaka harga diri yang dimiliki pasien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal pasien perilaku kekerasan yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga. Dari uraian di atas ditemukan adanya kesamaan yaitu pasien dengan perilaku kekerasan menganggap dirinya tidak berharga dan merasa tidak bisa berbuat apa-apa lagi serta menganggap dirinya berbeda dengan orang normal lainnya.

1. Status Mental

Pada saat pengakijian dengan pasien Tn.M didapatkan bila membahas persoalan mengenai jodoh,membahas ibu atau masalah guru mengaji yang disukai pasien tetapi dinikahi oleh paman nya nada bicara pasien berubah menjadi nada tinggi serta expresi wajah pasien berubah menjadi datar dan pasien mengatakan sangat jengkel bila harus membahas persoalan tersebut.

Tanda-tanda diatas tidak jauh berbeda dengan tinjauan pustaka yang menyebutkan pasien dengan perilaku kekerasan biasanya cara bicaranya kasar, suara tinggi, membentak ketus, dan berbicara dengan kata-kata kotor. Selain itu pasien juga tampak terlihat tegang, gelisah, muka merah, riwayat pengkajian awal sebelum dibawa ke RSJ Menur pasien membanting piring dirumah dan mencekik ibunya sendiri . (H.Iyus Yosep, 2014)

Berdasarkan uraian diatas ditemukan adanya persamaan walaupun pada kenyataannya tidak ditemukan semua data yang sama sesuai tinjauan pustaka.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Pada diagnosa keperawatan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sebagai berikut :

Pada tinjauan pustaka :

1. Perilaku kekerasan
2. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
3. Gangguan konsep diri : harga diri rendah.

Pada tinjauan kasus :

1. Perilaku kekerasan
2. Gangguan konsp diri : Harga diri rendah
3. Isolasi sosial

Berdasarkan dari diagnosa tinjauan pustaka dan tinjauan kasus penulis menemukan beberapa kesamaan, namun dalam tinjauan kasus hanya muncul tiga masalah yaitu:

1. Perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah
3. Isolasi sosial

Diagnosa ini diambil berdasarkan dengan hasil keadaan pasien selama proses pengkajian di RSJ Menur Surabaya oleh penulis.

* 1. **Perencanaan**

Berdasarkan dari diagnosa tinjauan pustaka dan tinjauan kasus penulis menemukan beberapa kesamaan pada perencanaan keperawatan yaitu tujuan dan tindakan keperawatan. Tetapi pada tinjauan kasus perencanaan keperawatan ditambahkan kriteria evaluasi dan rasional dengan alasan penulis menginginkan agar pasien dan keluarga dapat melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dirumah, melalui peningkatan pengetahuan yang (kognitif), keterampilan menangani masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus penulis mencantumkan kriteria evaluasi karena pada kasus nyata didapatkan sesuai dengan kondisi pasien secara langsung. Intervensi antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka memiliki beberapa kesamaan. Namun masing-masing dari intervensi tetap mengacu kepada sasaran dan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan.

Dalam keperawatan jiwa yang dilakukan kepada pasien adalah dengan komunikasi terapeutik, dan untuk melakukan komunikasi terapeutik ini sebelumnya harus dapat membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat.

* 1. **Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan yaitu hasil dari perwujudan perencanaan yang telah disusun oleh penulis. Pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan tanpa adanya kasus nyata. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan diterapkan pada pasien disertai dengan pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Dalam proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan pasien dalam keadaan tenang sehingga dapat dilakukan interaksi dan pasien mampu menjawab semua pertanyaan dan melakukan tindakan keperawatan yang diberikan.

Pada hari pertama tanggal 17 januari 2022 pasien dapat melakukan SP 1 yaitu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan serta melakukan latihan fisik tarik nafas dalam. Pada SP 2 hari kedua tanggal 18 januari 2022 pasien dapat mempraktekkannya dengan tarik nafas dalam saat mau emosi dan memukul bantal atau kasur bila mulai merasa emosi. Pada hari ketiga tanggal 19 januari 2022 pasien diajarkan SP 3 yaitu cara menolak keaadan saat emosi dengan cara yang baik dengan mengatakan menolak secara halus atau mengungkapkan dengan baik.

