

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



Oleh :

**AGNANTO NURROHMAN DIEND  
NIM. 1821001**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

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



**Oleh :**

**AGNANTO NURROHMAN DIEND  
NIM. 1821001**

**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, 12 Juni 2021



**AGNANTO NURROHMAN DIEND**  
**NIM. 1821001**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : AGNANTO NURROHMAN DIEND  
NIM : 1821001  
Program Studi : D-III KEPERAWATAN  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.H Masalah  
Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan  
Diagnosa Medis Skizofrenia Hebefrenik Di Ruang  
Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi  
Jawa Timur

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.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

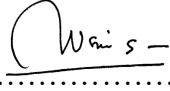

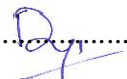
Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : AGNANTO NURROHMAN DIEND  
NIM : 1821001  
Program Studi : D-III KEPERAWATAN  
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn.H Masalah  
Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan  
Diagnosa Medis Skizofrenia Hebefrenik Di Ruang  
Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi  
Jawa Timur

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

Hari, tanggal : 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. A.V. Sri Suhardiningsih, SKp., M.Kes (.....)  
NIP.04015  
Penguji II: Hidayatus Sya'diyah, 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 : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 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, SKp., 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 Sya'diyah S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, 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



Agnanto Nurrohman Diend

## DAFTAR ISI

|  |             |
|--|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL LUAR .....</b>                                  | <b>i</b>    |
| <b>HALAMAN JUDUL DALAM .....</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 TABEL .....</b>  | <b>x</b>    |
| <b>DAFTAR GAMBAR .....</b>                                       | <b>xi</b>   |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>                                     | <b>xii</b>  |
| <b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>                                     | <b>xiii</b> |
| <br>   |             |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>   |             |
| 1.1 Latar Belakang .....   | 1           |
| 1.2 Rumusan Masalah .....  | 5           |
| 1.3 Tujuan Penulisan .....                                       | 6           |
| 1.3.1 Tujuan Umum .....  | 6           |
| 1.3.2 Tujuan Khusus .....  | 6           |
| 1.4 Manfaat Penulisan .....                                      | 7           |
| 1.4.1 Akademis.....  | 7           |
| 1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat .....      | 7           |
| 1.5 Metode Penulisan .....                                       | 8           |
| 1.5.1 Metode.....  | 8           |
| 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....                               | 9           |
| 1.5.3 Sumber Data.....   | 9           |
| 1.5.4 Studi Keputusan.....                                       | 9           |
| 1.6 Sistematika Penulisan .....                                  | 9           |
| <br>   |             |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>                                    |             |
| 2.1 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan .....                        | 11          |
| 2.1.1 Definisi Perilaku Kekerasan .....                          | 12          |
| 2.1.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan .....                    | 12          |
| 2.1.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan.....                   | 13          |
| 2.1.4 Etiologi .....   | 15          |
| 2.1.5 Proses Terjadinya Marah.....                               | 18          |
| 2.1.6 Penatalaksanaan Medis .....                                | 19          |
| 2.2 Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Resiko Perilaku Kekerasan ..... | 20          |
| 2.2.1 Pengkajian .....   | 20          |
| 2.2.2 Pohon Masalah .....  | 25          |
| 2.2.3 Diagnosa Keperawatan .....                                 | 25          |
| 2.2.4 Rencana Tindakan Keperawatan .....                         | 26          |
| 2.2.5 Implementasi Keperawatan .....                             | 31          |
| 2.2.6 Evaluasi Keperawatan .....                                 | 33          |
| 2.3 Konsep Skizofrenia .....                                     | 33          |
| 2.3.1 Definisi Skizofrenia.....                                  | 33          |



|                             |  |           |
|-----------------------------|--|-----------|
| 2.3.2                       | Etiologi Skizofrenia.....                | 34        |
| 2.3.3                       | Tanda dan Gejala Skizofrenia .....       | 35        |
| 2.3.4                       | Penggolongan Skizofrenia .....           | 36        |
| 2.3.5                       | Pengobatan Skizofrenia.....              | 39        |
| 2.4                         | Komunikasi Teerapeutik .....             | 42        |
| 2.5                         | Konsep Stress.....                       | 51        |
| 2.6                         | Kons Adaptasi                            | 59        |
| <b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b> |  |           |
| 3.1                         | Pengkajian .....                         | 65        |
| 3.1.1                       | Identitas Klien .....                    | 65        |
| 3.1.2                       | Alasan Masuk .....                       | 65        |
| 3.1.3                       | Faktor Predisposisi .....                | 65        |
| 3.1.4                       | Pemeriksaan Fisik .....                  | 66        |
| 3.1.5                       | Psikososial .....                        | 67        |
| 3.1.6                       | Status Mental .....                      | 68        |
| 3.1.7                       | Kebutuhan Persiapan Pulang .....         | 71        |
| 3.1.8                       | Mekanisme Koping .....                   | 73        |
| 3.1.9                       | Masalah Psikososial dan Lingkungan ..... | 73        |
| 3.1.10                      | Pengetahuan Kurang Tentang .....         | 74        |
| 3.1.11                      | Data Lain-lain .....                     | 74        |
| 3.1.12                      | Aspek Medik .....                        | 74        |
| 3.1.13                      | Daftar Masalah Keperawatan .....         | 75        |
| 3.1.14                      | Daftar Diagnosis Keperawatan .....       | 75        |
| 3.2                         | Pohon Masalah .....                      | 76        |
| 3.3                         | Analisa Data .....                       | 77        |
| 3.4                         | Rencana Keperawatan .....                | 78        |
| 3.5                         | Implementasi dan Evaluasi .....          | 81        |
| <b>BAB 4 PEMBAHASAN</b>     |  |           |
| 4.1                         | Pengkajian .....                         | 85        |
| 4.2                         | Diagnosa Keperawatan .....               | 87        |
| 4.3                         | Rencana Keperawatan.....                 | 87        |
| 4.4                         | Pelaksanaan .....                        | 90        |
| 4.5                         | Evaluasi .....                           | 93        |
| <b>BAB 5 PENUTUP</b>        |  |           |
| 5.1                         | Kesimpulan .....                         | 95        |
| 5.2                         | Saran .....                              | 96        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b> |  | <b>98</b> |

## DAFTAR TABEL

|   |    |
|---|----|
| Tabel 3.1 Analisa Data .....                                    | 77 |
| Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. H di Ruang Gelatik ..... | 78 |
| Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi .....                       | 81 |

## DAFTAR GAMBAR

|  |    |
|--|----|
| Gambar 2.1 Rentang Respon Marah .....                                  | 12 |
| Gambar 2.2 Pohon Masalah.....  | 25 |
| Gambar 3.1 Genogram .....  | 67 |
| Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Resiko Perilaku kekerasan ..... | 76 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|  |     |
|--|-----|
| Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....      | 100 |
| Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....      | 103 |
| Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien.....      | 106 |
| Lampiran 4 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien ..... | 108 |

## 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 Hydrargyrum  |
| No   | = Nomor                  |
| O    | = Obyektif               |

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan distorsi khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya, waham yang kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme. Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa muda. Onset pada laki-laki biasanya antara 15-25 tahun dan pada perempuan antara 25-35 tahun. Prognosis biasanya lebih buruk pada laki-laki bila dibandingkan dengan perempuan. Onset setelah umur 40 tahun jarang terjadi (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Dermawan Deden, 2013)

Menurut catatan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018), prevalensi gangguan

emosional pada penduduk berusia 15 tahun ke atas, meningkat dari 6% di tahun 2013 menjadi 9,8% di tahun 2018. Prevalensi penderita depresi di tahun 2018 sebesar 6,1%. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi bunuh diri pada penduduk berusia 15 tahun ke atas (N=722.329) sebesar 0,8% pada perempuan dan 0,6% pada laki-laki. Sementara itu prevalensi gangguan jiwa berat, skizofrenia meningkat dari 1,7% di tahun 2013 menjadi 7% di tahun 2018. Melalui pemantauan Aplikasi Keluarga Sehat pada tahun 2015, sebanyak 15,8% keluarga mempunyai penderita gangguan jiwa berat (Juniman, 2018) dikutip dalam (HIMPSI, 2020). Jumlah tersebut belum diperhitungkan dari keseluruhan penduduk Indonesia karena pada tahun 2018 baru tercatat 13 juta keluarga (HIMPSI, 2020).

Menurut Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) saat ini perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia (WHO, 2017) dikutip dalam (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019). Kasus gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 meningkat. Peningkatan ini terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Ada peningkatan jumlah menjadi 7 per mil rumah tangga, artinya per 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat. Prevalensi Rumah Tangga dengan ART Gangguan Jiwa Skizofrenia/Psikosis menurut tempat tinggal yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis lebih banyak di

perdesaan (7,0%) daripada perkotaan (6,4%) (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Survei yang telah dilakukan pada beberapa negara memiliki laju insiden per tahun skizofrenia antara 0,1 – 0,4 per 1000 populasi. Insiden yang tinggi terjadi pada kelompok sosial terutama etnis minoritas di Eropa Barat seperti komunitas Afro-Caribbean di Inggris dan imigran dari Suriname di Belanda. Prevalensi gangguan jiwa berat atau yang dikenal dengan skizofrenia terbanyak yaitu 2,7 per mil adalah DI Yogyakarta dan Aceh. Prevalensi gangguan jiwa berat penduduk Indonesia adalah 1,7 per 1000 penduduk. Prevalensi psikosis tertinggi di DI Yogyakarta dan Aceh masing – masing 2,7% sedangkan terendah di Kalimantan Barat sebesar 0,7% (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016). Berdasarkan hasil pencatatan hasil penelitian data Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada pasien rawat inap yaitu, pada tahun 2020 di temukan masalah keperawatan 5 bulan terakhir yang berjumlah 2.875 orang, dengan rician resiko perilaku kekerasan 52 %, halusinasi 25 %, harga diri rendah 8 %, defisit perawatan diri 2,3 %, isolasi sosial 10 %, sedangkan waham 1,7 %, dan resiko bunuh diri 1 % (Zahnia & Wulan Sumekar, 2016).

Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh beberapa faktor baik faktor predisposisi ataupun presipitasi yang keduanya dapat memicu terjadinya perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan terjadi karena adanya hasil akumulasi frustrasi yang berulang dan dikarenakan keinginan individu yang tidak tercapai atau bahkan gagal, sehingga individu berperilaku



agresif. Menurut Keliat (2005) ada beberapa tanda gejala terjadinya perilaku kekerasan diantaranya yaitu, bicara kasar, muka merah, otot tegang, pandangan tajam, berdebat, nada suara tinggi, memaksakan kehendak seperti merampas makanan dan memukul jika menemui hal-hal yang tidak disenangi (Suerni & PH, 2019).

Amuk adalah respon marah terhadap adanya stress, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa ketidak berdayaan, secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal, dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respon marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal. (2) menekan, dan (3) menantang. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa penyakit orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apa bila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif menantang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku destruktif dan amuk (Yusuf et al., 2014)

Penatalaksanaan keperawatan menurut Yosep (2016) dikutip dalam (Putri et al., 2018) bahwa perawat dapat mengimplementasikan berbagai cara untuk mencegah dan mengelola resiko perilaku kekerasan melalui: strategi preventif (kesadaran diri, pendidikan pasien, latihan asertif), strategi antisipatif (komunikasi, perubahan lingkungan, tindakan perilaku, psikofarmakologi), strategi pengurangan (managemen krisis, seclusion,

restrains). Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Terapeutik merupakan segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik ini dapat dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pada pasien harga diri rendah, halusinasi, defisit perawatan diri dan perilaku kekerasan. Perlu adanya hubungan saling percaya yang didasari oleh keterbukaan, memahami dan pengertian akan kebutuhan, harapan dan kepentingan masing-masing. Waktu yang paling efektif dalam melakukan komunikasi (Putri et al., 2018).

