**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA   
MEDIS *SKIZOFRENIA* *PARANOID* (F20.0) DI RUANG   
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR   
SURABAYA**

****

**OLEH :**

**WAHYU DENOVETA SARI, S.Kep  
NIM. 193.0089**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS   
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA   
MEDIS *SKIZOFRENIA* *PARANOID* (F20.0) DI RUANG   
GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR   
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir diajukan sebagai salah satu**

**syarat untuk memperoleh gelar Ners**

****

**OLEH :**

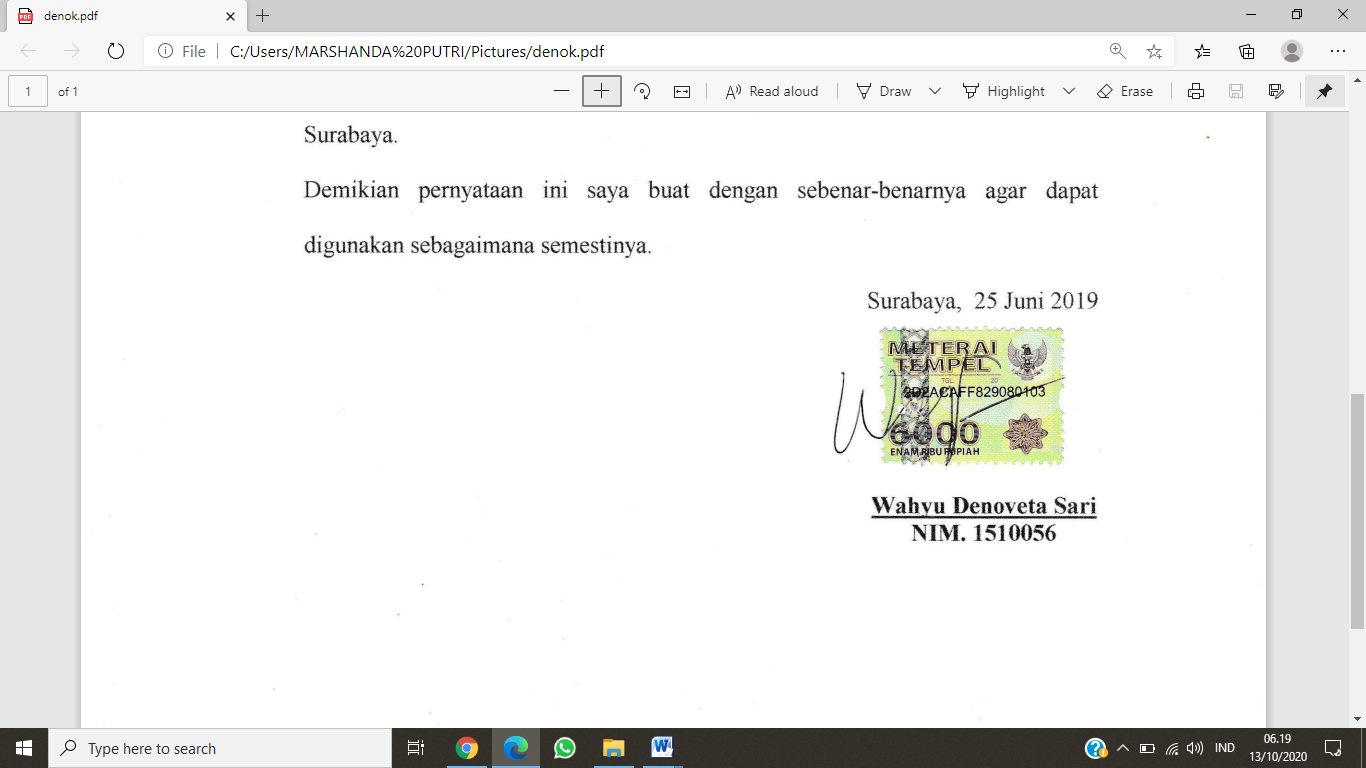
**WAHYU DENOVETA SARI, S.Kep  
NIM. 193.0089**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS   
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiasi sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang di jatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Surabaya, September 2020**

**Penulis,**

**Wahyu Denoveta Sari**

**NIM. 1930089**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing penulis :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Wahyu Denoveta Sari |
| NIM | : 193.0089 |
| Program Studi | : Profesi Ners |
| Judul | : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya |

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami mengganggap dan dapat menyetujui bahwa karya ilmiah akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

|  |
| --- |
|  |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : September 2020

**LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Wahyu Denoveta Sari |
| NIM | : 193.0089 |
| Program Studi | : Profesi Ners |
| Judul | : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan Diagnosa Medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya |

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya tulis ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penguji 1** | **Ns. Dwi Supriyanti, S.Pd., S.Kep.,MM**  **NIP. 04007** |  |
| **Penguji 2** | **Ns. Sukma Ayu C.K., M.Kep., Sp.Kep.J NIP. 03043** |  |

|  |
| --- |
| **Mengetahui,**  **Stikes Hang Tuah Surabaya** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : September 2020

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah di tentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada ;

1. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp.,M.Kep., selaku ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Profesi-Ners.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi-Ners.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi-Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Profesi-Ners.
4. Ibu Ns. Dwi Supriyanti, S.Pd., S.Kep., MM selaku penguji yang telah memberikan waktunya dan masukkan dalam menguji saya dengan penuh kesabaran.
5. Ibu Ns. Sukma Ayu C.K., M.Kep., Sp.Kep.J. selaku pembimbing institusi yang telah memberikan waktunya untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan selalu memberikan motivasi.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan panulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Bapak, Ibu, dan kedua adekku tersayang yang senantiasa memberikan semangat dan motivasi dalam menyelesaikan proses Karya Tulis Ilmiah Akhir ini di tengah tengah pandemi.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan ini tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, September 2020