Pada tinjauan teori SP keluarga direncanakan tetapi pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien. Sedangkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun oleh penulis sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) menurut teori yang akan dilaksanakan, menurut (H.Iyus Yosep, 2014) diantaranya :

1. Bina hubungan saling percaya

Tindakan yang harus dilakukan untuk membina hubungan saling percaya :

* 1. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.
  2. Memperkenalkan diri : nama, nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien yang disukai.
  3. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.
  4. Membuat kontrak asuhan : apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana.
  5. Tunjukan sikap empati kepada pasien.
  6. Penuhi kebutuhan dasar pasien

1. Mendiskusikan bersama pasien penyebab rasa marah atau perilaku kekerasan
2. Diskusikan tanda – tanda pada pasien jika terjadi perilaku kekerasan
   1. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
   2. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
   3. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social
   4. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
   5. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
3. Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal :
   1. Terhadap orang lain
   2. Terhadap diri sendiri
   3. Terhadap lingkungan
4. Diskusikan bersama pasien akibat dari perilakunya
5. Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
   1. Fisik : tarik nafas dalam, pukul kasur dan bantal.
   2. Patuh minum Obat.
   3. Sosial/ verbal : bicara yang baik : mengungkapkan, menolak dan meminta rasa marahnya.
   4. Spiritual : sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien.
6. Tindakan (Sp 1) :

Membantu pasien untuk melatih mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik (evaluasi nafas dalam dan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara pukul kasur dan bantal).

1. Tindakan (Sp 2) :

Membantu pasien untuk melatih mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat dan patuh ketika diberi obat.

1. Tindakan (Sp 3) :

Membantu pasien untuk melatih mengendalikan perilaku kekerasan secara social atau verbal dengan cara bicara dengan baik dan menolak dengan baik.

1. Tindakan (Sp 4) :

Membantu pasien untuk melatih mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara ketika pasien merasa dirinya ingin marah kita arahkan pasien untuk duduk, sedangkan ketika duduk pasien masih merasa marah kita arahkan untuk berbaring, selanjutnya ketika pasien masih ingin marah kita arahkan untuk mengambil air wudhu bagi pasien yang muslim, ketika selasai mengambil air wudhu pasien masih ingin merasa marah kita arahkan untuk berdzikir, berdzikir tetap merasa ingin marah kita arahkan untuk berdoa, selanjutnya kita suruh sholat.

* 1. **Evaluasi**

Pada tinjauan teori evaluasi tidak dapat dilaksanakan karena kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalah keperawatannya secara langsung.Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat dirumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan tindakan observasi, pengkajian, dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien Tn.M dengan masalah perilaku kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan dapat memberikan saran yang semoga dapat bermanfaat untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah perilaku kekerasan.

* 1. **Kesimpulan**

Dari hasil uraian diatas penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan jiwa pada Tn M dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur didapatkan bahwa pasien baru pertama kali menjalani tindakan keperawatan kejiwaan.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn M dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di dapatkan tiga permasalahan aktual, antara lain : (1) Gangguan konsep diri : harga diri rendah, (2) Perilaku kekerasan dan (3) Resiko mencederai diri sendiri atau orang lain . Penulis lebih berfokus kepada satu masalah keperawatan yaitu “ Perilaku Kekerasan”
3. Perencanaan tindakan keperawatan jiwa pada Tn M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia Disusun mengacu pada tindakan keperawatan kepada pasien dengan pendeketan tujuan umum dan tunjukan khusus
4. Implementasi tindakan keperawatan jiwa yang dilakukan pada Tn M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia yang dilakukan terhadap pasien meliputi SP 1 – SP 3 antara lain : (1) Mengajarkan teknik tarik nafas dalam, (2) Melakukan pukul bantal dan kasur, (3) mengendalikan secara verbal/sosial yang baik.
5. Evaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn M masalah utama perilaku kekerasan dengan diganosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur menunjukkan hasil semua tujuan dapat tercapai sebagai dengan kondisi klien yang kooperatif
6. Pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa pada Tn M masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis undifferentiated skizofrenia di ruang gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditulis fokus pada satu diagnosis pertama yaitu perilaku kekerasan dan mengikuti aturan pendokumentasian catatan keperwatan
   1. **Saran**

Dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil maximal keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan baik dan keterlibatan klien dan perawat sehingga timbul rasa saling percaya yang akan menimbulkan rasa kerja sama dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang kompeten dengan cara mengikuti seminar-seminarkeperawatan jiwa, serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lain pada saat memberikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan
3. Diharapakan institusi dapat meningkatkan mutu ilmu pengetahuan dibidang keperawatan jiwa dan asuhan keperawatannya.

Mahasiswa hendaknya harus banyak belajar tentang ilmu keperawatan agar setelah lulus nanti dapat menjadi perawat yang professional dan dapat menerapkan keilmuan yang sudah didapat selama pendidikan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Arsyad Subu, M., Waluyo, I., Edwin, A. N., Priscilla, V., Aprina, T., & Tinggi Ilmu Kesehatan Binawan Jakarta, S. (2017). Stigma, Stigmatisasi, Perilaku Kekerasan dan Ketakutan diantara Orang engan Gangguan Jiwa d (ODGJ) di Indonesia: Penelitian Constructivist Grounded theory Stigma, Stigmatization, Violence and Fear among People with Mental Illness (PWMI) in Indonesia: A St. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, *Vol. 30*(1), 53–69.

Ayuningtyas, D., Misnaniarti, M., & Rayhani, M. (2018). Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, *9*(1), 1–10. https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.1-10

Dr.Budi anna keliat,Skp,M.App.SC,Akemat,S.Kp, M. ke. (2006). *Model praktik KEPERAWATAN PROFESIONAL JIWA*. buku kedokteran ECG.

Gosal, F. R. (2019). *Review Artikel*. https://doi.org/10.31227/osf.io/h5svp

H.Iyus Yosep, .Titin Sutini. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (PT.Refika).

Indriani, A., Ardiningrum, W., & Febrianti, Y. (2020). Studi Penggunaan Kombinasi Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Yogyakarta. *Majalah Farmasetika.*, *4*(Suppl 1), 201–211. https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v4i0.25882

Lilik Ma’rifatul Azizah, Imam Zainuri, A. A. T. (2016). *KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. 674. http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku\_Ajar\_Keperawatan\_Kesehatan\_Jiwa\_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf

Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, *3*(1), 65. https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478

Pardede, J. A. (2019). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. *November*. https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm

Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga Di Desa Tambakmas Kebonsari-Madiun. *Journal of Community Engagement in Health*, *3*(2), 300–303. http://jceh.orghttps//doi.org/10.30994/jceh.v3i2.83

Rahmawati, E. D. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA RESIDUAL DENGAN MASALAH HARGA DIRI RENDAH KRONIK Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Arif Zainudin http://eprints.umpo.ac.id/5092/3/03. BAB 2.pdf

Skizofrenia, L. B. (2021). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn . R Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Ridho Marwara*. 1–37.

Solekah, A. P. (2020). Studi Literatur : Asuhan Keperawatan Keluarga Penderita Skizofrenia dengan Masalah Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, *2010*, 75. http://eprints.umpo.ac.id/id/eprint/6107

Ulya, Z. (2017). *Zuhrotun ulya*.

Untari, S. N., & Irna, K. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, *2*(3), 149.

Yusuf,A.HF.,r,.Nihayati, .H. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.