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan. Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat yang ditimbulkan. Bantu pasien mengendalikan perilaku kekerasan (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016).

Berdasarkan salah satu penelitian terdapat lima pihak yang menyebabkan penderita skizofrenia kambuh antara lain: pasien sendiri, dokter atau petugas kesehatan, penanggung jawab pasien, keluarga, dan lingkungan sekitar (Sullinger,1988 dalam Keliat, 2006). Keluarga, terutama yang menjadi caregiver memiliki tanggung jawab penting dalam proses

perawatan di rumah sakit, persiapan pulang, dan perawatan di rumah (continuum of care). Peran keluarga sebagai caregiver sangat penting dalam menangani dan mencegah gejala kekambuhan karena mereka bertanggung jawab memberikan perawatan secara langsung kepada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan dalam segala situasi (continuum of care). Daya dukung keluarga yang buruk berpengaruh pada pasien sehingga memiliki peluang 6 kali lipat mengalami kekambuhan dibandingkan keluarga yang memiliki dukungan baik (Pratama, Syahrial, & Isak, 2015).

Anggota keluarga yang berperan sebagai caregiver, tentunya mempunyai peran yang sangat sentral agar dapat merawat pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan di rumah dengan baik. Menurut beberapa penelitian ditemukan beberapa faktor caregiver yang berhubungan dengan kekambuhan pasien skizofrenia antara lain faktor pengetahuan dan dukungan (support) (Felicia, 2012), kualitas hidup (Rafiyah, 2011), dan peristiwa hidup yang penuh stress selama merawat pasien (Ingkikiriwang, 2010).

Faktor-faktor keluarga sebagai caregiver meliputi dukungan keluarga, pengetahuan keluarga tentang pengobatan skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan, peristiwa kehidupan yang penuh stres, dan kualitas hidup keluarga sebagai caregiver. Dukungan keluarga merupakan salah satu aspek yang penting dalam mencegah kekambuhan pasien. Selain dukungan keluarga, faktor pengetahuan keluarga juga merupakan salah satu

aspek yang penting dalam mencegah kekambuhan pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan.

Intervensi keperawatan selanjutnya dengan tujuan khusus pada pasien skizofrenia dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan yaitu ajarkan pada keluarga cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan rasionalnya adalah agar keluarga dapat merawat pasien. Agar memudahkan komunikasi memperkenalkan nama, nama panggilan dan tujuan dari pertemuannya, menanyakan nama pasien, menunjukkan rasa empati dan simpati jujur, menepati janji setiap interaksi, menjelaskan keluarganya pasien cara merawat pasien dengan baik dan benar, menanyakan keluarga pasien bagaimana perasaan pasien (Maslim, 2013)

## **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.H Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Hebefrenik Di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur?.”.

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.H masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya provinsi jawa timur.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan jiwa pada Tn.H masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya
2. Merumuskan diagnose asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.H masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya
3. Menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.H masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.H masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada Tn.H masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada Tn.H masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang gelatik rumah sakit jiwa menur surabaya.

### **1.3.3 Manfaat**

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

### **1.3.4 Akademis**

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

### **1.3.5 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat :**

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

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

2. Bagi peneliti

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

3. Bagi profesi kesehatan

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

## **1.4 Metode Penulisan**

### **1.4.1 Metode**

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

### **1.4.2 Teknik Pengumpulan Data**

#### 1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan tenaga kesehatan lain.

#### 2. Observasi

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

#### 3. Pemeriksaan

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

### **1.5.3 Sumber Data**

#### 1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien.

#### 2. Data sekunder

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

#### **1.5.4 Studi Kepustakaan**

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

#### **1.5 Sistematika Penulisan**

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, 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 pasien dengan diagnosa utama Resiko 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.

Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

#### **2.1 Konsep Dasar Skizofrenia**

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

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, efek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkohorensi, efek dan emosi perilaku bizar. Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak di jumpai di mana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat di identifikasikan secara jelas. Kraepelin menyebut gangguan ini sebagai dimensi precox (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016)

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respon emosional dan menarik diri dari hubungan antara pribadi normal sering kali di ikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan

penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016).

### **2.1.2 Etiologi Skizofrenia**

Manusia bereaksi secara keseluruhan—somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010) dalam (Yusuf et al., 2014) :

1. Faktor somatik (somatogenik), yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor psikologik (psikogenik), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
3. Faktor sosial budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

### 2.1.3 Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia menurut (Eka Prabowo, 2014)

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

### 2.1.4 Penggolongan Skizofrenia

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut (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, perawatan 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 demensia 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 berjalan perlahan 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 subtype 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.
9. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)
- Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan.

### **2.1.5 Pengobatan Skizofrenia**

Pengobatan Skizofrenia (Hafifah et al., 2018)

#### **1. Antipsikotik**

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

a. Anti Psikotik Generasi Pertama

Menurut Chisholm-Burns et al., 2016 dalam (Hafifah et al., 2018). Antipsikotik generasi pertama merupakan antipsikotik yang bekerja dengan cara memblokir reseptor dopamin D2. Antipsikotik ini memblokir sekitar 65% hingga 80% reseptor D2 di striatum dan saluran dopamin lain di otak.

b. Anti Psikotik Generasi Kedua

Menurut Chisholm-Burns et al., 2016 dalam (Hafifah et al., 2018). Antipsikotik generasi kedua, seperti risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidon aripiprazol, paliperidone, iloperidone, asenapine, lurasidone dan klopazin memiliki afinitas yang lebih besar terhadap reseptor serotonin daripada reseptor dopamin. Sebagian besar antipsikotik generasi kedua menyebabkan efek samping berupa kenaikan berat badan dan metabolisme lemak.

2. Rehabilitasi Psikososial

a. Terapi Kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. (Hafifah et al., 2018) Interpretasi hasil penelitian menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

b. *Social Skill Training*

(Hafifah et al., 2018) menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar



yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan oleh yang menyatakan bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penderita skizofrenia (Hafifah et al., 2018).

c. PANSS (*Positive And Negative Sindrom Scale*)

Dalam (Hafifah et al., 2018) PANSS digunakan pada pasien rawat inap skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil. Keterbatasan PANSS terletak pada hasil skor yang mungkin dipengaruhi oleh faktor lain selain intervensi yang diberikan yang dapat menyebabkan hasil skor menjadi bias.

d. LAI (*Long-Acting Injectable*)

Farmakoterapi, baik antipsikotik oral maupun LAI merupakan treatment utama dalam terapi skizofrenia. LAI disarankan untuk pasien yang memiliki tingkat kepatuhan rendah. Penelitian oleh Schreiner et al. 2017 dalam jurnal penelitian (Hafifah et al., 2018) membuktikan bahwa sebanyak 472 partisipan yang melakukan peralihan dari oral antipsikotik (aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone dan paliperidone extendedrelease) menjadi paliperidone palmitat 1x selama 1 bulan memberikan respon dan tolerabilitas

yang baik. LAI menawarkan efek terapeutik jangka panjang dengan memaksimalkan penghantaran obat, kontak obat dan jadwal pengobatan.

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

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

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu kemarahan yang diekspresikan oleh individu secara berlebihan sehingga tidak dapat dikendalikan baik secara verbal maupun non dan dapat mencederai diri, orang lain serta merusak lingkungan (Suerni & PH, 2019).

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 penyalahgunaan 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 (Yusuf et al., 2014).

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang di tandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya control yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan. (Keliat, 1991) dalam buku (Yusuf et al., 2014)

### 2.2.2 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan

Rentang respon marah menurut pada pasien resiko perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia "tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan". Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif) (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016)



**Gambar 2.1 : Rentang respon marah** (Yusuf et al., 2014)

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respon lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

### 2.2.3 Tanda dan Gejala

Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teori dan aplikasi praktik klinik (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016). Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

### 1. Fisik

- a. Muka marah 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

- a. Melempar atau memukul benda/orang lain
- b. Menyerang orang lain
- c. Melukai diri sendiri/orang lain
- d. Merusak lingkungan

e. Amuk/agresif

4. Emosi

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

5. Intelektual

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

Etiologi dari Resiko Perilaku Kekerasan dalam (Yusuf et al., 2014) yaitu :

A. Faktor predisposisi

1. Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif adalah merupakan hasil dari dorongan insting (*instinctual drives*)

2. Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan tidak tercapai dan menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

### 3. Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut :

#### a. Sistem limbik

Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta seperti perilaku makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.

#### b. Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpanan memori dan melakukan inprestasi pendengaran.

#### c. Lobus frontal

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengoloahan emosi dan alasan berpikir.

#### d. Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin (5-HT), Dopamin, Norepineprin, Acetylcholin, dan GABA.

### 4. Perilaku (*behavior*)

a. Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespon positif terhadap frustasi.

b. Penekanan emosi berlebihan (*over rejection*) pada anak-anak atau godaan (*seduction*) orang tua memengaruhi (*trust*) dan percaya diri (*self sistem*) individu.

- c. Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (*child abuse*) atau mengabsorvasi kekerasan dalam keluarga mempegaruhi penggunaan kekerasan sebagai koping.

Teori belajar sosial mengatakan bahwa perilaku kekerasan adalah hasil belajar dari proses sosialisasi dari internal dan eksternal yakni sebagai berikut:

- a. Internal : penguatan yang diterima ketika melakukan kekerasan.
- b. Eksternal : observasi panutan (*role model*) seperti orang tua, kelompok, saudara, figur olahragawan atau artis serta media elektronik (berita kekerasan, perang, olahraga keras).

## 5. Sosial kultural

- a. Norma

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan saksi. Kadang kontrol sosial yang sangat ketat (*strict*) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan menyebabkan individu memilih cara yang maladatif lainnya.

- b. Budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk besrespon terhadap marah yang sehat.

Faktor yang dapat menyebabkan timbulnya agresivitas atau perilaku kekerasan yang maladaptif antara lain sebagai berikut.

- a. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup.

- b. Status dalam perkawinan.
- c. Hasil dari orang tua tunggal (*single parent*).
- d. Pengangguran.
- e. Ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal dan struktur keluarga dalam sosial kultural.

#### B. Faktor Prespitasi

Semua faktor ancaman antara lain sebagai berikut :

1. Internal
  - a. Kelemahan.
  - b. Rasa percaya menurun.
  - c. Takut sakit.
  - d. Hilang kontrol.
2. Eksternal
  - a. Penganiayaan fisik.
  - b. Kehilangan orang yang di cintai.
  - c. Kritik

Menurut Afnuhazi (2015) dalam (Putri et al., 2018) faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari pasien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, dan kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan



kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. Rentang respon kemarahan dari perilaku kekerasan dapat di gambarkan sebagai berikut, asertif, frustasi, pasif, agresif, dan mengamuk (Putri et al., 2018)

### **2.2.5 Proses Terjadinya Marah**

Amuk merupakan respon kemarahan yang paling madalatif yang di tandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat di sertai hilangnya control yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Amuk adalah respon marah terhadap adanya stres, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan (Yusuf et al., 2014).

Respon marah dapat di ekspresikan secara internal atau eksternal secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respon marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang (Yusuf et al., 2014).

