

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.S MASALAH UTAMA  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG  
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
PROVINSI JAWA TIMUR**



**Oleh :**

**FAIS BISRI FEBRIYANA  
NIM. 1821011**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKES HANG TUAH SURABAYA  
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.S MASALAH UTAMA  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG  
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
PROVINSI JAWA TIMUR**

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



**Oleh :**

**FAIS BISRI FEBRIYANA  
NIM. 1821011**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKES HANG TUAH SURABAYA  
2021**

## SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 17 Juni 2021



Fais Bisri Febriyana

NIM. 1821011

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Fais Bisri Febriyana  
NIM : 1821011  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. S Masalah  
Utama Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis  
Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Gelatik Rumah  
Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

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

Surabaya, 17 Juni 2021

**Pembimbing**



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

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 17 Juni 2021

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Fais Bisri Febriyana  
NIM : 1821011  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. S Masalah Utama Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

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

Hari, tanggal : Kamis, 17 Juni 2021  
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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

Penguji I : Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 04.015  
Penguji II : Hidayatus Syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03.009  
Penguji III : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes  
NIP. 03.007

(  )  
(  )  
(  )

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

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

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 17 Juni 2021

## **Kata Pengantar**

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

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

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan 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 :

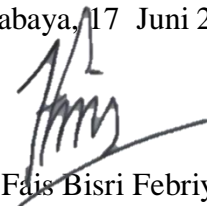
1. Dr. Mujhammad Hafidin Ilham, SpAn., selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya 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 sekaligus Pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Ibu Hidayatus Syadiyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji sidang terimakasih telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada

seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.

6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya, 17 Juni 2021



Fais Bisri Febriyana

## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH.....</b>	<b>i</b>
<b>KARYA TULIS ILMIAH.....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>Kata Pengantar .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1.....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat .....	4
1.5 Metode Penulisan.....	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB 2.....</b>	<b>8</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Skizofrenia.....	8
2.1.1 Definisi Skizofrenia.....	8
2.1.2 Etiologi Skizofrenia.....	8
2.1.3 Gejala Skizofrenia .....	10
2.1.4 Penggolongan Skizofrenia .....	11
2.1.5 Pengobatan Skizofrenia .....	15
2.2 Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan .....	16
2.2.1 Definisi Resiko Perilaku Kekerasan.....	16
2.2.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan .....	18
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	18
2.2.4 Etiologi .....	20
2.2.5 Proses Terjadinya Marah .....	23
2.3 Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....	24
2.3.1 Pengkajian.....	24
2.3.2 Pohon Masalah.....	25
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	26



2.3.4	Rencana Tindakan Keperawatan.....	26
2.3.5	Implementasi Keperawatan.....	31
2.3.6	Evaluasi .....	33
2.4	Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik .....	33
2.4.1	Definisi Komunikasi Terapeutik .....	33
2.4.2	Prinsip - Prinsip Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan.....	34
2.4.3	Karakteristik Komunikasi Terapeutik .....	35
2.4.4	Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik .....	36
2.5	Konsep Stress dan Adaptasi .....	37
2.5.1	Pengertian Stress .....	37
2.5.2	Model Stress Berdasarkan Stimulus.....	38
2.5.3	Model Stress Berdasarkan Respon.....	38
2.5.4	Model Stess Berdasarkan Transaksional .....	38
2.6	Psikologi Stress.....	39
2.6.1	Penyebab Stress dan Stressor Psikososial .....	39
2.6.2	Tahapan Stress .....	40
<b>BAB 3.....</b>		<b>42</b>
<b>TINJAUAN KASUS.....</b>		<b>42</b>
3.1	Pengkajian .....	42
3.1.1	Identitas Pasien .....	42
3.1.2	Alasan Masuk.....	42
3.1.3	Faktor Predisposisi .....	43
3.1.4	Pemeriksaan Fisik .....	43
3.1.5	Psikososial .....	44
3.1.6	Status Mental .....	46
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang .....	48
3.1.8	Mekanisme Koping .....	50
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan .....	50
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang .....	51
3.1.11	Data Lain-lain : .....	51
3.1.12	Aspek Medik.....	52
3.1.13	Daftar Masalah keperawatan .....	53
3.1.14	Diagnosa Keperawatan.....	53
3.2	Pohon Masalah .....	54
3.3	Analisa Data .....	55
1.5	Implementasi dan Evaluasi.....	59
<b>BAB 4.....</b>		<b>63</b>
<b>PEMBAHASAN.....</b>		<b>63</b>
4.1	Pengkajian .....	63
4.2	Diagnosa Keperawatan .....	64
4.3	Rencana Keperawatan.....	65
4.4	Pelaksanaan .....	67
4.5	Evaluasi .....	70
<b>BAB 5.....</b>		<b>71</b>
<b>PENUTUP .....</b>		<b>71</b>

5.1	Kesimpulan.....	71
5.2	Saran .....	72
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>		<b>74</b>
<b>LAMPIRAN 1</b>	<b>STRATEGI PELAKSANAAN.....</b>	<b>75</b>
<b>LAMPIRAN 2</b>	<b>STRATEGI PELAKSANAAN.....</b>	<b>77</b>
<b>LAMPIRAN 3</b>	<b>STRATEGI PELAKSANAAN.....</b>	<b>80</b>
<b>LAMPIRAN 4</b>	<b>.....</b>	<b>82</b>

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Terapi Medik .....	52
Tabel 3.2 Analisa Data .....	55
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. S di Ruang Gelatik .....	56
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi .....	60

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah .....	18
Gambar 2.2 Pohon Masalah .....	25
Gambar 3.1 Genogram .....	44
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku kekerasan .....	54

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	78
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....	80
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien.....	83
Lampiran 4 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien.....	85

## DAFTAR SINGKATAN

CPZ	= Chlorpromazine
HLP	= Haloperidol
TUK	= Tujuan Khusus
TUM	= Tujuan Umum
SP	= Strategi Pelaksanaan
SST	= Sarjanan Sains Terapan
RS	= Rumah Sakit
RSJ	= Rumah Sakit Jiwa
DO	= Data Obyektif
Dr	= Doktor
DS	= Data Subyektif
kg	= Kilogram
Tn	= Tuan
mmHg	= Milimeter Hektogram
No	= Nomor
O	= Obyektif

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Gangguan jiwa mengalami peningkatan setiap tahunnya, Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu (1) gangguan jiwa berat/kelompok psikosa dan (2) gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan mental emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Skizofrenia merupakan kelompok gangguan jiwa berat yang ditandai dengan ditandai dengan gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran dan perilaku. Gangguan perilaku pada pasien skizofrenia berupa perilaku kekerasan, yaitu suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Yusuf et al., 2014).

Menurut Riskesdas 2018 Jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah saat ini, perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO,2017). Kasus gangguan jiwa di Indonesia meningkat terlihat dari kenaikan prevalensi 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.(Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan laporan data di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur

Surabaya pada bulan Mei 2021 jumlah pasien rawat inap sebanyak 49 orang diantaranya 18 orang (22%) dengan halusinasi, 16 orang (19%) dengan resiko perilaku kekerasan, 8 orang (10%) dengan harga diri rendah, dan 6 orang (5%) dengan Waham.

Menurut (Sutejo, 2019), masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor presdiposisi faktor yang melatarbelakangi munculnya masalah dan faktor presipitasi yaitu faktor yang memicu adanya masalah. Faktor presdiposisi yang berkaitan dengan timbulnya perilaku kekerasan yaitu faktor psikologis, faktor sosial budaya, dan faktor biologis. Faktor yang mencetus terjadinya perilaku kekerasan ada dua faktor yaitu, klien merasakan kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri. Faktor lingkungan yaitu adanya keributan, kehilangan orang/ objek yang berharga, dan terjadinya dampak. (Yosep & Sutini, 2016)

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan. Menurut Damaiyanti (2014) pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan, pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan, pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan dan pasien mendapat dukungan mengontrol perilaku kekerasan, pasien dapat menggunakan obat-obatan yang diminum dan peran keluarga. (Anggit Madhani & Irna Kartina, 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. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur?”.

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Mahasiswa mampu:

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan Diagnosa asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

3. Menyusun rencana tindakan keperawatan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. S dengan masalah utama Perilaku kekerasan dan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci di Ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan tugas akhir ini, diharapkan dapat memberi manfaat bagi:

##### **1. Akademis**

Hasil studi kasus ini merupakan penambah referensi tentang bagaimana pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa khususnya dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan.

##### **2. Dari segi praktis, tugas akhir ini bermanfaat bagi:**

- a. Bagi pelayanan keperawatan Rumah Sakit

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

b. Bagi peneliti

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

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa/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 keperawatan, perencanaan pelaksanaan dan evaluasi.

### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

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

2. Observasi

Hasil data yang diambil ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi klien

3. Pemeriksaan

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

### 1.5.3 Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien

b. Data sekunder

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

### 1.5.4 Studi Kepustakaan

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

### 1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa utama Perilaku kekerasan, serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

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

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

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

Skizofrenia adalah suatu psikosis fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni antara proses pikir, efek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohensi, afek dan emosi inadkuat, serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, ambivalensi dan perilaku bizar.

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran dan perilaku. (Sutejo, 2017)

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

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

1. Keturunan

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

2. Metabolisme

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

3. Susunan Saraf Pusat

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

4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah,

suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

5. Teori Sigmund Freud
  - a. Kelemahan ego, yang dapat timbul karena penyebab ataupun somatik
  - b. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan ide yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase narsisisme dan
  - c. Kehilangan kapasitas untuk pemindahan (transference) sehingga terapi psikoanalitik tidak mungkin.

### **2.1.3 Gejala Skizofrenia**

Gejala menurut Nanda NIC NOC.(Nurarif & Hardhi, 2015)

1. Gejala Primer
  - a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi
  - b. Gangguan Afek Emosi
    - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
    - 2) Paramimi dan paratimi
    - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan  
Emosi berlebihan
    - 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
  - c. Gangguan Kemauan
    - 1) Terjadi kelemahan kemauan
    - 2) Perilaku negativisme atau permintaan



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

d. Gangguan Psikomotor

- 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
- 2) Katelepsi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
- 3) Echolalia dan Echopraxi

2. Gejala Sekunder

Waham, Halusinasi

#### 2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ III (Maslim, 2013) yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
  - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
  - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol : halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual; waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
  - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
  - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
  - b. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
  - c. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
  - d. Gejala bertahan 2-3 minggu.

- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
  - f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
  - g. Afek dangkal (shallow) dan tidak wajar (in appropriate), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
  - h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
  - b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
  - c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
  - d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
  - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
  - f. Rigiditas (kaku).
  - g. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.

- h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
  - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
  - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
  - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
  - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
  - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak

mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.

- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat dementia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

#### 7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

a. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalanperlahan dan progresif dari:

- 1.) Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.
- 2.) Disertai dengan perubahan – perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

b. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya

#### 8. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

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

#### 9. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

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

### 2.1.5 Pengobatan Skizofrenia

Terapi pada pasien skizofrenia diberikan secara komprehensif sesuai tanda gejala dan penyebab terjadinya penyakit. Berikut adalah beberapa alternatif terapi yang dapat diberikan pada pasien skizofrenia menurut (Yusuf et al., 2019):

#### a. Terapi farmakologi

Pendekatan farmakologis pada pasien skizofrenia biasanya dengan diberikan obat antipsikotik. Pengobatan antipsikotik membantu mengendalikan perilaku skizofrenia yang mencolok dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan rumah sakit jangka panjang apabila dikonsumsi pada saat pemeliharaan atau secara teratur setelah episode akut. Prinsip pemberian farmako terapi pada pasien skizofrenia adalah *start low go slow* dimulai dengan dosis rendah ditingkatkan sampai dosis optimal kemudian diturunkan perlahan untuk pemeliharaan. Pemberian terapi farmakologi dengan memberikan obat-obatan saja tidak cukup untuk membantu penderita skizofrenia untuk memenuhi sisi kebutuhan hidupnya. Terapi farmakologi juga harus ditunjang dengan pemberian terapi yang lain yang bersifat membantu penderita agar dapat kembali ke lingkungan sosial melalui psikoedukasi dan pelatihan-pelatihan keterampilan sosial.

b. Terapi psikososial

Terapi psikososial diberikan kepada pasien skizofrenia dengan tujuan pasien mampu berinteraksi atau menjalin hubungan sosial dengan orang lain dan lingkungan. Dengan kemampuan interaksi diharapkan pasien mampu beradaptasi dengan lingkungan sosialnya, mampu merawat diri sendiri dan tidak bergantung pada orang lain.

c. Rehabilitasi

Program rehabilitasi biasanya diberikan di bagian tersendiri rumah sakit jiwa yang dikhususkan untuk rehabilitasi. Terdapat banyak kegiatan rehabilitasi, diantaranya terapi okupasi yang meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, menyanyi dan lain-lain.

d. Program intervensi keluarga

Intervensi keluarga memiliki banyak variasi, namun pada umumnya intervensi yang dilakukan difokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan bagaimana cara berhubungan dengan cara yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga dan memacu pemecahan masalah dan keterampilan coping yang baik.

## **2.2 Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan**

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

Resiko Perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (Nanda, 2016).

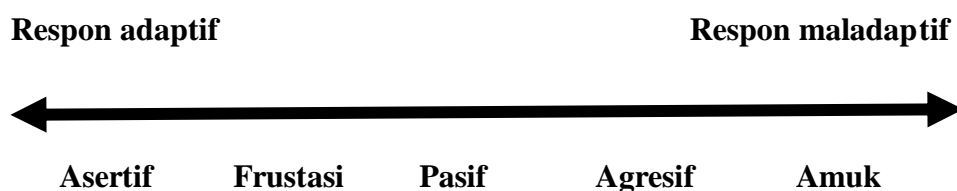
Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang individu bisa menunjukkan tindakan yang membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditunjukkan langsung terhadap orang lain. (Sutejo, 2019)

berbeda dengan perilaku kekerasan, perilaku kekerasan memiliki definisi tersendiri. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang di arahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang di tunjukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua ada yang di lingkungan. Pasien yang di bawah ke rumah sakit jiwa sebagai besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang di lakukan selama di rumah. (Sutejo, 2019)

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang di tandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan. (Yosep & Sutini, 2016)

### 2.2.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun orang lain. Sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motoric yang tidak terkontrol. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif)(Yosep & Sutini, 2016).



**Gambar 2.1 : Rentang respon marah** (Yosep & Sutini, 2016)

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

### 2.2.3 Tanda dan Gejala

Menurut (Yosep & Sutini, 2016), Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Fisik
  - a. Muka merah dan tegang
  - b. Mata melotot/pandangan tajam



- c. Tangan mengepal
  - d. Rahang mengatup
  - e. Wajah memerah dan tegang
  - f. Postur tubuh kaku
  - g. Pandangan tajam
  - h. Mengatupkan rahang dengan kuat
  - i. Mengepalkan tangan
  - j. Jalan mondar-mandir
2. Verbal
- a. Bicara kasar
  - b. Suara tinggi, membentak atau berteriak
  - c. Mengancam secara verbal atau fisik
  - d. Mengumpat dengan kata-kata kotor
  - e. Suara keras
  - f. ketus
3. Perilaku
- b. Melempar atau memukul benda/orang lain
  - c. Menyerang orang lain
  - d. Melukai diri sendiri/orang lain
  - e. Merusak lingkungan
  - f. Amuk/agresif
4. Emosi

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

5. Intelktual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

6. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

7. Sosial

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

8. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan sosial.

#### **2.2.4 Etiologi**

A. Faktor predisposisi

Menurut (Yosep & Sutini, 2016) faktor predisposisi klien dengan perilaku kekerasan adalah:

1. Teori Biologis

*a. Neurologic factor*

Beragam komponen dari system seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif.

*b. Genetic factor*

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut penelitian genetik tipe *karyotype* XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak kriminal serta orang-orang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

c. *Cycardian Rhytm*

(Irama sirkardium tubuh) memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.

d. *Biochemistry factor*

(faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak (epineprin, nourepineprin, dopamine, asetilcolin, dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui system persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam dan membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan responnya melalui serabut *efferent*.

e. *Brain Area Dissorders*

Gangguan pada system limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalipis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2. Teori Psikologis

a. Teori Psikoanalisa

Agresifitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

b. *Imitation modeling, and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolerir kekerasan.

c. *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya.

B. Faktor Presipitasi

Menurut (Yosep & Sutini, 2016) dalam buku faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan :

1. Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepakbola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
2. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi social ekonomi.
3. Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.

4. Adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
5. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

Dalam Buku ajar Keperawatan Jiwa (Yosep, 2016)

### **2.2.5 Proses Terjadinya Marah**

Menurut Yosep, (2010) perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapkan 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 mereka tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan. Rentang respons kemarahan individu dimulai dari respons normal (asertif) sampai pada respons sangat tidak normal (maladaptif). Stres, cemas, harga diri rendah, dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respons terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, ketegangan pun akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Ras marah diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif, menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang di tunjukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. (Suci & Milkhatun, 2020)

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

### **2.3.1 Pengkajian**

Menurut Yosep (2009), pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kultural-spiritual (Damayanti & Iskandar, 2012).

#### **a. Aspek biologis**

Respon fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, takhikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urin meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku, dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energy yang dikeluarkan saat marah bertambah.

#### **b. Aspek emosional**

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan dan menuntut.

#### **c. Aspek intelektual**

Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indera sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi, dan diintegrasikan.