# LAMPIRAN 1

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

**PERILAKU KEKERASAN**

# SP 1/Pertemuan Ke-1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama | : TN. M | Hari/tanggal | : Senin, 17-01-2022 |
| Ruang | : Gelatik | Waktu | : 09.00 – 09.30 WIB |

1. PROSES KEPERAWATAN
   1. Kondisi Klien

Klien tampak gelisah dan wajah tampak kesal

* 1. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan
  2. Tujuan (Sp)
     1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
     2. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
     3. Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku yang pernah

dilakukannya

* + 1. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan dilakukannya
    2. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah /mengendalikan perilaku kekerasannya
    3. Pasien dapat mencegah/mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial dan dengan terapi psikofarmaka
  1. Tindakan Keperawatan
     1. BHSP
     2. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu
     3. Diskusikan bersama pasien tanda dan gejala yang dirasakan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
     4. Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
     5. Diskusikan bersama klien akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
     6. Diskusikan bersama klien cara mengendalikan perilaku kekerasan yaitu dengan cara berikut:
        1. Fisik: pukul kasur/bantal, tarik nafas dalam
        2. Obat
        3. Social/verbal: meminta dan menolak, serta mengungkapkan perasaan dengan baik
        4. Sprituil: Beribadah sesuai keyakinan pasien

1. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
   1. FASE ORIENTASI
2. Salam Terapeutik

“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Bima wiratama, bapak bisa memanggil saya Bima, saya perawat yang dinas diruangan gelatik. Hari ini saya dinas pagi dari jam 8 pagi sampai jam 12 siang. Kalau boleh tau nama bapak siapa?,senangnya dipanggil siapa?”

1. Evaluasi / Validasi

“Bagaimana kabar bapak hari ini? Apakah masih ada perasaan marah atau kesal?”

1. Kontrak

Topik : “Baiklah , kita sekarang berbincang-bincang masalah marah bapak.”

Waktu : “Berapa lama bapak mau berbincang-bincang ? Bagaiman kalau 15 menit.”

Tempat : “Bagaimana jika kita berbincang-bincang di ruang makan ini? Apa bapak setuju ?”

* 1. FASE KERJA

“Apa yang menyebabkan bapak M marah? Apakah bapak sebelumnya pernah marah ? Apa penyebabnya pak? Apakah sama dengan yang sekarang? Ooooo .. jadi ada satu penyebab marah ya pak ..”

“Pada saat bapak sedang marah apa yang di rasakan?. “Apa yang bapak rasakan?” (tunggu respon pasien).

“Setelah itu apa yang bapak lakukan? Ooo... iya... jadi bapak memecahkan piring dan mau mencekik ibu bapak”. Apakah dengan cara itu masalah akan terselesaikan pak? Iya... tentu saja tidak.“Apa kerugian dari cara bapak lakukan? Betul.. tidak mendapat apa-apa. Menurut bapak, adakah cara lain yang lebih baik? Maukah bapak belajar cara mengungkapkan perasaan emosi dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?”

“ Ada berapa cara mengatasi emosi, pak. Salah satunya dengan cara fisik. Jadi menyalurkan emosi lewat kegiatan fisik dari beberapa cara tadi bagaimana jika kita belajar satu cara dulu?”

“Begini pak, jika tanda – tanda emosi tadi sudah bapak rasakan, maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan napas perlahan-lahan melalui mulut sambil membayangkan bahwa bapak sedang mengeluarkan rasa emosi. Silahkan pak mencoba melakukannya. Bagus sekali pak benar seperti itu... coba lakukan sampai lima kali. Bagus sekali pak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaan bapak setelah melakukan ini?”

“Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga jika sewaktu- sewaktu rasa marah muncul, bapak sudah terbiasa melakukannya.”