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stresor yang di hadapi oleh seseorang, yang di tunjukan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik diri sendiri maupun orang lain, secara verbal maupun non verbal, bersetujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis (Berkowits, 2000). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang di ekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016)

### **2.2.6 Penatalaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan**

1. Farmakoterapi
  - a. Respiredon
  - b. Clozapine
2. Terapi Kelompok

Pemberian terapi kelompok suportif berdampak respon perilaku yang cukup besar. Terapi kelompok suportif merupakan salah satu jenis terapi kelompok untuk merubah perilaku, perubahan perilaku dilatih melalui tahapan - tahapan tertentu sehingga perubahan perilaku yang diharapkan akan lebih mudah dilakukan pasien. Gambaran perilaku yang akan dipelajari, mempelajari perilaku baru melalui petunjuk dan demonstrasi, role play yaitu mempraktekkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik dan mengaplikasikan perilaku baru dalam situasi nyata. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Miller dan Harsen (1997) menyatakan bahwa perubahan perilaku yang baik dapat dilakukan dengan tehnik asertif (Eni Hidayati, 2012)

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

#### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian menurut (Dermawan Deden, 2013)

1. Faktor predisposisi

Faktor-faktor mendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah faktor biologis, psikologis dan sosial kultural.

- a. Faktor biologis

- 1) *Instinctual Drive Theory* (Teori Dorong Naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan di sebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang sangat kuat.

2) *Psychomatic Theory* (Teori Psikomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun di lingkungan. Dalam hal ini sistem limbik berperan sebagai pusat untuk mengeskpresikan maupun menghambat rasa marah.

b. Faktor psikologis

1) *Frustration Anggression Theory* (Teori Agresif Frustrasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk untuk mencapai suatu gagal atau menghambat. Keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

2) *Behavior theory* (Teori Perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat di capai apabila tersedia fasilitas / situasi yang mendukung.

3) *Ekstensial Theory* (Teori Ekstensial)

Bertingkah laku adalah kebutuhan dasar manusia, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat terpenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka individu akan menemuinya melalui berperilaku destruktif.

c. Faktor sosial kultural

1) *Social Environment Theory* (Teori Lingkungan Sosial)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individual mengepresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

2) *Social Learning Theory* (Teori Belajar Sosial)

Perilaku kekerasan dapat di pelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

2. Faktor Prespitasi

Stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stresor tersebut dapat disebabkan dari luar (serangan fisik, kehilangan, rasa cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain) maupun dala (putus hubungan denga orang yang berarti, kehilangan cinta, takut terhadap penyakit fisik dan lain-lain). Selain itu lingkungan yang terlalu ribut, padat, kritikan, yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

3. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping pasien sehingga dapat membantu pasien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengepresikan marahnya. Mekanisme koping yang konstruktif dalam mengepresikan marahnya. Mekanisme koping yang digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti "displacement" proyeksi, presepsi, denial dan reaksi formasi.

#### 4. Perilaku

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan :

a. Menyerang atau menghindar (*fight or flight*)

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi ephineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi Hcl meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat di sertai ketegangan otot, seperti rahang terkatup, tangan di kepala, tubuh menjadi kaku, disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara asertif (*Assertiveness*)

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk mengembangkan diri pasien.

c. Memberontak (*Acting Out*)

Perilaku yang muncul biasanya di sertai kekerasan akibat konflik perilaku “*Acting Out*” untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang di tunjukkan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Menurut (Sri Atun, 2018), terdapat data mayor dan minor yang akan terjadi pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

### 1. Data Mayor

#### a. Subyektif

- 1) Mengancam
- 2) Mengumpat dengan kata-kata kasar
- 3) Bicara keras dan kasar

#### b. Obyektif

- 1) Agitasi
- 2) Meninjau
- 3) Menusuk/melukai dengan senjata tajam
- 4) Memukul kepala sendiri
- 5) Membentur-benturkan kepala ke dinding
- 6) Membanting
- 7) Melempar
- 8) Mendobrak pintu
- 9) Merusak alat tenun
- 10) Berteriak-teriak

### 2. Data Minor

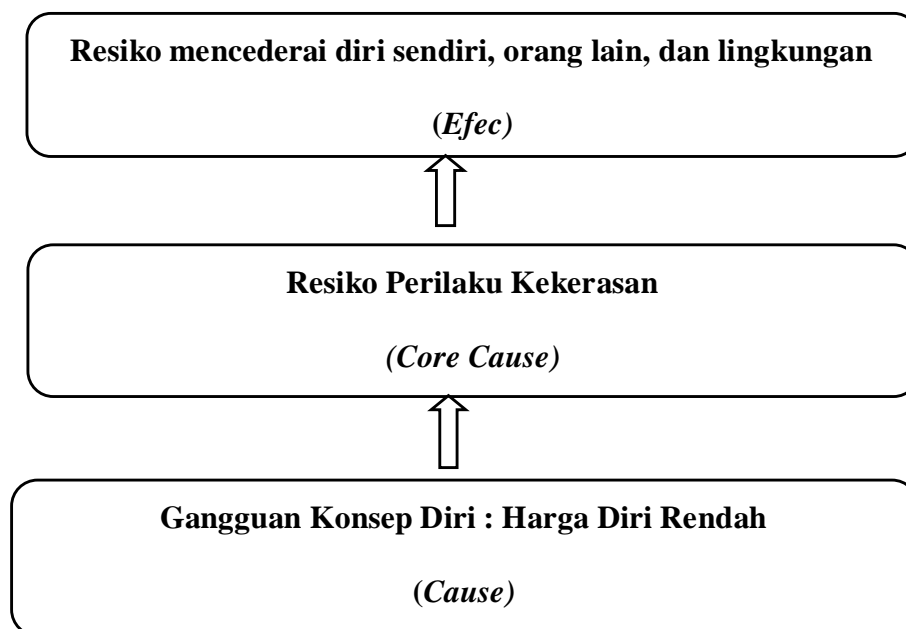
#### a. Subyektif

- 1) Mengatakan ada yang mengecek, mengancam
- 2) Mendengar ada suara yang menjelekkkan
- 3) Merasa orang lain mengancam dirinya
- 4) Mengeluh kesal dan marah dengan orang lain

b. Obyektif

- 1) Menjauh dari orang lain
- 2) Katatonia
- 3) Muka tegang
- 4) Mata melotot
- 5) Mondar-mandir

**2.3.2 Pohon Masalah**



**Gambar 2.3 : Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan**

**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 dapat dilakukan dengan (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016) :

##### 1. Tujuan Umum

Pasien dapat melanjutkan hubungan peran sesuai dengan tanggung jawab

##### 2. Tujuan Khusus

a. TUK 1 : Pasien dapat membina hubungan saling percaya

###### 1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Pasien mau membalas salam
- b.) Klien mau berjabat tangan
- c.) Pasien mau menyebutkan nama
- d.) Pasien mau kontak mata
- e.) Pasien mau mengetahui nama perawat
- f.) Pasien mau menyediakan waktu untuk kontak

###### 2.) Intervensi

- a.) Beri salam dan panggil nama pasien
- b.) Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan
- c.) Jelaskan maksud hubungan interaksi
- d.) Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat
- e.) Beri rasa aman dan sikap empati
- f.) Lakukan kontak singkat tapi sering



- b. TUK 2 : Pasien dapat mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan
  - 1.) Kriteria Evauasi
    - a.) Pasien dapat mengungkapkan perasaannya
    - b.) Pasien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan)
  - 2.) Intervensi
    - a.) Beri kesempatan mengungkapkan perasaannya
    - b.) Bantu pasien mengungkap perasaannya
- c. TUK 3 : pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku
  - 1.) Kriteria Evaluasi
    - a.) Pasien dapat mengungkapkan perasaan saat marah ataaau jengkel
    - b.) Pasien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami
  - 2.) Intervensi
    - a.) Anjurkan pasien mengungkapkan yang dialami saat marah/jengkel
    - b.) Observasi tanda-tanda resiko perilaku kekerasan pada pasien
    - c.) Simpulkan bersama pasien tanda-tanda pasien saat jengkel/marah yang dialami

d. TUK 4 : Pasien dapat mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

1.) Kriteria Evaluasi

a.) Pasien dapat mengungkapkan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan

b.) Pasien dapat bermain peran dengan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan

c.) Pasien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyelesaikan masalah atau tidak

2.) Intervensi

a.) Anjurkan pasien mengungkapkan resiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien

b.) Bantu pasien dapat bermain peran dengan resiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

c.) Bicarakan dengan pasien apakah dengan cara yang pasien lakukan masalahnya selesai

e. TUK 5 : Pasien dapat mengidentifikasi akibat resiko perilaku kekerasan

1.) Kriteria Evaluasi

a.) Pasien dapat mengungkapkan akibat dari cara yang dilakukan pasien

## 2.) Intervensi

- a.) Bicarakan akibat kerugian dari cara yang dilakukan pasien
- b.) Bersama pasien menyimpulkan akibat cara yang dilakukan oleh pasien
- c.) Tanyakan pada pasien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat

f. TUK 6 : Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan secara konstruktif

## 1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Pasien dapat melakukan cara berespn terhadap kemarahan secara konstruktif

## 2.) Intervensi

- a.) Tanyakan pada pasien apakah ingin mempelajari car baru
- b.) Beri pujian jika pasien menemukan cara yang sehat
- c.) Diskusikan dengan pasien mengenai cara lain

g. TUK 7 : Pasien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan

## 1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Pasien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan
  - Fisik : olahraga dan menyiram tanaman
  - Verbal : mengatakan secara langsung dan tidak menyakiti
  - Spiritual : sembahyang, berdoa/ibadah yang lain

## 2.) Intervensi

- a.) Bantu pasien memilih cara yang tepat untuk pasien

- b.) Bantu pasien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
  - c.) Bantu pasien menstimulasi cara tersebut
  - d.) Berikan *reinforcement* positif atas keberhasilan pasien menstimulasi cara tersebut
  - e.) Anjurkan pasien menggunakan cara yang telah dipilihnya jika dia sedang kesal/jengkel
- h. TUK 8 : Pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol resiko perilaku kekerasan
- 1.) Kriteria Evaluasi
    - a.) Keluarga pasien dapat menyebutkan cara merawat pasien yang resiko berperilaku kekerasan
    - b.) Keluarga pasien merasa puas dalam merawat pasien
  - 2.) Intervensi
    - a.) Identifikasi kemampuan keluarga merawat pasien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap pasien selama ini
    - b.) Jelaskan peran serta keluarga dalam perawatan pasien
    - c.) Jelaskan cara merawat pasien
    - d.) Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat pasien
    - e.) Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi
- i. TUK 9 : Pasien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program pengobatan)
- 1.) Kriteria Evaluasi

- a.) Pasien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya
  - b.) Pasien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan
- 2.) Intervensi
- a.) Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum pasien
  - b.) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa izin dokter

### **2.3.5 Implementasi Keperawatan**

Menurut (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016). 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 resiko perilaku kekerasan
  - 2.) Mengidentifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan
  - 3.) Mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan yang dilakukan
  - 4.) Mengidentifikasi akibat resiko perilaku kekerasan
  - 5.) Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan
  - 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 resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik
    - 2 : pukul bantal/Kasur
  - 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

## c. SP 3

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Melatih pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan 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 resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- 3.) Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

## e. SP 5

- 1.) Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- 2.) Menjelaskan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan 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 resiko perilaku kekerasan, tanda dan gejala, serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan
- 3.) Menjelaskan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan

## b. SP 2

- 1.) Melatih keluarga mempratekkan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan
  - 2.) Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien resiko perilaku kekerasan
- 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 resiko perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari resiko perilaku kekerasan yang dilakukan.
2. Pasien diharapkan mampu menggunakan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi :
  - a. Secara fisik
  - b. Secara sosial/verbal
  - c. Secara spiritual

## **2.4 Komunikasi Terapeutik**

### **2.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Mulyana, 2000) komunikasi therapeutik termasuk komunikasi interpersonal yaitu komunikasi antara orang-orang secara tatap muka yang memungkinkan setiap peserta nya mengangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal dan non-verbal Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara

perawat – klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien. Maksud komunikasi adalah mempengaruhi perilaku orang lain (Mundakir, 2016)

Komunikasi adalah berhubungan. Hubungan perawat – klien yang terapeutik tidak mungkin dicapai tanpa komunikasi. Hubungan terapeutik sebagai pengalaman belajar baik bagi klien maupun perawat yang diidentifikasi dalam empat tindakan yang harus di ambil antara perawat – klien, yaitu:

- a. tindakan diawali perawat
- b. respon reaksi dari klien
- c. interaksi dimana perawat dan klien mengkaji kebutuhan klien dan tujuan
- d. transaksi dimana hubungan timbale balik pada akhirnya dibangun untuk mencapai tujuan hubungan

#### **2.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik dilaksanakan dengan tujuan (Mundakir, 2016) :

1. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya



3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan
4. Mempererat hubungan atau interaksi antara klien dengan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional dan proporsional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien

### **2.4.3 Prinsip Komunikasi Terapeutik**

Untuk mengetahui apakah komunikasi yang dilakukan tersebut bersifat terapeutik atau tidak, maka dapat dilihat apakah komunikasi tersebut sesuai dengan prinsip-prinsip berikut ini (Mundakir, 2016) :

1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai
3. Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh pasien
4. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental
5. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap maupun tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi
6. Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi

7. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya
8. Memahami betul arti simpati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati yang bukan tindakan terapeutik.
9. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik
10. Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik, mental, sosial, spiritual dan gaya hidup
11. Disarankan untuk mengekspresikan perasaan yang dianggap mengganggu
12. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut
13. Altruisme, mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
14. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia
15. Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap dirinya atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain tentang apa yang di komunikasikan

#### **2.4.4 Fungsi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik yang terjadi antara perawat dan klien memiliki beberapa fungsi yaitu (Mundakir, 2016) :

1. Mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien
2. Melalui komunikasi perawat dapat mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi, dan mengkaji masalah, serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan
3. Komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku dan membantu pasien dalam mengatasi masalah yang dihadapi
4. Pada tahap preventif dapat mencegah adanya tindakan yang negative terhadap diri pasien.

#### **2.4.5 Tahapan Kerja Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Prasanti, 2017) tahapan komunikasi terapeutik yaitu:

1. Tahap Persiapan/Pra-Interaksi

Pada tahap pra-interaksi, perawat sebagai komunikator yang melaksanakan komunikasi terapeutik mempersiapkan dirinya untuk bertemu dengan klien atau pasien. Sebelum bertemu pasien, perawat haruslah mengetahui beberapa informasi mengenai pasien, baik berupa nama, umur, jenis kelamin, keluhan penyakit, dan sebagainya. Apabila perawat telah dapat mempersiapkan diri dengan baik sebelum bertemu dengan pasien, maka ia akan bisa menyesuaikan cara yang paling tepat dalam menyampaikan komunikasi terapeutik kepada pasien, sehingga pasien dapat dengan nyaman berkomunikasi dengan perawat. Tugas utama perawat dalam tahap ini antara lain:

1. Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan diri.
  2. Menganalisis kekuatan profesional diri dan keterbatasan
  3. Mengumpulkan data tentang klien (jika mungkin)
  4. Merencanakan untuk pertemuan pertama dengan klien
2. Tahap perkenalan dilaksanakan

Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan pasien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah tahap perkenalan/orientasi memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan pasien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu. Tahap perkenalan/orientasi adalah ketika perawat bertemu dengan pasien. Persiapan yang dilakukan perawat pada tahap pra-interaksi diaplikasikan pada tahap ini. Sangat penting bagi perawat untuk melaksanakan tahapan ini dengan baik karena tahapan ini merupakan dasar bagi hubungan terapeutik antara perawat dan pasien. Tugas utama perawat dalam tahap ini, antara lain:

1. Mengidentifikasi mengapa klien mencari bantuan
2. Menyediakan kepercayaan, penerimaan dan komunikasi terbuka
3. Membuat kontrak timbal balik
4. Mengeksplorasi perasaan klien, pikiran dan tindakan
5. Mengidentifikasi masalah klien
6. Mendefinisikan tujuan dengan klien

### 3. Tahap Kerja

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena di dalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisis respons ataupun pesan komunikasi verbal dan nonverbal yang disampaikan oleh pasien. Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya. Tugas utama perawat pada tahap kerja, adalah:

1. Mengeksplorasi stressor yang sesuai / relevan
2. Mendorong perkembangan insight klien dan penggunaan mekanisme koping konstruktif
3. Menangani tingkah laku yang dipertahankan oleh klien / resistance

### 4. Tahap Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan pasien. Tahap terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien, setelah hal ini dilakukan perawat dan pasien masih akan bertemu kembali pada waktu yang

berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan. Tugas utama perawat dalam tahapan terminasi adalah:

1. Menyediakan realitas perpisahan
2. Melihat kembali kemajuan dari terapi dan pencapaian tujuan
3. Saling mengeksplorasi perasaan adanya penolakan, kehilangan, sedih dan marah serta tingkah laku yang berkaitan

#### **2.4.6 Teknik Komunikasi Terapeutik Dengan Pasien Gangguan Jiwa**

Menurut (Sarfika et al., 2018) ada beberapa teknik yang dapat dilakukan dalam berkomunikasi dengan klien gangguan jiwa, yaitu:

1. Pada klien halusinasi, perbanyak aktivitas komunikasi, baik meminta klien berkomunikasi dengan klien lain ataupun dengan perawat
2. Pada klien harga diri rendah, harus banyak diberikan reinforcement positif
3. Pada klien menarik diri, sering libatkan klien dalam aktifitas atau kegiatan yang bersama-sama
4. Pada klien dengan perilaku kekerasan, reduksi kemarahan klien dengan terapi farmakologi, setelah tenang baru dapat diajak untuk berkomunikasi.

Beberapa komponen yang harus diperhatikan dalam berkomunikasi dengan klien gangguan jiwa, yaitu:

1. Support system. Dukungan dari orang lain atau keluarga
2. Mekanisme koping. Merupakan cara seseorang berespon terhadap stressor
3. Harga diri. Merupakan pandangan individu terhadap dirinya
4. Ideal diri. Bagaimana cara seseorang melihat dirinya dan bagaimana dia seharusnya
5. Gambaran diri. Apakah klien menerima dirinya seutuhnya beserta kelebihan dan kekurangannya
6. Tumbuh kembang. Trauma masa lalu akan mempengaruhi kesehatan jiwa masa sekarang.
7. Pola asuh. Kesalahan dalam mengasuh anak dapat mempengaruhi psikologis anak
8. Genetika. Gangguan jiwa dapat diturunkan secara genetis, bahkan pada saudara kembar.
9. Lingkungan. Lingkungan yang buruk merupakan salah satu pemicu munculnya gangguan jiwa
10. Penyalahgunaan zat. Penyalahgunaan zat memicu terjadi depresi susunan saraf pusat, perubahan pada neurotransmitter
11. Perawatan diri. Perawatan diri yang buruk dapat memicu muncul perasaan minder
12. Kesehatan fisik. Gangguan pada sistem saraf dapat merubah fungsi neurologis.

## **2.5 Konsep Dasar Stress**

### **2.5.1 Pengertian Stress**

Stres adalah segala situasi di mana tuntutan non-spesifik mengharuskan seorang individu untuk merespon atau melakukan tindakan (Selye, 1976). Merupakan respons tubuh yang bersifat tidak spesifik terhadap setiap tuntutan atau beban atasnya. Berdasarkan pengertian tersebut dapat dikatakan stres apabila seseorang mengalami beban atau tugas yang berat tetapi orang tersebut tidak dapat mengatasi tugas yang dibebankan itu, maka tubuh akan berespons dengan tidak mampu terhadap tugas tersebut, sehingga orang tersebut dapat mengalami stres. Sebaliknya apabila seseorang yang dengan beban tugas yang berat tetapi mampu mengatasi beban dengan tubuh berespons dengan baik, maka orang itu tidak mengalami stress(Hernida Dwi Lestari, 2016)

Stres biasanya dipersepsikan sebagai suatu yang negatif padahal tidak. Terjadinya stres dapat disebabkan oleh sesuatu yang dinamakan stresor. Bentuk stresor ini dapat dari lingkungan, kondisi dirinya serta pikiran (Hernida Dwi Lestari, 2016)

### **2.5.2 Macam-Macam Stress**

Ditinjau dari penyebabnya, maka stres dibagi menjadi tujuh macam, diantaranya :

#### **1. Stres fisik**

Stres yang disebabkan karena adanya keadaan fisik seperti karena temperatur yang tinggi atau yang sangat rendah, suara yang bising, sinar matahari atau karena tegangan arus listrik



## 2. Stres kimiawi

Stres ini karena disebabkan zat kimia seperti obat-obatan, zat beracun, asam basa, faktor hormone, atau gas dan prinsipnya karena pengaruh senyawa kimia

## 3. Stres mikrobiologik

Stres ini disebabkan karena kuman seperti virus, bakteri atau parasit.

## 4. Stres fisiologik

Stres yang disebabkan karena gangguan fungsi organ tubuh diantaranya gangguan dari struktur tubuh, fungsi jaringan, organ dan lain-lain

## 5. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan

Stres yang disebabkan karena proses pertumbuhan dan perkembangan seperti pada pubertas, perkawinan dan proses lanjut usia.

## 6. Stres psikis atau emosional

Stres yang disebabkan Karena gangguan situasi psikologis atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri seperti hubungan interpersonal, sosial budaya atau faktor keagamaan

### **2.5.3 Sumber Stressor**

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

Sumber stressor lain adalah diri sendiri yang dapat berupa perubahan fisiologis dalam tubuh, seperti adanya operasi, obat-obatan atau lainnya. Sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya.