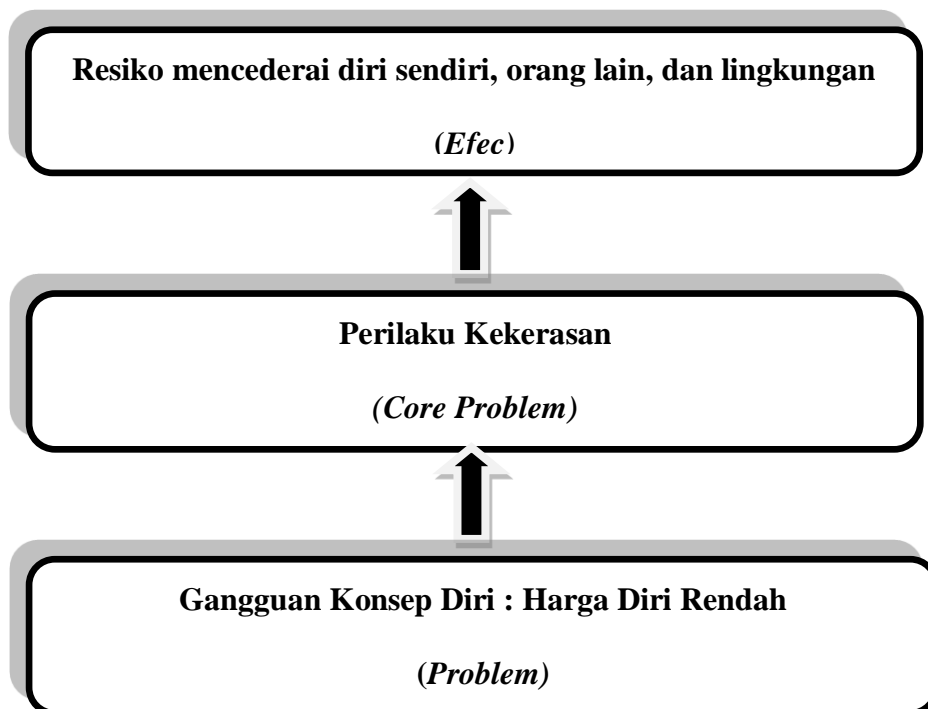
#### **d. Aspek social**

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien seringkali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

e. Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan dimanifestasikan dengan moral dan rasa berdosa.

### 2.3.2 Pohon Masalah



Gambar 2.2 : Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Yusuf et al., 2014)

### 2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Yusuf et al., 2014) dalam bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, ditemukan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Resiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.
2. Perilaku kekerasan
3. Perubahan persepsi sensori : halusinasi
4. Gangguan Harga Diri : Harga Diri Rendah
5. Koping Individu Tidak Efektif

### 2.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana Tindakan keperawatan dikutip dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teoritis dan aplikasi praktik klinik (Damayanti & Iskandar, 2012)

1. Diagnosa : Resiko perilaku kekerasan Tujuan umum : klien tidak mencederai diri.

Tujuan khusus :

TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya. Kriteria hasil :

1. Klien mau membalas salam.
2. Klien mau menjabat tangan
3. Klien mau tersenyum
4. Klien mau kontak mata
5. Klien mau mengetahui nama perawat

Intervensi :



- a. Beri salam/panggil nama
- b. Jelaskan maksud hubungan interaksi
- c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat
- d. Beri rasa aman dan sikap empati
- e. Lakukan kontak

singkat tapi sering

TUK 2 :

Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan Kriteria hasil :

1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya
2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari dirisendiri)

Intervensi :

- a. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
- b. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal

TUK 3:

Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan Kriteria

Hasil :

1. Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal
2. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal

yang dialaminya Intervensi :

- a. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah/jengkel
- b. Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien
- c. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialami

TUK 4:

Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

Kriteria hasil:

1. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
2. Klien dapat mengetahui cara yang bisa dilakukan untuk menyelesaikan masalah Intervensi :
  - a. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan dan pada diri sendiri)
  - b. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
  - c. Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai

TUK 5:

Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Kriteria hasil:

1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang digunakan
2. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien
3. Tanyakan kepada klien apakah klien mau mempelajari cara baru yang sehat

TUK 6:

Klien dapat mendemostrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

1. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik
2. Klien dapat mengidentifikasi cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan

3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya
4. Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang disusun

Intervensi :

- a. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan
- b. Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam
- c. Ajurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah/jengkel
- d. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan
- e. Berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 7 :

Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan  
Kriteria hasil :

1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan
2. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik
3. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun

Intervensi :

- a. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien
- b. Meminta klien mengikuti cara bicara yang baik
- c. Minta klien mengulang sendiri
- d. Beri pujian atas keberhasilan klien

- e. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari
- f. Validasi kemampuan klien dalam melakukan latihan
- g. Berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 8 :

Klien dapat mendemostrasikan cara osial untuk mencegah perilaku kekerasan  
Kriteria hasil:

1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan
2. Klien dapat mendemostrasikan cara verbal yang baik
3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik
4. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang disusun

Intervensi :

- a. Diskusikan dengan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan
- b. Minta klien mendemostrasikan kegiatan ibadah yang dipilih
- c. Validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi
- d. Berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 9 :

Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu.
2. Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal

yang ditetapkan

3. Klien mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi minum obat
  - Intervensi
    - a. Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur
    - b. Diskusikan tentang proses minum obat
    - c. Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat klien
    - d. Validasi pelaksanaan minum obat klien
    - e. Beri pujian atas keberhasilan

### **2.3.5 Implementasi Keperawatan**

Menurut buku Asuhan Keperawatan Jiwa (Damayanti & Iskandar, 2012). Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan dapat dilakukan SP pada pasien dan keluarga :

#### 1. Strategi Pelaksanaan Pasien:

##### a. SP 1

- 1.) Mengidentifikasi penyebab PK
- 2.) Mengidentifikasi tanda dan gejala PK
- 3.) Mengidentifikasi PK yang dilakuakn
- 4.) Mengidentifikasi akibat PK
- 5.) Menyebutkan cara mengontrol PK
- 6.) Membantu pasien mempratekkan latihan cara fisik 1: Nafas Dalam
- 7.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

##### b. SP 2

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

- 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik yaitu pukul bantal/Kasur
  - 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
- c. SP 3
- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
  - 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal: meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif
  - 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
- d. SP 4
- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
  - 2.) Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual
  - 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
- e. SP 5
- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
  - 2.) Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan/meminum obat
  - 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
2. Strategi Pelaksanaan Keluarga
- a. SP 1
- 1.) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
  - 2.) Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK
  - 3.) Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK

b. SP 2

- 1.) Melatih keluarga mempratekkan cara merawat pasien dengan PK
- 2.) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK

c. SP 3

- 1.) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)
- 2.) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

### **2.3.6 Evaluasi**

1. Pasien diharapkan mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
2. Pasien diharapkan mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
  - a. Secara fisik
  - b. Secara sosial/verbal
  - c. Secara spiritual

## **2.4 Konsep Dasar Komunikasi Terapeutik**

### **2.4.1 Definisi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Afnuhazi, 2015). Sedangkan menurut Stuart & Sundeen komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud yang

mempengaruhi orang lain. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara pasien dan perawat yang membantu pasien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain. Dari beberapa pengertian di atas dapat penulis simpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien dan membina hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien.

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

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

Prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik yaitu:

1. Hubungan Perawat dan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan.
2. Perawat harus menghargai keunikan klien. Tiap individu mempunyai karakter yang berbeda.



3. Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan. Komunikasi yang menciptakan hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberi alternatif pemecah masalah.

### **2.4.3 Karakteristik Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Afnuhazi, 2015), karakteristik perawat dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik :

#### **a. Kejujuran**

Kejujuran merupakan modal utama agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran mustahil dapat membina hubungan saling percaya.

#### **b. Empati (*Empathy*)**

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

#### **c. Kehangatan (*Warmth*)**

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

pasien. Sehingga pasien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam.

#### **2.4.4 Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik menurut (Afnuhazi, 2015), terdiri empat tahapan yaitu:

##### **1. Fase Pra Interaksi**

Tahap ini masa persiapan sebelum memulai hubungan dengan klien. Tugas perawat pada fase ini adalah pertama perawat mengumpulkan data tentang pasien, mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasan, dan membuat rencana pertemuan dengan pasien.

##### **2. Fase Orientasi**

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

##### **3. Fase Kerja**

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

#### 4. Fase Terminasi

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

## **2.5 Konsep Stress dan Adaptasi**

### **2.5.1 Pengertian Stress**

Stress adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap berbagai tuntutan atau beban atasnya yang bersifat non spesifik (Yosep & Sutini, 2016). Sedangkan menurutadang hawari stress dan depresi seringkali tidak dapat dipisahkan satu dengan lainnya. Setiap permasalahan kehidupan yang menimpa pada diri seseorang (stressor psikososial) dapat mengakibatkan gangguan fungsiorgan tubuh. Reaksi tubuh (fisik) ini dinamakan stress dan jika fungsi organ-organ tubuh itu sampai terganggu dinamakan distress.