* 1. FASE TERMINASI

1. Evaluasi pasien terhadap tindakan keperawatan
   1. Evaluasi Subyektif: “Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang – bincang tentang perasaan emosi ?”
   2. Evaluasi Obyektif: Klien dapat membina hubungan saling percaya.
   3. Tindak lanjut pasien: Mengajarkan kembali pada pasien cara mengendalikan rasa emosi."
2. Kontrak yang akan datang

Topik: “Bagaimana kalau besok lagi kita berbincang tentang mengendalikan emosi. Selanjutnya kita akan masukkan dalam jadwal kegiatan sehari-hari ya pak. Apakah bapak setuju

Waktu : “Kira – kira kita besok bertemu jam berapa pak? Bagaimana kalau jam 09.00 WIB ?”

Tempat: “Bagaimana kalau di ruangan ini lagi pak kita berbincang – bincangnya ?”

# LAMPIRAN 2

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

**PERILAKU KEKERASAN**

# SP 2/Pertemuan Ke-2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama | : TN. M | Hari/tanggal | : Selasa, 18-01-2022 |
| Ruang | : Gelatik | Waktu | : 09.00 – 09.30 WIB |

1. PROSES KEPERAWATAN
   1. Kondisi Klien

Klien tampak kooperatif , dan sedang duduk di ruang makan

* 1. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan
  2. Tujuan (Sp)

a Klien mampu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan b Klien mampu mempraktikan latihan cara mengendalikan fisik

c Klien dapat memasukkan jadwal dalam kegiatan harian

* 1. Tindakan Keperawatan
     1. Membantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan latihan fisik kedua yaitu pukul bantal/kasur.
     2. Membantu pasien menyusun jadwal kegiatan harian kedua.

1. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
   1. FASE ORIENTASI
      1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak M, masih ingat dengan saya? sesuai dengan janji saya kemarin sekarang saya datang lagi.”

* + 1. Evaluasi / Validasi

“Bagaimana kabarnya Pak? adakah hal yang membuat bapak marah hari ini ? masih ingat dengan yang sudah saya sampaikan kemarin?”

* + 1. Kontrak
       1. Topik: “Bagaimana kalau kita berbincang-bincang lagi dan sedikit bercerita tentang mengendalikan emosi pak.”
       2. Waktu: “berapa lama pak mau berbincang-bincang? Bagaimana jika 15 menit?”
       3. Tempat: “di mana enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana jika disini seperti yang kemarin?”
  1. FASE KERJA

“Baik Pak,kita akan latihan mengendalikan rasa marah dengan latihan memukul bantal atau kasur.Sebelumnya bapak apakah masih mengingat latihan yang pertama yaitu latihan nafas dalam?Bagus,Coba praktekkan Pak!Bagus.”

“Baik,sekarang,mari Pak kita latihan memukul bantal/kasur.Jadi saat bapak ingin marah atau merasa kesal bapak dapat melampiaskannya dengan memukul bantal/kasur.Coba bapak lakukan,pukul bantal dan kasur.Ya, bagus sekali pak.”

“Nah,cara ini dapat dilakukan saat perasaan marah atau kesal itu muncul.Tapi,jangan lupa merapikannya lagi ya Pak.”

* 1. FASE TERMINASI

1. Evaluasi pasien terhadap tindakan keperawatan
   1. Evaluasi Subyektif: “ Bagaimana perasaan bapak setelah latihan menyalurkan amarah?”
   2. Evaluasi Obyektif: Klien sudah bisa menyebutkan kemampuan yang dimilikinya dan dapat menunjukkanya kepada perawat.
2. Tindak lanjut pasien

“Sekarang mari kita masukkan jadwal latihan memukul kasur ini dalam aktivitas bapak. Mau jam berapa? Bagaimana jika setelah bangun tidur dan sore jam 15.00. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu – waktu segera gunakan kedua cara tadi ya mas.”

1. Kontrak yang akan datang

Topik : “Besok pagi kita ketemu lagi untuk belajar cara mengontrol amarah dengan belajar secara verbal/sosial yang baik, Apakah bapak setuju?”