#### **2.5.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Respon Terhadap Stress**

Respons terhadap stressor yang diberikan setiap individu akan berbeda berdasarkan faktor yang akan mempengaruhi dari stressor tersebut, dan coping yang dimiliki individu, diantara stressor yang dapat mempengaruhi respons tubuh antara lain :

a. Sifat stressor

Sifat stressor ini dapat berupa secara tiba-tiba atau berangsur-angsur, sifat ini pada setiap individu dapat berbeda tergantung dari pemahaman tentang arti stressor.

b. Durasi stressor

Lamanya stressor yang dialami individu akan mempengaruhi respons tubuh

c. Jumlah stressor

Jumlah stressor yang dialami individu dapat menentukan respons tubuh. Semakin banyak stressor yang dialami individu maka semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh dan juga sebaliknya.

d. Pengalaman masa lalu

Semakin banyak stressor dan pengalaman yang dialami dan mampu menghadapinya, maka semakin baik dalam mengatasinya sehingga kemampuan adaptifnya akan semakin baik pula.

e. Tipe kepribadian

Apabila seseorang memiliki tipe kepribadian A, maka lebih rentan terkena stres dibandingkan dengan tipe kepribadian B. Tipe kepribadian A memiliki ciri ambisius, agresif, kompetitif, kurang sabar, mudah tegang, mudah marah, mudah tersinggung, bicara cepat, bekerja tidak kenal waktu, sedangkan tipe kepribadian B memiliki ciri tidak agresif, penyabar, senang, tidak mudah marah dan tersinggung, kerjasama, cara kerja tidak tergesa-gesa, mudah bergaul.

f. Tingkat perkembangan

Tingkat perkembangan pada individu ini juga dapat mempengaruhi respons tubuh dimana semakin matang dalam perkembangannya, maka semakin baik pula kemampuan mengatasi stres

### 2.5.5 Tahapan Stress

Gejala-gejala stress pada diri seseorang seringkali tidak disadari karena perjalanan awal tahapan stress timbul secara lambat dan baru dirasakan bilamana tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di tempat kerja ataupun pergaulan lingkungan sosialnya. Dr. Robert J. An Amberg (1979) dalam penelitiannya terdapat dalam Hawari (2001) membagi tahapan-tahapan stress sebagai berikut (Hernida Dwi Lestari, 2016):

1. Stress tahap I

Tahapan ini merupakan tahapan stress yang paling ringan dan biasanya disertai dengan perasaan-perasaan sebagai berikut :

- a) Semangat bekerja besar, berlebihan (over acting);
- b) Penglihatan “tajam” tidak sebagaimana biasanya;

- c) Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya, namun tanpa disadari cadangan energi semakin menipis

## 2. Stress tahap II

Dalam tahapan ini dampak stress yang semula “menyenangkan” sebagaimana diuraikan pada tahap I di atas mulai menghilang, dan timbul keluhan-keluhan yang disebabkan karena cadangan energi yang tidak lagi cukup sepanjang hari, karena tidak cukup waktu untuk beristirahat. Istirahat yang dimaksud antara lain dengan tidur yang cukup, bermanfaat untuk mengisi atau memulihkan cadangan energi yang mengalami defisit.

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang yang berada pada stress tahap II adalah sebagai berikut :

- a. Merasa letih sewaktu bangun pagi yang seharusnya merasa segar.
- b. Merasa mudah lelah sesudah makan siang.
- c. Lemas merasa capai menjelang sore hari.
- d. Sering mengeluh lambung/perut tidak nyaman (bowel discomfort).
- e. Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar).
- f. Otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang.
- g. Tidak bisa santai.

## 3. Stress Tahap III

Apabila seseorang tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan pada stress tahap II, maka akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu, yaitu:

- a) Merasa letih sewaktu bangun pagi yang seharusnya merasa segar;
- b) Merasa mudah lelah sesudah makan siang;

- c) Lekas merasa capai menjelang sore hari;
- d) Sering mengeluh lambung/perut tidak nyaman (bowel discomfort);
- e) Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar);
- f) Otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang;
- g) Tidak bisa santai.

#### 4. Stress Tahap IV

Apabila seseorang tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan pada stress tahap II, maka akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu, yaitu:

- a. Gangguan lambung dan usus semakin nyata; misalnya keluhan “maag”(gastritis), buang air besar tidak teratur (diare);
- b. Ketegangan otot-otot semakin terasa;
- c. Perasaan ketidaktenangan dan ketegangan emosional semakin meningkat;
- d. Gangguan pola tidur (insomnia), misalnya sukar untuk mulai masuk tidur (early insomnia), atau terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur (middle insomnia), atau bangun terlalu pagi atau dini hari dan tidak dapat kembali tidur (Late insomnia);
- e. Koordinasi tubuh terganggu (badan terasa oyong dan serasa mau pingsan).
- f. Pada tahapan ini seseorang sudah harus berkonsultasi pada dokter untuk memperoleh terapi, atau bisa juga beban stres hendaknya dikurangi dan tubuh memperoleh kesempatan untuk beristirahat guna menambah suplai energi yang mengalami deficit.

## 5. Stress Tahap V

Gejala stress tahap IV, akan muncul yang ditandai dengan hal-hal sebagai berikut :

- a. Merasa sulit untuk bertahan sepanjang hari
- b. Aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit
- c. Yang semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespons secara memadai (adequate)
- d. Ketidakmampuan untuk melaksanakan kegiatan rutin sehari-hari
- e. Gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan
- f. Seringkali menolak ajakan (negativism) karena tidak ada semangat dan tidak ada kegairahan
- g. Daya konsentrasi dan daya ingat menurun
- h. Timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.

## 6. Stres Tahap VI

Bila keadaan berlanjut, maka seseorang itu akan jatuh dalam stress tahap V, yang ditandai dengan hal-hal sebagai berikut:

- a. Kelelahan fisik dan mental yang semakin mendalam (physical dan psychological exhaustion)
- b. Ketidakmampuan untuk menyelesaikan pekerjaan sehari-hari yang ringan dan sederhana
- c. Gangguan sistem pencernaan semakin berat (gastrointestinal disorder)

- d. Timbul perasaan ketakutan, kecemasan yang semakin meningkat, mudah bingung dan panik

## 7. Stres Tahap VII

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks, seseorang mengalami serangan panik (panic attack) dan perasaan takut mati. Tidak jarang orang yang mengalami stress tahap VI ini berulang dibawa ke Unit Gawat Darurat bahkan ICCU, meskipun pada akhirnya dipulangkan karena tidak ditemukan kelainan fisik organ tubuh. Gambaran stres tahap VI ini adalah sebagai berikut:

- a) Debaran jantung amat keras
- b) Susah bernapas (sesak dan megap-megap)
- c) Sekujur badan terasa gemetar, dingin dan keringat bercucuran
- d) Ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan
- e) Pingsan atau kolaps (collapse)

Bila dikaji maka keluhan atau gejala sebagaimana digambarkan di atas lebih didominasi oleh keluhan-keluhan fisik yang disebabkan oleh gangguan faal (fungsional) organ tubuh, sebagai akibat stressor psikososial yang melebihi kemampuan seseorang untuk mengatasinya

### 2.5.6 Cara Mengendalikan Stress

Stres dapat menimbulkan masalah yang merugikan individu sehingga diperlukan beberapa cara untuk mengendalikannya. Ada beberapa kiat untuk mengendalikan stres menurut Brecht (2000), yaitu :

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

- b. Kendalikan faktor-faktor penyebab stres dengan cara mengasah :
- c. Perhatikan diri sendiri, proses interpersonal dan interaktif, serta lingkungan.
- d. Kembangkan sikap efisien
- e. Lakukan relaksasi (teknik nafas dalam)
- f. Lakukan visualisasi (angan-angan terarah)

## **2.6 Konsep Dasar Adaptasi**

### **2.6.1 Pengertian Adaptasi**

Manusia dalam merespon sesuatu, baik langsung maupun tidak langsung, baik adekuat maupun tidak adekuat, pada hakikatnya bermaksud mengadakan adjustment (penyesuaian diri) guna mencapai integrasi dan keseimbangan (ekuilibrium). adaptasi memiliki beberapa definisi yang diungkap para ahli. Gerungan (1996) menyebutkan bahwa adaptasi adalah mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan, serta juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan diri (keinginan diri).

Individu yang mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan bersifat pasif (autoplastis), misalnya seorang bidan desa harus dapat menyesuaikan diri dengan norma dan nilai yang dianut masyarakat desa tempat ia bertugas. Sebaliknya, individu yang mengubah lingkungan sesuai dengan keinginan diri bersifat aktif (alloplastis), misalnya seorang bidan desa ingin mengubah perilaku ibu-ibu di desa untuk menyusui bayi sesuai dengan panduan manajemen laktasi.

Adaptasi merupakan pertahanan yang didapat sejak lahir atau diperoleh karena belajar dari pengalaman untuk mengatasi stress dan mengurangi atau menetralkan pengaruhnya. Adaptasi adalah suatu cara penyesuaian yang berorientasi pada tugas (task oriented) (Hernida Dwi Lestari, 2016)



## 2.6.2 Macam-Macam Adaptasi

Adaptasi ini merupakan proses penyesuaian tubuh secara alamiah atau secara fisiologis untuk mempertahankan keseimbangan dari berbagai faktor yang menimbulkan atau mempengaruhi keadaan menjadi tidak seimbang, contohnya masuknya kuman penyakit, maka secara fisiologis tubuh berusaha untuk mempertahankan baik dari pintu masuknya kuman atau sudah masuk dalam tubuh.

Proses Adaptasi dapat dibedakan menjadi beberapa macam antara lain :

a. Adaptasi secara fisiologis

Adaptasi fisiologis dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

1) LAS (local Adaptation Syndrom)

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

2) GAS (General Adaptation Syndrom)

Bila reaksi lokal tidak dapat diatasi dapat menyebabkan gangguan secara sistemik tubuh akan melakukan proses penyesuaian seperti panas seluruh tubuh, berkeringat dan lain-lain. Pada adaptasi fisiologis, melalui tiga tahap yaitu tahap alarm reaction, tahap resistensi dan tahap akhir, yaitu :

a) Tahan alarm reaction

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses adaptasi, dimana individu siap untuk menghadapi stressor yang akan masuk kedalam tubuh. Tahap ini dapat diawali dengan kesiagaan (flight or flight), dimana terjadi perubahan fisiologis yaitu pengeluaran hormon oleh

hipotalamus yang dapat menyebabkan kelenjar adrenal mengeluarkan adrenalin yang dapat meningkatkan denyut jantung dan menyebabkan pernafasan menjadi cepat dan dangkal, kemudian hipotalamus juga dapat melepaskan hormon ACTH (adrenokortikotropik) yang dapat merangsang adrenal untuk mengeluarkan kortikoid yang akan mempengaruhi berbagai fungsi tubuh, penilai respons tubuh terhadap stressor mengalami kegagalan, tubuh akan melakukan countershock untuk mengatasinya.

b) Tahap resistensi (stage of resistance)

Merupakan tahap kedua dari fase adaptasi secara umum dimana tubuh akan melakukan proses penyesuaian dengan mengadakan berbagai perubahan dalam tubuh yang berusaha untuk mengatasi stressor yang ada, seperti jantung bekerja lebih keras untuk mendorong darah yang pekat untuk melewati arteri dan vena yang menyempit.

c) Tahap akhir (stage of exhaustion)

Tahap ini ditandai dengan adanya kelelahan, apabila selama proses adaptasi tidak mampu mengatasi stressor yang ada, maka dapat menyebar ke seluruh tubuh.

b. Adaptasi Psikologis

Merupakan proses penyesuaian secara psikologis akibat stressor yang ada, dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi atau bertahan dari serangan-serangan atau hal-hal yang tidak menyenangkan.

Dalam proses adaptasi secara psikologis terdapat dua cara untuk mempertahankan diri dari berbagai stressor yaitu:

1) Task Oriented reaction (reaksi berorientasi pada tugas)

Reaksi ini merupakan coping yang digunakan dalam mengatasi masalah dengan berorientasi pada proses penyelesaian masalah, meliputi afektif (perasaan), kognitif (pengetahuan, dan psikomotor (keterampilan). Reaksi ini dapat dilakukan seperti : berbicara dengan orang lain tentang masalah yang dihadapi untuk dicari jalan keluarnya, mencari tahu lebih banyak tentang keadaan yang dihadapi melalui buku bacaan, ataupun orang ahli atau juga dapat berhubungan dengan kekuatan supra natural, melakukan latihanlatihan yang dapat mengurangi stres serta membuat alternatif pemecahan masalah dengan menggunakan strategi prioritas masalah.