### **2.5.2 Model Stress Berdasarkan Stimulus**

Pendekatan model stimulus ini menganggap stress sebagai ciri-ciri dari stimulus lingkungan yang dalam beberapa hal dianggap mengganggu atau merusak, model yang digunakan pada dasarnya adalah stressor eksternal akan menimbulkan reaksi stress atau strain dalam diri individu. Kelemahan dari model stimulus ini adalah kegagalannya dalam memperhitungkan cara orang menyatakan realita dari stimulus lingkungan terhadap respon.

### **2.5.3 Model Stress Berdasarkan Respon**

Stress sebagai respon non spesifik yang timbul terhadap tuntutan lingkungan, respon umum ini disebut sebagai General Adaptation Syndrome (GAS) dan dibagi dalam tiga fase yaitu : fase sinyal, fase perlawanan, dan fase kelelahan. Reaksi alarm merupakan respon siaga (fight or flight). Pada fase ini terjadi peningkatan cortical hormone, emosi, dan ketegangan.

Fase perlawanan (resistence) terjadi bila respon adaptif tidak mengurangi persepsi terhadap ancaman, reaksi ini ditandai oleh hormone cortical yang tetap tinggi. Reaksi kelelahan yaitu perlawanan terhadap stress yang berkepanjangan mulai menurun, fungsi otak tergantung oleh perubahan metabolisme, system kekebalan tubuh menjadi kurang efisien dan penyakit yang serius mulai timbul pada saat kondisi menurun.

### **2.5.4 Model Stress Berdasarkan Transaksional**

Tiga tahap dalam mengukur situasi potensial mengandung stress : (1) Pengukuran primer; menggali persepsi individu terhadap masalah saat menimpa; (2) Pengukuran sekunder; mengkaji kemampuan seseorang atau sumber-sumber tersedia diarahkan untuk mengatasi masalah; (3) Pengukuran tersier; berfokus

pada perkiraan keefektifan perilaku koping dalam mengurangi dan menghadapi ancaman.

## **2.6 Psikologi Stress**

Menurut Selye (1982) stress meruakan tanggapan non spesifik terhadap setiap tuntutan yang diberikan pada suatu organisme dan digambarkan sebagai GAS. Konsep ini menunjukkan reaksi stress dalam tiga fase, yaitu fase sinyal (alarm), fase perlawanan (resistence), dan fase keletihan (exhaustion).

### **2.6.1 Penyebab Stress dan Stressor Psikososial**

Stessor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau menanggulangi stressor yang timbul. Pada umumnya jenis stressor psikososial dapat digolongkan sebagai berikut:

- a. Perkawinan
- b. Problem Orangtua
- c. Hubungan Interpersonal
- d. Pekerjaan
- e. Lingkungan Hidup
- f. Keuangan
- g. Hukum
- h. Perkembangan
- i. Penyakit Fisik atau Cidera
- j. Faktor Keluarga

## 2.6.2 Tahapan Stress

Tahapan stress yang dikemukakan oleh **Robert J. Van Amberg** sebagai berikut:

### 1. Stress tingkat I

Tahapan ini merupakan stress yang paling ringan yaitu:

- a. Semangat besar
- b. Penglihatan tajam
- c. Energy dan gugup berlebihan

### 2. Stress tingkat II

Keluhan yang sering dikemukakan yaitu:

- a. Merasa letih sewaktu bangun pagi
- b. Merasa lelah sesudah makan siang
- c. Merasa lelah menjelang sore hari
- d. Gangguan pada system pencernaan
- e. Perasaan tegang pada otot-otot punggung dan tengkuk
- f. Perasaan tidak bisa santai

### 3. Stress tingkat III

- a. Gangguan usus lebih terasa
- b. Otot-otot terasa lebih tegang
- c. Perasaan tegang yang semakin meningkat
- d. Gangguan tidur
- e. Badan terasa mau pingsan

### 4. Stress tingkat IV

- a. Untuk bisa bertahan sepanjang hari terasa sangat sulit
- b. Kegiatan-kegiatan yang semula menyenangkan kini terasa sulit
- c. Kehilangan kemampuan untuk menanggapi situasi

- d. Tidur semakin sukar
  - e. Perasaan negativistic
  - f. Kemampuan berkonsentrasi menurun tajam
  - g. Perasaan takut yang tidak dapat dijelaskan
5. Stress tingkat V
- a. Keletihan yang mendalam
  - b. Kurang mampu untuk bekerja
  - c. Gangguan system pencernaan
  - d. Perasaan takut
6. Stress tingkat VI
- a. Debar jantung terasa amat keras
  - b. Nafas sesak, megap-megap
  - c. Badan gemetar
  - d. Tenaga untuk hal-hal yang ringan tidak kuasa lagi, pingsan atau collaps

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 07 s.d 09 Mei 2021 dengan data sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

Ruangan rawat : Ruang Gelatik

Tanggal dirawat/MRS: 05-05-2021

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

Pasien adalah Tn.S tinggal di Surabaya dan bekerja sebagai tukang parkir. Pasien beragama Islam. Pasien adalah anak ke tiga dari lima bersaudara dan belum menikah.

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

Pasien dibawa oleh keluarganya diantar 112 karena 2 minggu ini pasien sering marah-marah, bicara sendiri, mengancam akan membunuh. Keluhannya sebenarnya sudah lama kurang lebih setahun karena pasien selama ini tidak pernah minum obat dan tidak mau dibawa kontrol. Sering marah-marah baik di rumah maupun di warung, menurut keterangan warga 2 hari yang lalu pasien hampir memukul orang tanpa alasan, lalu warga meminta keluarga untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Jiwa Menur sebelum dikeroyok warga. Kegiatan sehari-hari pasien bekerja sebagai jaga parkir dan membantu orang tuanya untuk mengantar makanan untuk lansia. Makan dan minum mandiri. Sering nongkrong di warung hingga malam hari, pulanginya dini hari.

Keluhan Utama : Pasien sering marah-marah dan hampir memukul orang.



### 3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 2 kali masuk ke Rumah sakit jiwa menur. yang pertama perilaku kekerasan dan kedua resiko perilaku kekerasan.
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat dan sudah satu tahun tidak mau kontrol.
3. Pasien mengatakan pernah marah-marah diwarung dan hampir memukul orang.

**Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan**

4. Dalam rekam medis pasien di dapatkan data tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat gangguan jiwa.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan tetapi tidak ingin membahas nya.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Tanda Vital

Tekanan darah : 178/112 mmHg

Nadi : 98 kali/menit

Suhu : 36,6<sup>0</sup>C

Pernafasan : 18 kali/menit

#### 2. Ukur

Tinggi Badan : 175 cm

Berat Badan : 89 Kg

### 3. Keluhan Fisik

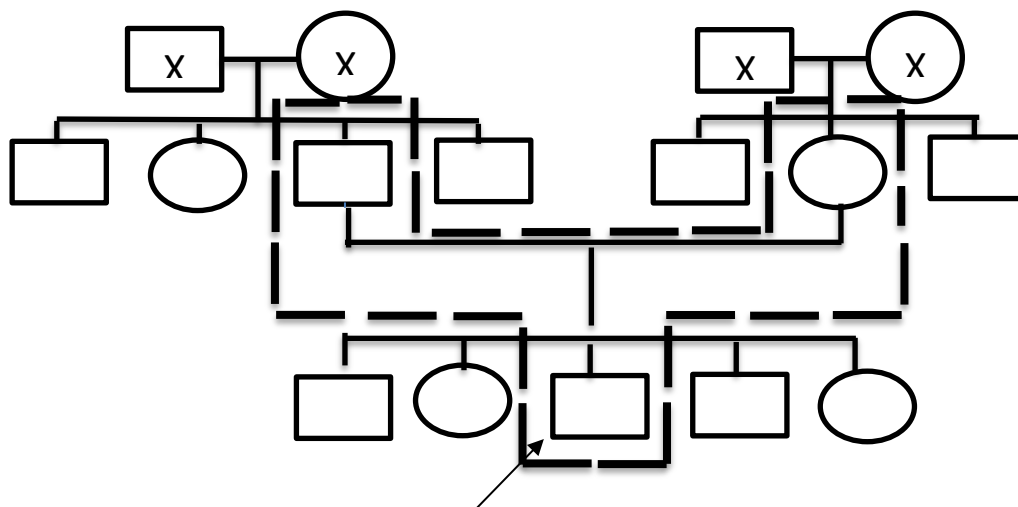
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

Jelaskan : Saat dikaji pasien tidak mengeluh sakit dan tanda-tanda vital dalam batas normal.