Waktu : “Kira – kira kita besok bertemu jam berapa pak? bagaimana kalau jam

09.00 WIB ? baiklah sampai ketemu besok ya pak.”

Tempat : “Bagaimana kalau di tempat ini lagi kita bertemu pak? Apa bapak setuju? Baiklah kalau bapak setuju sampai ketemu dengan saya lagi besok ya pak ?”

# LAMPIRAN 3

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

**PERILAKU KEKERASAN**

# SP 3/Pertemuan Ke-3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama | : TN. M | Hari/tanggal | : Rabu, 19-01-2022 |
| Ruang | : Gelatik | Waktu | : 09.00 – 09.30 WIB |

1. PROSES KEPERAWATAN
   1. Kondisi Klien

Klien sedang duduk sendiri setelah makan pagi, dan kooperatif

* 1. Diagnosa Keperawatan Perilaku kekerasan
  2. Tujuan (Sp)
     1. Pasien sudah mampu melakukan kedua latihan fisik sesuai jadwal harian
     2. Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan marah dengan cara sosial/verbal (menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik).
  3. Tindakan Keperawatan
     1. Membantu pasien mengendalikan marah dengan cara sosial/verbal menolak dan meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
     2. Membantu pasien menyusun jadwal harian ketiga

1. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
   1. FASE ORIENTASI

a Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak M”

b Evaluasi / Validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini?”

c Kontrak

“Sebelum kita melakukan cara latihan fisik yang ketiga ,apakah bapak sudah melakukannya latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur?bagus!.Bapak lakukan latihan itu secara rutin ya Pak.”

“Sekarang kita akan melakukan latihan mengendalikan marah dengan cara verbal atau sosial. Bagaimana kalau kita di sini berbincang- bincangnya? Mungkin sekitar 15 menit, Bagaimana pak?”

* 1. FASE KERJA

“Sekarang kita latihan mengendalikan marah dengan bicara yang baik. Kalau marah sudah disalurkan lewat latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur dan sudah merasa lega,kita perlu bicara dengan orang yang membuat marah. Ada tiga cara pak yaitu:

Meminta dengan baik tanpa marah dan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar.Kemarin bapak bilang penyebab marah karena ibu bapak masih main kerumah guru mengaji yang dinikahi pakde bapak.Coba bapak meminta kepada ibu bapak dengan baik,katakan*”Bu, saya tidak ingin ibu main lagi kerumah guru mengaji saya karena itu membuat saya merasa marah dan jengkel.”*Coba praktikkan,Bagus Pak!”

Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh bapak dan bapak tidak ingin melakukannya,katakana,*”maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kegiatan.”*Coba bapak praktikkan, Bagus!”

Mengungkapkan rasa kesal. Jika ada perlakuan dari orang lain yang membuat bapak kesal/marah, Bapak dapat mengatakan,*”Saya jadi ingin marah karena perkataanmu bu.”*Coba Praktikkan, Bagus!”

* 1. FASE TERMINASI

1. Evaluasi pasien terhadap tindakan keperawatan
   * 1. Evaluasi Subyektif :“ Bagaimana perasaan bapak setelah

mengendalikan marah dengan berbicara yang baik ?”

* + 1. Evaluasi Obyektif : Klien sudah bisa menyebutkan kembali cara berbicara yang baik yang telah dilatihkan.

1. Tindak lanjut pasien

“Sekarang kita masukkan jadwal latihan harian bapak. Lalu bila ada keinginan marah sewaktu – waktu segera gunakan cara yang dilatihkan tadi ya pak.”

1. Kontrak yang akan datang

Topik : “Besok pagi kita ketemu lagi untuk belajar cara mengontrol amarah dengan cara beribadah, Apakah bapak setuju?”

Waktu : “Kira – kira kita besok bertemu jam berapa pak? bagaimana kalau jam

09.00 WIB ? baiklah sampai ketemu besok ya pak.”

Tempat : “Bagaimana kalau di tempat ini lagi kita bertemu pak? Apa bapak setuju? Baiklah kalau bapak setuju sampai ketemu dengan saya lagi besok ya pak ?”