2) Ego Oriented reaction (reaksi berorientasi pada ego)

Reaksi ini dikenal dengan mekanisme pertahanan diri secara psikologis agar tidak mengganggu psikologis yang lebih dalam.

Diantara mekanisme pertahanan diri yang dapat digunakan untuk melakukan proses adaptasi psikologis antara lain :

a. Rasionalisasi

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

b. Displacement

Mengalihkan emosi, arti simbolik, fantasi dari sumber yang sebenarnya (benda, orang, atau keadaan) kepada orang lain, benda atau keadaan lain.

Misalnya : Seorang pemuda bertengkar dengan pacarnya dan sepulangnya ke rumah marah-marah pada adikadiknya.

c. Kompensasi

Menutupi kelemahan dengan menonjolkan kemampuannya atau kelebihanannya. Misalnya : Saddam yang merasa fisiknya pendek sebagai sesuatu yang negative untuk menutupinya dia berusaha dalam hal menonjolkan prestasinya dalam hal pendidikan.

d. Proyeksi

Hal ini berlawanan dengan introjeksi, dimana menyalahkan orang lain atas kelalaian dan kesalahan-kesalahan atau kekurangan diri sendiri. Contoh : Seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayunya.

e. Represi

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

f. Denial

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

c. Adaptasi Sosial Budaya

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

d. Adaptasi Spiritual

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

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal dengan data sebagai berikut :

#### **3.1. Pengkajian**

Ruangan rawat : Ruang Gelatik

Tanggal dirawat/MRS: 04-05-2021

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

Pasien adalah Tn.H dengan No RM 06-03-XX seorang laki-laki berusia 21 tahun beragama Islam, pendidikan pasien sampai SMA. Pasien adalah anak ke tiga dari tiga bersaudara dan belum menikah. Pasien bekerja sebagai nelayan dan bertempat tinggal di Bangkalan Madura bersama keluarga kakak perempuannya.

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

Pasien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur di karenakan pasien marah – marah, berbicara tidak jelas dengan terkadang menangis sendiri dan pasien di bawah ke IGD tanggal 4 Mei 2021.

Keluhan Utama : Pasien sering tidak bisa tidur karena tidak nyaman kadang bangun setiap malam marah-marah dan mondar mandir sampai pagi, pasien merasa jengkel karena setiap malam sulit tidur.

##### **3.1.3 Faktor Predisposisi**

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 1 kali masuk ke Rumah sakit jiwa menur yang pertama resiko perilaku kekerasan dan kedua resiko perilaku kekerasan.

2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.
3. Dari catatan data pasien didapatkan bahwa pasien marah-marah dan teriak-teriak, sering kali pasien marah – marah dan sulit tidur.

**Masalah keperawatan : Resiko Bunuh Diri**

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

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

5. Pasien mengatakan ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yaitu dibully oleh tetangganya.

**Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah**

### **3.1.4 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. Tanda Vital**

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 98 kali/menit

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

Pernafasan : 18 kali/menit

#### **2. Ukur**

Tinggi Badan : 166 cm

Berat Badan : 65 Kg

### 3. Keluhan Fisik

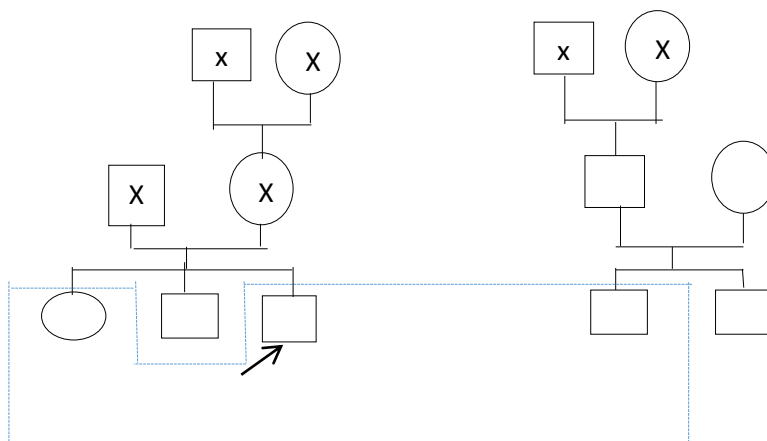
Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

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.H**

Pasien tinggal serumah dengan keluarga kakak perempuannya yang sudah menikah. Tidak ditemukan adanya riwayat gangguan jiwa pada keluarganya.



## 2. Konsep diri

### a. Gambaran diri ini

Pasien mengatakan menyukai tubuhnya karena tidak ada kelainan lain yang mengenai tubuhnya.

### b. Identitas

Pasien bernama Tn. H berusia 21 tahun beragama islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai nelayan, pasien mengatakan belum menikah, bertempat tinggal di Bangkalan Madura bersama keluarga kakak perempuannya.

### c. Peran

Pasien mengatakan bekerja sebagai nelayan untuk membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari

### d. Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera pulang untuk bekerja lagi seperti sebelum masuk rumah sakit jiwa.

### e. Harga diri

Pasien mengatakan merasa sungkan jika membaaur dengan orang lain.

**Masalah keperawatan : Gangguan konsep diri : HDR**

## 3. Hubungan Sosial

### a. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang terdekat adalah saudaranya terutama kakak perempuannya.

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

Pasien mengatakan pernah ikut organisasi muda mudi di daerahnya (karang taruna).

- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan merasa sungkan bila berkomunikasi dengan orang lain.

**Masalah keperawatan : Gangguan Konsep diri : HDR**

#### **4. Spiritual**

- b. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama islam.

- c. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan bahwa dirinya taat beribadah 5 waktu.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

#### **3.1.6 Status Mental**

- a. **Penampilan**

Saat pengkajian pasien tampak rapi, rambut rapi, kuku bersih

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

- b. **Pembicaraan**

Pada saat dikaji mengenai kenapa dia di bawa ke rumah sakit jiwa, pasien mengatakan saya marah – marah dan teriak-teriak.

**Masalah keperawatan : Resiko Bunuh Diri (Resiko Mencederai Diri, Orang Lain dan Lingkungan)**

- c. **Aktivitas Motorik**

Pasien mengatakan saat pagi hari biasanya pasien mengikuti kegiatan olahraga senam dan lari pagi.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**d. Alam Perasaan**

Pasien mengatakan bahwa dirinya gelisah ingin segera pulang kerumah berkumpul bersama keluarganya.

**Masalah keperawatan : Ansietas**

**e. Afek:**

Afek pasien tidak labil, pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien tampak tenang.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**f. Interaksi selama wawancara:**

Pasien kooperatif, kotak mata normal, dan menjawab dengan relevan

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**g. Persepsi halusinasi**

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

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

**h. Proses pikir**

Pasien secara berfikir relevan atau realistik saat di ajak berbicara.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

**i. Isi Pikir**

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

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

j. **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.**

k. **Memori**

Pasien tidak ada masalah pada memori, dapat mengingat kesadaran.

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

l. **Tingkat konsentrasi dan berhitung**

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

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan**

m. **Kemampuan penilaian**

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

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

n. **Daya tilik 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**

**1. 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.**

## 2. Kegiatan Hidup Sehari-Hari

### 1) Perawatan Diri :

Pasien mengatakan bahwa pasien mandi, kebersihan, makan, BAB/BAK dan ganti pakaian mandiri

Jelaskan : Pasien mampu melakukannya sendiri atau secara mandiri. Saat observasi pasien mengenakan pakaian dengan sesuai dan rambut tertata rapi.

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

### 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 normal
- f. BB tertinggi 65 kg BB terendah 64 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 20.30 malam sampai dengan jam 03.30 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, semnabolisme, terbangun saat tidur, gelisah saat tidur, dan berbicara saat tidur.

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

### **3. Kemampuan Pasien Dalam Kebutuhan Diri**

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.**

### **4. Pasien Memiliki Sistem Pendukung**

Pasien mengatakan kakaknya nya yang paling berarti dalam hidupnya.

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

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

Pasien mengatakan bahwa dia mencari uang dengan cara sebagai nelayan.

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

#### **3.1.8 Mekanisme Koping**

Pasien mengatakan saat dirinya dibully oleh tetangga biasanya selalu marah-marah.

**Masalah keperawatan : Koping Individu Tidak Efektif.**

#### **3.1.9 Masalah Psikososial dan Lingkungan**

- a. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok.
- b. Pasien mengatakan sering dibully oleh tetangganya karna bekerja sebagai nelayan
- c. Pasien tidak ada masalah dengan pendidikannya

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

**Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah**

### **3.1.10 Pengetahuan Kurang Tentang**

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

**Masalah keperawatan : Kurang Pengetahuan**

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

Hasil lab pada tanggal : 04-05-2021

|     |        |           |             |
|-----|--------|-----------|-------------|
| PLT | 326    | $10^3/uL$ | 150 - 440   |
| WBC | 10.42  | $10^3/uL$ | 4.8 – 10.8  |
| RBC | 5.87   | $10^6/uL$ | 4.2 – 6.1   |
| HB  | 16.3   | G/dL      | 12 – 18     |
| HCT | 45.8 % |           | 37 – 52     |
| PCT | 0.27%  |           | 0.17 – 0.35 |

### 3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia Hebefrenik

Terapi Medik :

| No | Nama Obat            | Aturan Pakai       | Indikasi  |
|----|----------------------|--------------------|---|
| 1. | Trifluoperazine 5 mg | 2x 5 mg<br>(1-1-0) | Gangguan mental,<br>skizofrenia, psikosis<br>paranoid,                                      |
| 2. | Clozapine 25 mg      | (0-0-1/2)          | Gangguan mental,<br>skizofrenia, psikosis<br>paranoid                                       |
| 3  | Trihexyphenidil 2 mg | (1/2-0-1/2)        | Untuk mengatasi gejala<br>akibat penggunaan obat<br>antipsikotik (kaku otot,<br>kaku kuduk) |

### 3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

- a. Resiko Bunuh Diri (Resiko Mencederai diri, orang lain dan lingkungan)
- b. Gangguan konsep diri : HDR
- c. Ansietas
- d. Koping Individu Tidak Efektif
- e. Resiko Perilaku Kekerasan
- f. Kurangnya Pengetahuan Tentang Penyakit

### 3.1.14 Diagnosa Keperawatan

Dari beberapa masalah keperawatan yang muncul penulis mengambil satu diagnosa keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.