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

#### 3.1.5 Psikososial

##### 1. Genogram



Keterangan:

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

↗ : Pasien

— — — : Tinggal Satu Rumah

**Gambar 3.1 Genogram Tn.S**

Pasien tinggal serumah dengan kedua orang tua.

## 2. Konsep diri

### a. Gambaran diri

Pasien mengatakan bersyukur karena tidak ada kelainan lain yang mengenai tubuhnya dan menyukai bentuk dirinya yang sekarang.

### b. Identitas

Pasien bernama Tn. S berumur 43 tahun, bekerja sebagai tukang parkir. Status lajang dan beragama islam.

### c. Peran

Pasien bekerja sebagai tukang parkir dan membantu ibunya mengantar pesanan makan.

### d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang untuk bekerja lagi

### e. Harga diri

Pasien mengatakan tidak ada teman yang mau mendekat kepadanya, merasa dikucilkan.

**Masalah keperawatan : Gangguan Konsep Diri**

## 3. Hubungan Sosial

### a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya karena orang yang paling terdekat dan mendukung.

### b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan berkelompok.

### c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan dalam berhubungan dengan orang lain bingung untuk memulai.

**Masalah keperawatan : Hambatan Interaksi Sosial : Menarik Diri**

#### **4. Spiritual**

##### a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya mempunyai agama.

##### b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan bahwa dirinya jarang melakukan ibadah.

**Masalah keperawatan : Distres Spiritual**

### **3.1.6 Status Mental**

#### **1. Penampilan**

Saat pengkajian pasien kurang rapi, kurang bersih, rambut masih terlihat panjang dan acak-acakan, memakai seragam ruang gelatik sesuai.

**Masalah keperawat : Defisit perawatan diri**

#### **2. Pembicaraan**

Pada saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan dengan baik namun tidak mampu mengawali pembicaraan dan nada bicara yang lambat

**Masalah keperawatan : ketidakefektifan komunikasi verbal**

#### **3. Aktivitas Motorik**

Pasien nampak lesu dan hanya berbaring ditempat tidur

**Masalah keperawatan : penurunan aktivitas motorik**

#### **4. Alam Perasaan**

Pasien Nampak sedih dan mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa pulang

**Masalah keperawatan : gangguan alam perasaan : ansietas**

**5. Afek:**

pada saat dilakukan pengkajian pasien tampak kebingungan saat berinteraksi

**Masalah keperawatan : Hambatan komunikasi**

**6. Interaksi selama wawancara:**

Pada saat wawancara kontak mata klien kooperatif, klien mampu menjawab semua pertanyaan meskipun kebingungan untuk menata kata-kata.

Klien mengatakan ingin cepat sembuh

**Masalah keperawatan : Hambatan Komunikasi**

**7. Persepsi halusinasi**

Tidak terdapat halusinasi pendengaran, penglihatan, pembauan, perabaan maupun pengecapan.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

**8. Proses pikir**

Saat di wawancara klien mampu menjawab semua pertanyaan sesuai topik pembicaraan.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**9. Isi Pikir**

Klien tidak memiliki gangguan isi pikir seperti : waham, obsesi, phobia, dan pikiran yang magis.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

**10. Tingkat kesadaran**

Pasien sadar kalau saat ini dirinya sedang berada dirumah sakit jiwa, pasien mampu menyebutkan waktu, tempat, dan nama orang yang dikenalnya.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

#### 11. Memori

Klien sangat mampu menceritakan dan mengingat kejadian masa launya.

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

#### 12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat ditanyai mengenai penjumlahan, perkalian, pengurangan, dan pembagian, pasien sangat konsentrasi dengan baik.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan**

#### 13. Kemampuan Penilaian

Tidak ada gangguan, pasien mampu menilai bahwa merokok dan kopi tidak baik untuk kesehatan.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

#### 14. Daya Titik Diri

Pasien menyadari bahwa dirinya masuk di Rumah Sakit Jiwa Menur sedang di rawat karena marah – marah pasien menerima penyakitnya.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

### 3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

#### a. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

Pasien mampu memenuhi atau menyediakan kebutuhan seperti makanan, keamanan, pakaian, transportasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang.

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

#### b. Kegiatan hidup sehari-hari

##### 1) Perawatan Diri :

Pasien mengatakan bahwa pasien mandi jika disuruh, menggunakan pakaian seragam gelatik sesuai, makan dan minum mandiri, BAB & BAK mandiri

**Masalah keperawatan : Defisit Perawatan Diri.**

**2) Nutrisi**

- a. Apakah anda puas dengan pola makan anda? Ya
- b. Apakah anda makan memisahkan diri? tidak

Jelaskan : pasien merasa kenyang saat setelah makan.

- c. Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
- d. Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
- e. Nafsu makan berlebih
- f. BB tertinggi 90 kg BB terendah 85 kg
- g. Diet Khusus : pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.

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

**3) Tidur**

Tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur dan pasien memiliki kebiasaan tidur siang. Saat tidur malam pasien mengatakan tidur jam 21.00 malam sampai dengan jam 04.30 pagi. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 13.00 sampai dengan 15.00. Pasien mengatakan tidak mengalami sulit tidur, bangun terlalu pagi, terbangun saat tidur, gelisah saat tidur, dan berbicara saat tidur.

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

**c. Kemampuan pasien dalam**

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

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

**d. Pasien memiliki sistem pendukung**

Pasien mengatakan ibunya sangat berarti untuk dirinya.

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

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

Pasien mengatakan bahwa dia mencari uang dengan cara jaga parkir.

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

**3.1.8 Mekanisme Koping**

Pasien belum mampu berbicara dengan orang lain, belum mampu menyelesaikan masalah sendiri. Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (Sesuai usia)

**Masalah keperawatan : Koping individu tidak efektif.**

**3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

- a. Pasien mengatakan marah-marah diwarung dan hampir memukul orang.
- b. Pasien tidak ada masalah dengan pendidikannya
- c. Pasien mengatakan hanya bekerja sebaga jaga parkir dan membantu ibu mengantar makanan.



- d. Pasien mengatakan semua anggota keluarga dirumah baik tidak ada masalah
- e. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan dalam keluarga.
- f. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat kambuh, semua dapat di jalankan dengan BPJS.
- g. Masalah lainnya, spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah.

**Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan**

### **3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang**

Saat dikaji tentang penyakit jiwa serta obat- obatannya dan pencetus penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tahu.

**Masalah keperawatan : Defisit pengetahuan tentang penyakit.**

### **3.1.11 Data Lain-lain :**

Hasil lab pada tanggal 08-05-2021

SGOT	20 U/L	L : 37 P : 31
SGPT	U/L	L : 40 P : 31
WBC	8.7 $10^3/uL$	4.8 – 10.8
RBC	5.07 $10^6/uL$	4.2 – 6.1
HB	14.8 G/dL	12 – 18
HCT	44.8 %	37 – 52

**3.1.12 Aspek Medik**

Diagnosa Medik : Skizofrenia tak terinci

Terapi Medik :

Obat	Dosis	Indikasi	Efek
Risperidone 1 mg	1-0-1	Untuk mengatasi kesadaran diri yang terganggu, daya nilai norma social terganggu	Rasa mengantuk kewaspadaan berkurang, psikomotor menurun
Clozapine 25 mg	0-0-1	Untuk mengatasi kesadaran diri yang terganggu, daya nilai norma social terganggu	Hidung tersumbat, mata kabur, gangguan irama jantung
Trihexyphenidil 2 mg	1-0-1	Untuk mengatasi kesadaran diri yang terganggu, daya nilai norma social terganggu	Dystonia akut, tremor
Captopril 25 mg	1-1-1	Untuk menangani hipertensi dan gagal jantung	Mual muntah, sakit perut, batuk kering, sakit dada dan hipotensi

**3.1.13 Daftar Masalah keperawatan**

- a. Resiko Perilaku Kekerasan
- b. Gangguan Konsep Diri
- c. Menarik Diri : Isolasi Sosial
- d. Distres spiritual
- e. Defisit perawatan diri
- f. ketidakefektifan komunikasi verbal
- g. Penurunan aktivitas motorik
- h. Gangguan alam perasaan (Ansietas)
- i. Koping Individu tidak efektif
- j. Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit

**3.1.14 Diagnosa Keperawatan**

Pada kesempatan ini penulis hanya mengambil diagnosis Resiko Perilaku kekerasan

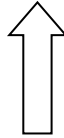
Surabaya, 17 Juni 2021  
Mahasiswa



Fais Bisri Febriyana  
1821011

### 3.2 Pohon Masalah

Akibat: Isolasi Sosial : Menarik Diri



Masalah Utama: Resiko Perilaku Kekerasan



Penyebab: Koping individu tidak efektif

**Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan  
pada Tn “S”**

### 3.3 Analisa Data

**Tabel 3.1** Analisa Data pada klien perilaku kekerasan

Nama : Tn. S    NIRM : 05-17-XX    RUANGAN : GELATIK

HARI/ TGL	DATA	MASALAH	TTD Perawat
selasa, 7 Mei 2021	<p><b>Faktor resiko :</b></p> <p>DS : Merasa berbeda dengan orang lain</p> <p>DO : 1. Menarik diri 2. Menunjukkan permusuhan 3. Tidak mampu memenuhi harapan orang lain</p>	<p>Isolasi Sosial : Menarik Diri SDKI D.0121 Hal. 268</p>	<i>Fais</i>
Selasa, 7 Mei 2021	<p>DS : 1. Pasien mengatakan sering marah-marrah. 2. Suara Keras</p> <p>DO : 1. Pasien hampir memukul orang diwarung 2. Hampir melukai orang lain 3. Tangan mengempal</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan SDKI D.0146 Hal. 312</p>	<i>Fais</i>
Selasa, 7 Mei 2021	<p>DS : Tidak mampu mengatasi masalahnya sendiri</p> <p>DO : 1. tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan 2. perilaku tidak asertif 3. partisipasi social kurang</p>	<p>Koping Individu Tidak Efektif SDKI D.0096 Hal. 210</p>	<i>Fais</i>

### 3.4 Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Tn. S

Nama Mahasiswa

: Fais Bisri Febriyana

NIRM : 00-17-XX

Institusi

: STIKES Hang Tuah Surabaya

Bangsas/ Tempat : Gelatik

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Rasional
			Tujuan & Kriteria Hasil	Tidak Keperawatan (SP 1-3)	
1.	07 Mei 2021	Risiko Perilaku Kekeraan	1.Kognitif, klien mampu: a. menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan b. menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan	SP 1 1) Mengidentifikasi penyebab PK 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 3) Mengidentifikasi PK yang dilakukan 4) Mengidentifikasi akibat PK 5) Menyebutkan cara mengontrol 6) Membuat pasien mempraktekkan latihan <b>Cara fisik I</b> : Nafas dalam 7) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian.	1. Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari risiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. 2. Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi. 3. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan.
2.	07 Mei 2021	<b>Risiko Perilaku</b>	2. Psikomotor, klien mampu:	SP 2 1) Mengevaluasi jadwal kegiatan	1. Membantu pasien

		<b>Kekerasan</b>	<p>a. Mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan relaksasi: Tarik Nafas dalam, pukul kasur dan bantal, senam dan jalan-jalan.</p> <p>b. berbicara dengan baik: Mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik</p> <p>c. Melakukan deeskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis</p> <p>d. Melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain.</p>	<p>harian pasien</p> <p>2) Melatih pasien mengontrol PK dengan <b>cara fisik II</b> : Pukul bantal/kasur</p> <p>3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan</p>	<p>untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>2. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar</p> <p>3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan</p>
<b>3.</b>	07 Mei 2021	<b>Risiko Perilaku Kekerasan</b>	<p>3. Afektif, klien mampu:</p> <p>a. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan</p> <p>b. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>SP 3</p> <p>1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2) Melatih pasien mengontrol PK dengan <b>cara Verbal</b> : meminta/menolak mengungkapkan dengan asertif</p> <p>3) Menganjurkan pasien</p>	<p>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</p> <p>2. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan</p>

				<p>memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2) Melatih pasien mengontrol PK Dengan cara Spiritual</li> <li>3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol> <p>SP 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2) Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan / minum obat</li> <li>3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>	<p>kemarahannya pada lingkungan sekitar</p> <p>Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara melakukan sholat atau mendekati diri dengan cara ibadah lainnya.</p> <p>Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara Kepatuhan minum obat sangatlah penting sebagai pencegah kekambuhan.</p>
--	--	--	--	---	--



**1.5 Implementasi dan Evaluasi**

Nama : Tn. S

NIRM : 05-17-XX

Ruangan : Gelatik

**Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi**

HARI/ TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	T.T Perawat
<p>Jumat 7 Mei 2021</p>	<p><b>Perilaku Kekerasan</b></p>	<p>Membina hubungan saling percaya <b>Sp 1</b> Mengidentifikasi perilaku kekerasan dan latihan mengendalikan PK dengan fisik I: Tarik nafas dalam 1. “Selamat pagi bapak, perkenalkan nama saya Fais, saya adalah perawat yang dinas di ruangan gelatik ini, nama bapak siapa?” 2. “Bagaimana perasaan bapak saat ini?, apakah ada perasaan marah yang saat ini</p>	<p><b>S:</b> 1. “Selamat pagi, nama saya S mas”. 2. “sekarang saya baik-baik saja mas. 3. “Saya marah-marah diwarung mas dan hampir memukul orang”. 4. “Saya pasrah mas dibawa ke rumah sakit menur” 5. “Saya merasa itu dapat merugikan orang lain” 6. “Saya bisa mbak tarik nafas dalam” <b>O:</b> 1. Klien mau berjabat tangan 2. Saat di tanya penyebab Perilaku</p>	<p><i>fais</i></p>

		<p>dirasakan?”</p> <p>3. “Apa penyebab sehingga bapak S di bawa ke rumah sakit jiwa ini?”</p> <p>4. “setelah itu apa yang bapak S lakukan?”</p> <p>5. “Apa bapak S dapatkan ketika bapak S melakukan itu semua saat marah?”</p> <p>6. “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, cara yang pertama adalah pada saat perasaan marah itu mulai muncul, coba untuk tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan, bagaimana mas bisa melakukannya?”</p>	<p>Kekerasan klien mau menjelaskan.</p> <p>3. Saat di tanya tandanya Perilaku Kekerasan klien menjelaskan.</p> <p>4. Klien menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan, hampir memukul orang.</p> <p>5. Saat ditanya akibat dari melakukan perilaku kekerasan tersebut klien mengatakan dapat merugikan orang lain.</p> <p>6. Klien dapat mempraktikkan tarik nafas.</p> <p><b>A:</b> Sp 1 Teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Sp 2</p>	
--	--	---	---	--

<p>Sabtu 8 Mei 2021</p>	<p><b>Perilaku Kekerasan</b></p>	<p>Membina hubungan saling percaya <b>Sp 2</b> Mengevaluasi jadwal harian pasien dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 : Pukul Kasur/bantal.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Selamat pagi bapak S, bagaimana perasaan bapak S saat ini?, apa selama saya tidak ada, ada yang membuat bapak S marah-maraha?”</li> <li>2. “Lalu apa yang bapak S lakukan?”</li> <li>3. “sekarang, mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kalau bapak S marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul ke Kasur dan bantal”</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Selamat pagi mas fais. Kemarin saya cuman tidak bisa tidur karena teman sekamar saya rame,”.</li> <li>2. “Saya mencoba Tarik nafas dalam seperti kemarin pada saat saya mau marah,”.</li> <li>3. “Iya mbak, nanti kalau saya mulai marah , saya akan memukul bantal saja”</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengingat nama dan menyapa perawat</li> <li>2. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (menarik nafas dalam).</li> </ol> <p><b>A:</b> Sp 2 Teratasi <b>P:</b> Lanjutkan Sp 3</p>	<p><i>fais</i></p>
<p>Minggu 9 Mei 2021</p>	<p><b>Perilaku kekerasan</b></p>	<p>Membina hubungan saling percaya <b>SP 3</b> Mengevaluasi jadwal kegiatan</p>	<p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Selamat pagi mas fais, iya mas”</li> </ol>	

		<p>harian pasien dan melatify pasien dengan cara verbal : meminta/menolak mengungkapkan dengan asertif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. “Selamat pagi bapak S, sesuai janji kita kemarin, kita akan membahas bagaimana cara mengungkapkan perasaan marah yang sehat ya?”</li> <li>2. “pada saat bapak S mulai ada rasa marah, segera memakai cara 1 yaitu Tarik nafas dalam, kemudian bapak boleh mengatakan kalau bapak sedang marah, dengan nada pelan yang tujuannya untuk mengungkapkan perasaan bapak S, sebutkan juga alasan bapak S marah.”</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. “Iya mas fais, nanti kalau saya mulai marah lagi, langsung mengungkapkan bahwa saya marah kepada orang yang membuat saya marah”</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien menyapa dan tersenyum sambil mendekat ke perawat.</li> <li>2. Klien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan , ketika emosi muncul dengan mengungkapkan marahnya dengan Tarik nafas dalam</li> <li>3. Klien bisa mengungkapkan marah secara verbal</li> </ol> <p><b>A:</b> Sp 3 Teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Sp 3</p>	<p><i>fais</i></p>
--	--	---	---	--------------------

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn.S masalah utama Resiko Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia tak terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien. Pada dasarnya tidak ditemukan banyak kesenjangan antara pengkajian tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu pada tinjauan pustaka disebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah muka merah dan tegang, tangan mengempal, mengatupkan rahang dengan kuat, jalan mondar-mandir, suara keras, agresif, dan emosi tidak ade kuat. Pada saat di lakukan pengkajian secara langsung didapatkan Pasien dibawa oleh keluarganya diantar 112 karena 2 minggu ini pasien sering marah-marah, bicara sendiri, mengancam akan membunuh, pasien gelisah saat wawancara, banyak gerakan, tegang dengan tangan mengempal, mudah tersinggung bila ada kata-kata yang salah dari lawan bicara.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan data subyektif dan data objektif.

keluarga tidak pernah datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah :

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya pada klien supaya lebih dekat dan lebih percaya dengan menggunakan perasaannya.
2. Mengadakan pengkajian kepada klien secara wawancara. Mengadakan pengkajian dengan cara membaca status klien, melihat buku rawatan.