Surabaya, 8 Mei 2021

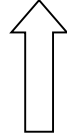


Agnanto Nurrohman



### 3.2. Pohon Masalah

Akibat: Resiko Bunuh Diri



Masalah Utama: Resiko Perilaku Kekerasan



Penyebab: Harga Diri Rendah

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

### 3.3 Analisa Data

**Tabel 3.1** Analisa data pada pasien resiko perilaku kekerasan

**Nama : Tn. H    NIRM : 06-03-XX    RUANGAN : GELATIK**

| <b>HARI/<br/>TGL</b> | <b>DATA</b>  | <b>MASALAH</b>                           | <b>TT<br/>Perawat</b> |
|----------------------|--|--|-----------------------|
| Jumat/<br>07-05-2021 | <p><b>DS :</b><br/>Pasien mengatakan alasannya dibawa ke rumah sakit jiwa karena sering marah – marah dan teriak-teriak.</p> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sering marah marah</li> <li>2. Pasien sering teriak-teriak</li> </ol> <p>Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain.</li> </ul> | Resiko Perilaku Kekerasan (SDKI, D.0146) | <i>Agnan</i>          |
| Jumat/<br>07-05-2021 | <p><b>DS :</b><br/>pasien mengatakan bahwa pasien sungkan untuk berkomunikasi dengan orang lain</p> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menolak berinteraksi dengan orang lain</li> <li>2. Pasif</li> <li>3. Berjalan menunduk</li> </ol>   | Harga Diri Rendah (SDKI, D.0087)         | <i>Agnan</i>          |
| Jumat/<br>07-05-2021 | <p>Faktor Resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan perilaku ( perilaku berbahaya terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan )</li> <li>2. Masalah sosial ( masalah dengan lingkungan sekitar )</li> <li>3. Gangguan psikologis ( gangguan psikiatrik, penyakit psikiatrik)</li> </ol>  | Resiko Bunuh Diri (SDKI, D.0135)         | <i>Agnan</i>          |

### 3.4 Rencana Keperawatan

Nama Pasien : Tn. H                      Nama Mahasiswa : Agnanto Nurrohman Diend  
 NIRM : 06-03-XX                      Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya  
 Bangsal/tempat : Gelatik

**Tabel 3.2 Rencana Keperawatan**

| No | Tanggal | Diagnosa keperawatan      | Perencanaan  |  |  |
|----|---------|---------------------------|--|--|--|
|    |         |                           | Tujuan dan Kriteria hasil  | Tindakan Keperawatan   | Rasional   |
| 1. |         | Resiko Perilaku Kekerasan | 1. Kognitif , pasien mampu :<br>a. menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan<br>b. menyebutkan tanda gejala resiko perilaku kekerasan | SP 1<br>1. Mengidentifikasi penyebab PK<br>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK<br>3. Mengidentifikasi PK yang dilakukan<br>4. Mengidentifikasi akibat PK<br>5. Menyebutkan cara mengontrol<br>6. Membuat pasien mempraktek latihan <b>Cara fisik I</b> : Nafas dalam | 1. Dengan mengetahui penyebab, tanda dan gejala, cara mengatasi dan akibat dari resiko perilaku kekerasan akan menentukan keberhasilan rencana selanjutnya.<br>2. Agar pasien dapat mengungkapkan rasa marah dengan cara fisik 1 dan tidak pada orang lain dan bisa mengontrol dirinya dari emosi.<br>3. Melatih pasien untuk menerapkan tindakan yang sudah diberikan |

|  |  |  |   |   |  |
|--|--|--|---|---|--|
|  |  |  | <p>2. Psikometri, pasien mmpu:</p> <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 deskalasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbalatau tertulis</p> <p>d. Melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, berdoa, kegiatan ibadah lain.</p> | <p>7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian</p> <p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II : Pukul bantal / kasur</li> <li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan</li> </ol> <p>SP 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara Verbal : meminta / menolak mengungkapkan dengan asertif</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</li> <li>2. Agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskan kemarahannya pada lingkungan sekitar</li> <li>3. Membantu pasien untuk mengingat dan menerapkan tindakan yang sudah diberikan\</li> </ol><br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu pasien untuk menentukan kegiatan selanjutnya</li> <li>2. Membantu pasien agar pasien terbiasa mengungkapkan perasaan marah dengan baik tanpa melampiaskankemarahannya pada lingkungan sekitar</li> </ol> |
|--|--|--|---|---|--|

|  |  |  |   |  |   |
|--|--|--|---|--|---|
|  |  |  | <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>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 4</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>2. Melatih pasien mengontrol PK Dengan cara spiritual</p> <p>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p>SP 5</p> <p>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> | <p>Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara melakukan sholat atau mendekatkan diri dengan cara ibadah lainnya.</p> <p>Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara Kepatuhan minum obat sangatlah penting sebagai pencegah kekambuhan</p> |
|--|--|--|---|--|---|

|  |  |  |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|
|  |  |  |  | <ol style="list-style-type: none"><li>2. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan / minum obat</li><li>3. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li></ol> |  |
|--|--|--|--|---|--|

### 3.5 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. H

NIRM : 06-03-XX

Ruangan : Gelatik

**Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi**

| <b>HARI/ TGL</b>            | <b>DIAGNOSA<br/>KEPERAWATAN</b>           | <b>IMPLEMENTASI</b>  | <b>EVALUASI</b>  | <b>T.T<br/>Perawat</b> |
|-----------------------------|---|--|--|------------------------|
| <p>Jumat<br/>07-05-2021</p> | <p>Resiko Perilaku<br/><br/>Kekerasan</p> | <p>Membina hubungan saling percaya<br/><b>SP 1</b><br/>1. “Selamat pagi mas, perkenalkan nama saya agnan, saya adalah perawat yang dinas di ruangan gelatik ini, nama mas siapa?” menggunakan salam terapeutik<br/>2. “Bagaimana perasaan mas saat ini?, apakah ada perasaan</p> | <p><b>S:</b><br/>1. “Selamat pagi, nama saya H mas”.<br/>2. “sekarang saya baik-baik saja mas.<br/>3. “Saya marah-marrah dan teriak saat ada yang mengganggu dengan membully saya”.<br/>4. “Saya kalau marah ya teriak-teriak mas”<br/>5. “keluarga saya terutama kakak perempuan saya merasakan ketakutan”<br/>6. “Saya bisa mas tarik nafas dalam untuk relaksasi”</p> | <p><i>Agnan</i></p>    |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  |  | <p>marah yang saat ini dirasakan?”</p> <p>3. “Apa penyebab sehingga mas H di bawa ke rumah sakit jiwa ini?”</p> <p>4. “Setelah itu apa yang mas H lakukan?”</p> <p>5. “Apa mas H dapatkan ketika mas H 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,</p> | <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mau berjabat tangan</li> <li>2. Saat di tanya penyebab resiko perilaku kekerasan pasien mau menjelaskan.</li> <li>3. Saat di tanya tandanya resiko perilaku kekerasan pasien menjelaskan kalau dirinya terganggu dengan bullyan tetangganya akan marah – marah dan teriak-teriak.</li> <li>4. Pasien menyebutkan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan yaitu marah-marah dan teriak-teriak.</li> <li>5. Saat ditanya akibat dari melakukan perilaku kekerasan tersebut pasien mengatakan keluarganya ketakutan.</li> <li>6. Pasien dapat mempraktikkan relaksasi dengan tarik napas dalam.</li> </ol> <p><b>A:</b> SP 1 Teratasi</p> |  |
|--|--|---|---|--|



|                     |                                  |  |  |              |
|---------------------|----------------------------------|--|--|--------------|
|                     |                                  | bagaimana mas bisa melakukannya?”  | <b>P:</b> Lanjutkan SP 2   |              |
| Sabtu<br>08-05-2021 | Resiko Perilaku<br><br>Kekerasan | Membina hubungan saling percaya<br><b>SP 2</b><br><br>1. “Selamat pagi mas H, bagaimana perasaan mas H saat ini?, apa selama saya tidak ada, ada yang membuat mas H marah atau jengkel?”<br><br>2. “Lalu apa yang mas H lakukan?”<br><br>3. “Sekarang, mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kalau mas H marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul ke kasur dan bantal” | <b>S:</b><br><br>1. “Selamat pagi mas agnan. Kemarin saya cuman tidak bisa tidur karena teman sekamar saya rame,”.<br><br>2. “Saya mencoba tarik nafas dalam seperti kemarin pada saat saya mau marah,”.<br><br>3. “Iya mas, nanti kalau saya mulai marah , saya akan memukul bantal saja dan Tarik napas dalam”<br><br><b>O:</b><br><br>1. Pasien mengingat nama dan menyapa perawat<br><br>2. Pasien mampu mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (menarik nafas dalam).<br><br><b>A:</b> SP 2 Teratasi | <i>Agnan</i> |

|                      |                                  |  |   |              |
|----------------------|----------------------------------|--|---|--------------|
|                      |                                  |  | <b>P:</b> Lanjutkan SP 3  |              |
| Minggu<br>09-05-2021 | Resiko Perilaku<br><br>Kekerasan | Membina hubungan saling percaya<br><br><b>SP 3</b><br><br>1. “Selamat pagi mas H, sesuai janji kita kemarin, kita akan membahas bagaimana cara mengungkapkan perasaan marah yang sehat ya?”<br><br>2. “Pada saat mas H mulai ada rasa marah, segera memakai cara 1 yaitu tarik nafas dalam, kemudian mas H boleh mengatakan kalau Mas H sedang marah dengan nada pelan yang tujuannya untuk mengungkapkan perasaan mas H, sebutkan juga alasan mas H marah.” | <b>S:</b><br><br>1. “Selamat pagi mas agnan, iya mas”<br><br>2. “Iya mas agnan, nanti kalau saya mulai marah lagi, langsung mengungkapkan bahwa saya marah kepada orang yang membuat saya marah”<br><br><b>O:</b><br><br>1. Pasien menyapa dan tersenyum sambil mendekat ke perawat.<br>2. Pasien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan , ketika emosi muncul dengan mengungkapkan marahnya dengan Tarik nafas dalam<br>3. Pasien bisa mengungkapkan marah secara verbal<br><br><b>A:</b> SP 3 Teratasi sebagian<br><br><b>P:</b> Lanjutkan SP 3 | <i>Agnan</i> |

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Tn.H dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1. Pengkajian**

Dalam tahap ini penulis menemukan kesenjangan pada saat melakukan pengkajian setelah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Menur dimana pada tahap ini penulis sedikit mendapat kendala dalam memperoleh data dan riwayat keluarga karena selama penulis melakukan pengkajian pada pasien, keluarga belum datang untuk berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Menur. Maka upaya yang dilakukan penulis adalah :

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

Menurut data yang didapat, pasien sudah 2 kali keluar masuk dan dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan masalah yang sama yaitu resiko perilaku kekerasan. Pasien masuk tanggal 04 Mei 2021, dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik.

Saat berada di ruangan didapatkan bahwa pasien kooperatif, afek pasien tidak labil, kontak mata normal, dan pasien menjawab pertanyaan perawat dengan baik.

Dalam tinjauan teori, terdapat beberapa faktor yang perlu dikaji pada pasien resiko perilaku kekerasan dalam (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016). Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

- a. Muka marah 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

Pada riwayat dahulu pasien terjadi resiko perilaku kekerasan dan terjadi serangan kedua karena pasien tidak rutin minum obat. Hasil dari riwayat penyakit keluarga tidak ditemukan adanya riwayat penyakit gangguan jiwa. Tidak ada alergi terhadap jenis obat, dan makanan.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan.

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Dalam pengambilan diagnosa keperawatan ada kesenjangan tinjauan teori dan tinjauan kasus, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah gangguan konsep diri : Harga diri rendah sebagai penyebabnya resiko perilaku kekerasan sebagai masalah utama dan resiko bunuh diri sebagai efek dari masalah utama.

Dari tinjauan teori dan tinjauan kasus tersebut terdapat kesenjangan pada pohon masalah yang terletak pada penyebab resiko perilaku kekerasan pada pasien. Pada tinjauan teori berdasarkan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus berdasarkan kasus nyata yang sesuai dengan pengkajian keadaan pasien saat itu. Kesenjangan pohon masalah pada tinjauan kasus yaitu koping individu tidak efektif, dikarenakan pasien tidak dapat dengan mudah memecahkan masalah yang terjadi pada pasien, ekspresi pasien yang langsung marah/teriak-teriak, pasien tidak dapat mengambil keputusannya untuk masalahnya sendiri.

## **4.3 Rencana Keperawatan**

Masalah yang sering muncul pada pasien 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 pasien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya (Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, 2016).

### **1. SP pada Pasien**

1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan

3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda resiko perilaku kekerasan
4. Pasien dapat menyebutkan jenis resiko perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
5. Pasien dapat menyebutkan akibat dari resiko perilaku kekerasan yang dilakukannya
6. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol resiko perilaku kekerasannya
  - a. Tindakan :
    - 1) Bina hubungan saling percaya
      - a) mengucapkan salam terapeutik
      - b) berjabat tangan
      - c) menjelaskan tujuan interaksi
      - d) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
    - 2) Diskusikan bersama pasien penyebab resiko perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
    - 3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab resiko perilaku kekerasan
      - a) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara fisik
      - b) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara psikologis
      - c) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara sosial

- d) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara spiritual
  - e) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara intelektual
- 4) Diskusikan bersama pasien resiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
- a) Verbal
  - b) Terhadap orang lain
  - c) Terhadap diri sendiri
  - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol resiko 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 resiko 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 resiko 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 belum 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 (Yusuf et al., 2014) yaitu :



1. Tindakan (SP 1) :
  - a. Bina hubungan saling percaya
    - 1) mengucapkan salam terapeutik
    - 2) berjabat tangan
    - 3) menjelaskan tujuan interaksi
    - 4) membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
  - b. Diskusikan bersama pasien penyebab resiko perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
  - c. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab resiko perilaku kekerasan
    - 1) Diskusikan tanda dan resiko gejala perilaku kekerasan secara fisik
    - 2) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara psikologis
    - 3) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara sosial
    - 4) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara spiritual sembahyang dan berdoa sesia dengan agama
    - 5) Diskusikan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan secara intelektual
  - d. Diskusikan bersama pasien resiko perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
    - 1) Verbal

- 2) Terhadap orang lain
  - 3) Terhadap diri sendiri
  - 4) Terhadap lingkungan
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan secara :
- 1) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
  - 2) Obat
  - 3) Spiritual, misalnya sembayang dan berdoa sesuai keyakinan pasien
- g. 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 resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua

3. Tindakan (SP 3) :

Membantu pasien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara sosial/verbal

4. Tindakan (SP 4) :

Bantu pasien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara spiritual sembahyang dan berdoa sesuai dengan agama, bila memungkinkan dianjurkan untuk membiasakan diri berdoa secara lengkap apabila tidak ada altar, dan bisa dilakukan dengan berdoa dilakukan dengan menghadap ke udara terbuka.

5. Tindakan (SP 5) :

Bantu pasien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan obat

Dan SP keluarga tidak dapat dilakukan kepada keluarga karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien belum 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 06 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 07 Mei 2021 dilanjutkan dengan SP 2 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2. Pada evaluasi hari terakhir tanggal 08 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.

Pasien Tn. H di ruang Gelatik sebagian tercapai sampai tanggal 08 Mei 2021.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

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

#### **5.1 Kesimpulan**

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Tn. H dengan diagnosa medis Skizofrenia Hebefrenik di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya bahwa pasien sudah pernah sekali masuk dan mendapat pengobatan namun pasien tidak rutin minum obat.
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan pada pasien Tn. H dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di dapatkan tiga permasalahan aktual (1) gangguan konsep diri : harga diri rendah, (2) resiko perilaku kekerasan dan (3) resiko bunuh diri.

3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan resiko perilaku kekerasan.
4. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan untuk membina hubungan saling percaya asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.
5. Pada akhir evaluasi pada tanggal 09 Mei 2021 semua tujuan sebagian dapat tercapai karena kondisi pasien yang sebagian mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
6. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan pada pasien Tn. H, yang dilaksanakan mulai tanggal 07 sampai dengan 09 Mei 2021.

## **5.2 Saran**

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

## 2. Bagi Rumah Sakit

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

- Azizah Lilik Ma'rifatul , Imam Zainuri, A. A. T. (2016). *KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik (PERTAMA)*. INDOMEDIA PUSTAKA.
- Dermawan Deden, R. (2013). *KEPERAWATAN JIWA KONSEP DAN KERANGKA KERJA ASUHAN KEPERAWATAN JIWA TEORI DAN APLIKASI PRAKTIK KLINIK* (TUTIK RAHAYUNINGSIH (ed.)).
- Eka Prabowo. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa (Pertama)*. Nuha Medika.
- Eni Hidayati. (2012). *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Klien Skizofrenia*. 32.
- Hafifah, A., Puspitasari, I. M., & Sinuraya, R. K. (2018). Review Artikel : Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, 16(2), 210–232.
- Hernida Dwi Lestari. (2016). Modul Grade 2 I. *Stres Dan Adaptasi*.
- HIMPSI. (2020). Seri Sumbangan Pemikiran Psikologi untuk Bangsa Ke-5 Kesehatan Jiwa dan Resolusi Pascapandemi di Indonesia. *Himpsi.or.Id*, September 2019, 13.
- Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa (Cetakan Ke)*. PT. Nuh Jaya.
- Mundakir. (2016). *Buku Ajar Komunikasi Pelayanan Kesehatan* (T. I. Pustaka (ed.); Cetakan Pe). Indomedia Pustaka.
- Prasanti, D. (2017). Komunikasi Terapeutik Tenaga Medis dalam Pemberian Informasi tentang Obat Tradisional bagi Masyarakat. *Mediator: Jurnal Komunikasi*, 10(1), 53–64.
- Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa DI Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).



- Putri, V. S., N, R. M., & Fitrianti, S. (2018). Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 7(2), 138.
- Sarfika, N. R., Maisa, E. A., & Windy Freska. (2018). Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan. In *Buku Ajar Keperawatan 2*.
- Sri Atun. (2018). *Model Praktik Klinik Keperawatan Jiwa* (Dinarti & Tjahyanti (ed.)). Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI).
- Suerni, T., & PH, L. (2019). Respons Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 41–46.
- Yosep. (2011). *Keperawatan Jiwa*. PT.Refika Aditama.
- Yusuf, A., P.K., R. F., & Nihayati, H. E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Yogyakarta* (faqihani ganiajri (ed.); Issue May 2015, p. 366).
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166.

## LAMPIRAN 1 STRATEGI PELAKSANAAN

Pertemuan : Ke –1  
 Hari / Tanggal : Jumat / 06 Mei 2021  
 Nama Pasien ( Inisial) : Tn.H  
 Ruangan : Gelatik

### A. PROSES KEPERAWATAN

1) Kondisi Pasien

Pasien tenang tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai, kooperatif dan pasien mampu menjawab semua pertanyaan

2) Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3) Tujuan umum

a. Pasien dapat berinteraksi untuk membina hubungan saling percaya.

4) Tujuan Khusus

a. Pasien mampu membina hubungan saling percaya

b. Pasien mampu mendemostrasikan latihan fisik 1 (nafas dalam)

5) Tindakan Keperawatan

SP 1 : membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi penyebab marah

### B. STRATEGI KOMUNIKASI

1. Fase Orientasi

a Salam terapeutik

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

b Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan mas 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 mas rasakan”. “Mari kita membicarakan ini di sana, ada tempat untuk duduk santai ya mas?”. “Berapa lama mas mau kita berbincang-bincang? bagaimana kalau 15 menit?”.

2. Kerja

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

“Apa ada tindakan saat mas H sedang marah seperti,memukul,?”.....

“saya marah-marah dan teriak-teriak tidak tentu dan saat saya kesal ketika tetangga membully saya!”, “terus apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang dialami selesai. “ Apa akibat dari tindakan yang telah dilakukan di rumah?”.....ya kakak perempuan saya ketakutan.....terus apalagi?”.....dan akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa !”.

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

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

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

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas jelaskan lagi kenapa mas bisa marah”

“kalau perasan marah mulai muncul, apa yang harus mas 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 mas rasakan?”

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

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

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

## **LAMPIRAN 2 STRATEGI PELAKSANAAN**

Pertemuan : Ke - 2  
 Hari / Tanggal : Sabtu / 07 Mei 2021  
 Nama Pasien ( Inisial) : Tn.H  
 Ruangan : Gelatik

### **A. PROSES KEPERAWATAN**

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

### **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

1. Orientasi
  - a. Salam terapeutik  
 “Selamat pagi, mas H? masih ingat nama saya ?”
  - b. Evaluasi/validasi  
 “Bagaimana perasaan mas H 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 mas?”

2. Fase Kerja

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

“Apakah mas H pernah melakukan tindakan lain selain teriak-teriak saat marah ? misalnya membanting piring memecahkan kaca, atau mungkin merusak tanaman!, lalu apakah setelah melakukan tindakan tadi (teriak-teriak saat marah) masalah yang dialami selesai?, apakah mas H tenang?”

“Apakah mas H mengerti akibat dari tindakan yang telah dilakukan? Ya kakak perempuan saya takut, terus apalagi? dan akhirnya dibawa ke rumah sakit jiwa!”

“kita latihan memukul bantal ya mas, dimana kamar mas H?”

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

3. Fase Terminasi

a. Evaluasi Subyektif

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

b. Evaluasi Obyektif

“Coba mas sebutkan kembali tindakan yang bisa dilakukan saat marah!

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

c. Rencana Tindak Lanjut

“Nah karena mas tadi sudah tau tindakan yang telah dilakukan, mas H 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 mas ?”

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

“mas H mau berapa lama kita belajar marah yang sehat?”

O... 15 menit baiklah!

### **LAMPIRAN 3 STRATEGI PELAKSANAAN**

Pertemuan : Ke - 3  
 Hari / Tanggal : Minggu / 08 Mei 2021  
 Nama Pasien ( Inisial) : Tn.H  
 Ruangan : Gelatik

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

##### 1. Kondisi Pasien

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

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

##### 3. Tujuan Khusus

- a. Memilih cara yang konstruktif
- b. Mendemonstrasikan satu cara marah yang konstruktif

##### 4. Tindakan Keperawatan

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

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

##### 1. Orientasi

a. Salam terapeutik “Selamat pagi, mas H?”

b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan mas H saat ini?”

c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

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



## 2. Kerja

“Menurut mas H, 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/ jengkel sehingga menjadi rileks”

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

“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 mas, 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. H

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : Agnanto Nurrohman Diend

Petunjuk :

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

| No | Kemampuan  | Tanggal |    |    |
|----|--|---------|----|----|
|    |  | 06      | 07 | 08 |
| A  | Pasien SP 1- 3                                       |         |    |    |
| 1. | Mengidentifikasi penyebab RPK                        | √       | √  | √  |
| 2. | Mengidentifikasi tanda dan gejala RPK                | √       | √  | √  |
| 3. | Mengidentifikasi RPK yang di lakukan                 | √       | √  | √  |
| 4. | Mengidentifikasi akibat RPK                          | √       | √  | √  |
| 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 RPK pukul bantal/kasur     | √       | √  | √  |

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 3. | Mengajurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian                            | √ | √ | √ |
| 1  | Mengevaluasi jadwal kegiatan harian   | √ | √ | √ |
| 2  | Mengontrol RPK dengan cara dengan verbal meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif | √ | √ | √ |
| 3  | Mengajurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian                            | √ | √ | √ |