Menurut data yang didapat, klien sudah 2 kali keluar masuk dan dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur. Klien masuk tanggal 5 Mei 2021, dengan masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia . Saat berada di ruangan di dapatkan bahwa klien sering mondar-mandir.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berikut adalah diagnosa keperawatan dari tinjauan pustaka dan tinjauan kasus sebagai berikut:

Pada tinjauan pustaka :

1. Resiko Perilaku Mencederai diri, Oranglain dan Lingkungan
2. Resiko Perilaku kekerasan
3. Koping Individu Tidak Efektif

Pada tinjauan kasus :

1. Isolasi Sosial : Menarik Diri
2. Resiko Perilaku kekerasan
3. Koping Individu Tidak Efektif

Berdasarkan uraian diagnosa keperawatan di atas ditemukan perbedaan antara penyebab, masalah utama, dan akibat.

### 4.3 Rencana Keperawatan

Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa khususnya dengan kasus Resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah tindakan marah. Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungannya. (Damayanti & Iskandar, 2012)

#### 1. SP pada Pasien

1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
2. Pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
3. Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukannya
4. Pasien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
5. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya

Tindakan :

- 1) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
- 2) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
  - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
  - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
  - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
  - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
  - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual

- 3) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
  - a) Verbal
  - b) Terhadap orang lain
  - c) Terhadap diri sendiri
  - d) Terhadap lingkungan
- 4) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- 5) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
  - a) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
  - b) Obat
  - c) Spiritual, misalnya sembahyang dan berdoa sesuai keyakinan pasien

## **2. SP pada Keluarga**

### **1. Tujuan Keperawatan**

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

### **2. Tindakan keperawatan**

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku tersebut)
- c. Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
- d. Bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan



- 1) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
  - 2) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut dengan tepat
  - 3) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- e. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pada tinjauan kasus SP keluarga tidak dapat direncanakan dan dilaksanakan karena selama pengkajian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien.

Sedangkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) menurut teori yang akan dilaksanakan, diantaranya Menurut (Damayanti & Iskandar, 2012) yaitu :

1. Tindakan (SP 1) :
  - a. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
  - b. 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 sosial
  - 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
  - 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- c. 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
- d. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- e. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- 1) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
  - 2) Obat
  - 3) Spiritual, misalnya sembayang dan berdoa sesuai keyakinan pasien
- f. Ikut sertakan pasien dalam kegiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok):
- 1) Sesi 1 : Kemampuan memperkenalkan diri
  - 2) Sesi 2 : Kemampuan berkenalan

- 3) Sesi 3 : Kemampuan bercakap-cakap
  - 4) Sesi 4 : Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
  - 5) Sesi 5 : Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
  - 6) Sesi 6 : Kemampuan bekerjasama
  - 7) Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi
2. Tindakan (SP 2) :  
Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua
  3. Tindakan (SP 3) :  
Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal
  4. Tindakan (SP 4) :  
Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual sembahyang dan berdoa sesuai dengan agama, bila memungkinkan dianjurkan untuk membiasakan diri berdoa secara lengkap apabila tidak ada latar, dan bisa dilakukan dengan berdoa dilakukan dengan menghadap ke udara terbuka.
  5. Tindakan (SP 5) :  
Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat

Untuk kelima SP tersebut belum terlaksana semua sesuai teori karna penulis hanya melaksanakan praktek ruangan selama tiga hari hanya berhenti di SP 3. Dan SP keluarga tidak dapat dilakukan kepada keluarga karena selama

pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien selama dirumah sakit.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan teori evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. 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.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 7 Mei 2021 dan pasien mampu mencapai SP 1 yaitu : Membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, dan mempraktikkan latihan cara mengendalikan fisik 1. Pada evaluasi hari berikutnya tanggal 8 Mei 2021 dilanjutkan dengan SP 2 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2. Pada evaluasi hari terakhir tanggal 9 Mei 2021 dilanjutkan SP 3 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. pada saat melakukan SP 3, pasien mengerti bisa mendemonstrasikan apa yang sudah di pelajari dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara social/verbal.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

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

#### **5.1 Kesimpulan**

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur memang sudah 2 kali keluar masuk dan mendapat pengobatan
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn. S dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan tiga permasalahan actual (1)Koping individu tidak efektif, (2) Perilaku kekerasan dan (3) Isolasi social : Menarik diri
3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan.

4. Intervensi Keperawatan yang diberikan kepada Tn.A yaitu strategi yang diberikan kepada pasien ada 3 strategi pelaksanaan yaitu SP 1 dengan cara fisik I yaitu latihan nafas dalam, SP 2 dengan cara fisik II : Pukul bantal/kasur. Pada SP 3 dengan cara Verbal : meminta/menolak mengungkapkan dengan asertif.
5. Tindakan keperawatan pada Tn.S dilakukan mulai tanggal 07 Mei 2021 sampai dengan 09 Mei 2021 dengan menggunakan rencana yang dibuat selama 3 hari tersebut pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara kognitif, afektif, dan psikomotorik..
6. Pada akhir evaluasi pada tanggal 9 Mei 2021 semua tujuan sebagian dapat tercapai karena kondisi klien yang sebagian mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
7. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien Tn. S, yang dilaksanakan mulai tanggal 7 sampai dengan 9 Mei 2021. Ditulis pada 1 diagnosis perilaku kekerasan

## **5.2 Saran**

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

## 2. Bagi Rumah Sakit

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

## 3. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan keterampilan, menambah pengetahuan dan mengembangkan ilmu keperawatan jiwa sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Serta mengetahui terlebih dahulu beberapa masalah utama dan diagnosa medis yang meliputi keperawatan jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

Afnuhazi, R. (2015). *KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM KEPERAWATAN JIWA* (Marni,S.Ke). Gosyen Publishing 2015.

Anggit Madhani, & Irna Kartina. (2020). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma HUsada Surakarta*, 18.

Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa* (A. Gunarsa (ed.)). Refika Aditama.

Maslim, R. (2013). *Buku Saku : Diagnosis Gangguan Jiwa*. PT. Nuh Jaya-Jakarta.

Nurarif, A. H., & Hardhi, K. (2015). *NANDA NIC-NOC* (Revisi Jil).

Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).

Sarfika, N. R., Maisa, E. A., & Windy Freska. (2018). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan. In *Buku Ajar Keperawatan 2*.

Suci, E. P. M. E., & Milkhatun. (2020). *Analisis Rekam Medis Pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan Menggunakan Algoritma C4.5 di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda*. 2(1), 16–24.

Sutejo. (2017). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*.

Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa*. PT. Pustaka Baru.

Yosep, I., & Sutini, T. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* (D. Wildani (ed.)). PT. Refika Aditama.

Yusuf, A., PK., R. F., & Hihayati, H. E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (Faqihani (ed.)).

Yusuf, A., PK., R. F., Hihayati, H. E., & Tristiana, R. D. (2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik Dalam Asuhan Keperawatan*. Mitra Wicana Media.



## **LAMPIRAN 1            STRATEGI PELAKSANAAN**

Pertemuan                                : Ke - 1  
Hari / Tanggal                            : Jumat/ 7 Mei 2021  
Nama Pasien ( Inisial)                 : Tn.S  
Ruangan                                    : Gelatik

### **A. PROSES KEPERAWATAN**

#### 1) Kondisi Pasien

Klien tenang tampak rapi mamakai baju pasien bersih dan sesuai, kooperatif dan klien mampu menjawab semua pertanyaan

#### 2) Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

#### 3) Tujuan umum

Klien mampu mendemostrasikan cara fisik 1 yaitu, latihan nafas dalam

#### 4) Tindakan Keperawatan

SP 1 : Kognitif, klien mampu:

- a. menyebutkan penyebab risiko perilaku kekerasan
- b. menyebutkan tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan

### **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

#### 1. Fase Orientasi

##### a Salam terapeutik

“Selamat pagi bapak?”, “Perkenalkan saya perawat fais , saya perawat yang bertugas di ruang Gelatik ini. Nama bapak siapa ? dan senang dipanggil apa ? “

##### b Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak saat ini ? apa masih ada perasaan marah, kesal?”

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

“Baiklah, pagi ini kita akan mengobrol mengenai perasaan marah yang saat ini bapak rasakan ”. “Mari kita membicarakan ini di sana, ada

tempat untuk duduk santai ya bapak?”. “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? bagaimana kalau 15 menit?”.

## 2. Kerja

“Apa yang menyebabkan bapak bisa marah, coba ceritakan apa yang dirasakan bapak saat marah?”, saat bapak S marah apa ada perasaan tegang, kesal, bahkan mengepalkan tangan, bapak juga merasa mondar-mandir?. “atau mungkin ada hal lain yang dirasakan?”.

“Apa ada tindakan saat bapak S sedang marah seperti, memukul,?”

“terus apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang dialami selesai. “ Apa akibat dari tindakan yang telah dilakukan di rumah ?

terus apalagi?”. dan akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa !”.

“saya ajarkan untuk latihan fisik 1 ya bapak, yaitu pada saat marah muncul, coba untuk Tarik napas dalam melalui hidung dan buang melalui mulut”

## 3. Fase Terminasi

### a. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang perasaan marah yang bapak rasakan?”

### b. Evaluasi Obyektif

“Coba bapak jelaskan lagi kenapa bapak bisa marah”

“kalau perasan marah mulai muncul, apa yang harus bapak lakukan pertama seperti yang tadi saya sudah ajarkan?”

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

“Baik, bagaimana kalau besok kita mengobrol lagi tentang akibat dari perasaan marah yang bapak rasakan?”

“dan kita akan belajar bagaimana mengatasi marah dengan latihan fisik 2”

“Dimana kita bisa mengobrol lagi bapak, bagaimana kalau disini saja bapak?”

“Berapa lama kita akan berbincang, bagaimana kalau 15 menit bapak?”

## LAMPIRAN 2

## STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke - 2  
Hari / Tanggal : Sabtu / 8 Mei 2021  
Nama Pasien ( Inisial) : Tn.S  
Ruangan : Gelatik

### A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Pasien
  - a. Klien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai sudah dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
  - b. Klien dapat mengenal penyebab marah
2. Diagnosa Keperawatan  
Resiko perilaku kekerasan
3. Tujuan Khusus
  - a. Klien mampu mengidentifikasi tanda gejala perilaku kekerasan
  - b. Klien mampu mengidentifikasi yang biasa dilakukan
  - c. Klien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marah
  - d. Klien mampu mendemonstrasikn latihan fisik 2 (pukul bantal)
4. Tindakan Keperawatan  
SP 2 : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul Kasur dan bantal)

### B. STRATEGI KOMUNIKASI

#### Orientasi

- a. Salam terapeutik  
“Selamat pagi, bapak S? masih ingat nama saya ?”
- b. Evaluasi/validasi  
“Bagaimana perasaan bapak S saat ini? apa ada penyebab marah yang lain dan belum diceritakan kemarin ?”

c. Kontrak (Topik, Waktu Tempat)

“Seperti kesepakatan kemarin, pagi ini kita akan belajar mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua”

“mau berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit?”

“kita belajar di tempat kemarin pak?”

15. Fase Kerja

“Kemarin bapak S sudah cerita penyebab marah, nah sekarang ceritakan apa yang dirasakan bapak S saat marah atau saat memukul istri ! saat bapak S marah apa muncul perasaan tegang, kesal, kemudian mengepalkan tangan? atau mungkin ada hal lain yang dirasakan ?”

“Apakah bapak S pernah melakukan tindakan lain selain memukul istri saat marah ? misalnya membanting piring memecahkan kaca, atau mungkin merusak tanaman!, lalu apakah setelah melakukan tindakan tadi (memukul istri dan marah-marah pada saat tidur kurang) masalah yang dialami selesai?, apakah bapak S tenang?”

“Apakah bapak S mengerti akibat dari tindakan yang telah dilakukan? ya istri menangis, terus apalagi? dan akhirnya dibawa ke rumah sakit jiwa!”

“kita latihan memukul bantal ya bapak, dimana kamar bapak S?”

“Nah kalau perasaan marah bapak S muncul sampai ingin memukul, bapak S harus cepat-cepat mencari bantal dan melampiaskan marah bapak S pada bantal dengan cara memukul bantal”

16. Fase Terminasi

17. Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaannya setelah menobrol tentang perasaan saat marah dan yang bisa dilakukan saat marah dan akibatnya ?”

18. Evaluasi Obyektif

“Coba bapak sebutkan kembali tindakan yang bisa dilakukan saat marah!”

“Bagus... lagi, kalau akibatnya apa ?”

h. . Rencana Tindak Lanjut

“Nah karena bapak dasnadi sudah tau tindakan yang telah dilakukan, bapak S mau belajar mengungkapkan rasa marah dengan baik? nanti perawat ajari, bagaimana, bersedia?”

d. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“Bagaimana kalau besok kita mulai belajar mengungkapkan rasa marah dengan baik bapak ?”

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

“bapak S mau berapa lama kita belajar marah yang sehat?”

O... 15 menit baiklah!

### **LAMPIRAN 3**

### **STRATEGI PELAKSANAAN**

Pertemuan : Ke - 3

Hari / Tanggal : Minggu / 9 Mei 2021

Nama Pasien ( Inisial) : Tn.S

Ruangan : Gelatik

#### **A. PROSES KEPERAWATAN**

f. Kondisi Pasien

Klien sudah mengetahui perasaan marah dan akibat tindakan yang dilakukan saat marah, klien tenang dan kooperatif.

g. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

h. Tujuan Khusus

i. Memilih cara yang konstruktif

j. Mendemonstrasikan satu cara marah yang konstruktif

k. Tindakan Keperawatan

SP 3 : membantu klien menemukan cara cara yang konstruktif dalam merespon kemarahan

#### **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

1. Orientasi

a. Salam terapeutik “Selamat pagi, bapak S?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak S saat ini?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

“pagi hari ini kita akan berlatih cara mengungkapkan marah yang sehat, benar kan bapak? “sesuai kesepakatan kemarin kita akan berlatih disana, tempat duduk kemarin, ya mas?”. “berapa lama kita membicarakan ini ?”bagaimana kalau 15 menit?”

2. Kerja

“ Menurut bapak S, bagaimana cara mengungkapkan marah yang

benar, tentunya tidak merugikan/ membahayakan orang lain ?”.....

bagus!”.” Nah sekarang akan perawat ajarkan satu persatu cara marah yang sehat, langsung saya jelaskan!”

“yang pertama kita bisa ceritakan kepada orang lain apa yang membuat kita kesal atau marah, misalnya dengan mengatakan: saya marah dengan kamu!” maka hati kita akan sedikit lega”.

“kedua dengan menarik nafas dalam saat marah/ jegkel sehingga menjadi rileks”

“yang ketiga dengan mengungkapkan marah kita dengan menggunakan kata-kata yang baik seperti : maaf anda tidak seharusnya begitu, itu membuat saya mara.”

“lalu keempat dengan mengalihkan rasa marah/jengkel kita dengan aktivitas yang menguntungkan, misalnya dengan olahraga, membersihkan alat-alat rumah tangga seperti mencuci piring sehingga energi kita menjadi berkurang dan dapat mengurangi ketegangan”

### 3. Terminasi

#### a. Evaluasi Subyektif

“bagaimana perasaannya setelah berlatih cara marah yang sehat?”

#### b. Evaluasi Obyektif

“coba ulangi lagi cara menarik nafas yang dalam yang sudah kita pelajari tadi!”bagus!”

#### c. Rencana Tindak Lanjut

“tolong bapak ,nanti dicoba lagi cara yang sudah perawat ajarkan dan jangan lupa ikuti kegiatannya di ruangan ya!”

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

“bagaimana kalau keluarga datang kita mengobrol cara marah yang sehat?”

“Dimana kita belajar marah yang sehat? O.... diruang tamu”. “mau berapa lama ?”.bagaimana kalau 30 menit saja ?”

#### LAMPIRAN 4

#### EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : Tn. S

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : Fais Bisri F.

Petunjuk :

Berilah tanda checklist (√) jika pasien mampu melakukan kemampuan di bawah ini.

No	Kemampuan	Tanggal		
		7	8	9
A	Pasien sp 1- 3			
1.	Mengidentifikasi penyebab PK	√	√	√
2.	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK	√	√	√
3.	Mengidentifikasi PK yang di lakukan	√	√	√
4.	Mengidentifikasi akibat PK	√	√	√
5.	Menyebutkan cara mengendalikan PK	√	√	√
6.	Menmbantu mempraktekkan latihan nafas dalam	√	√	√
7.	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	√	√	√
1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien	√	√	√
2.	Melatih pasien mengontrol Pk pukul bantal/kasur	√	√	√
3.	Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	√	√	√



1.	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian	√	√	√
2.	Mengontrol PK dengan cara dengan verbal meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif	√	√	√
3.	Mengajukan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	√	√	√