Wahyu Denoveta Sari

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL i**

**COVER DALAM ii**

**LEMBAR PERNYATAAN iii**

**LEMBAR PERSETUJUAN iv**

**LEMBAR PENGESAHAN v**

**KATA PENGANTAR vi**

**DAFTAR ISI viii**

**DAFTAR GAMBAR x**

**DAFTAR LAMPIRAN xi**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 3
  3. Tujuan 3
     1. Tujuan Umum 3
     2. Tujuan Khusus 3
  4. Manfaat Karya Tulis Ilmiah 4
  5. Metode Penulisan 4
  6. Sistematika Penulisan 5

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Resiko Perilaku Kekerasan 7
     1. Pengertian Resiko Perilaku Kekerasan 7
     2. Proses Terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan 8
     3. Rentang Respon Marah 11
     4. Tanda dan Gejala 11
  2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan 12
     1. Pengkajian 12
     2. Pohon Masalah 13
     3. Diagnosa Keperawatan 13
     4. Rencana Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan dalam bentuk Strategi Pelaksanaan 13
     5. Implementasi 15
     6. Evaluasi 15
  3. Konsep Gangguan Jiwa 16
     1. Definisi Gangguan Jiwa 16
     2. Klasifikasi Gangguan Jiwa 16
     3. Penyebab Gangguan Jiwa 17
     4. Kriteria Umum Gangguan Jiwa 18
     5. Tanda dan gejala Gangguan Jiwa 19
     6. Proses Perjalanan Penyakit 21
     7. Dampak Terjadinya Gangguan Jiwa 22
     8. Penatalaksanaan Gangguan Jiwa 23

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian 26
     1. Identitas Klien 26
     2. Alasan Masuk 26
     3. Faktor Predisposisi 26
     4. Pemeriksaan Fisik 27
     5. Psikososial 27
     6. Status mental 29
     7. Kebutuhan Pulang 31
     8. Mekanisme Koping 32
     9. Masalah Psikososial dan Lingkungan 32
     10. Pengetahuan tentang Penyakit 33
     11. Data lain-lain 33
     12. Aspek Medik 33
  2. Analisa Data 34
  3. Daftar Masalah Keperawatan 35
  4. Pohon Masalah 36
  5. Rencana Keperawatan 37
  6. Tindakan Keperawatan 42

**BAB 4 PEMBAHASAN**

* 1. Pengkajian 47
  2. Diagnosa Keperawatan 49
  3. Rencana Keperawatan 49
  4. Tindakan Keperawatan 51
  5. Evaluasi 54

**BAB 5 PENUTUP**

* 1. Simpulan 56
  2. Saran 57

**DAFTAR PUSTAKA 59**

**LAMPIRAN 61**

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan 11

Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan 13

Gambar 3.1 Genogram Tn.s 27

Gambar 3.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan 36

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Curriculum Vitae 61

Lampiran 2 Motto dan Persembahan 62

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan 63

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik, fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ketahun (WHO, 2016). Penanganan penderita gangguan jiwa sampai saat ini belum maksimal. Perang, konflik, dan lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu penyebab yang memunculkan stress, depresi, dan berbagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia (Yosep & Sutini, 2014). Hasil pengamatan peneliti pada gangguan jiwa di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya didapatkan cukup banyak klien yang mengalami masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan.

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk ekspresi kemarahan dimana seseorang melakukan tindakan-tindakan yang dapat membahayakan atau mencederai diri sendiri, orang lain bahkan merusak lingkungan. Resiko perilaku kekerasan ialah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Prasetya, 2018). Tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan yaitu 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 (Yosep & Sutini, 2014). Sedangkan menurut Derja (2011), tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan meliputi ; fisik ; mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan tegang serta postur tubuh kaku. Verbal : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, ketus. Perilaku : Menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif. Emosi : tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan, dan menuntut, Intelektual : Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme. Spiritual : merasa diri berkuasa,

merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindiran. Perhatian : bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

Berdasarkan data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena *skizofrenia,* serta 47,5 juta terkena dimensia. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan pravalensi gangguan mental emosional yang menunjukkan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Penderita jumlah penderita *skizofrenia* di Jawa Timur mencaai 21.445 orang pada periode Januari-September 2018.. Sedangkan berdasarkan data yang diperoleh dari catatan rekam medik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya tahun 2019 (Juli-Desember) tercatat penderita *skizofrenia* yang berkunjung dipoliklinik rawat jalan sebanyak 15.140 jiwa. Sedangkan klien yang dirawat di RSJ Menur mencapai 1.458 orang. Berdasarkan studi pendahuluan di ruang gelatik dengan diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan dalam tiga bulan terakhir terdapat 56 pasien dengan *skizofrenia,* dengan presentase sebanyak 57,6% halusinasi, 19,8% resiko perilaku kekerasan, 7,2% waham, 1,2% dengan isolasi sosial.

Resiko perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang, bila kondisi tersebut tidak teratasi, maka dapat menyebabkan harga diri rendah, sehingga sulit untuk berinteraksi dengan orang lain kemudian dari sini akan muncul halusinasi berupa suara-suara atau bayangan yang meminta klien untuk melakukan tindak kekerasan. Hal tersebut dapat berdampak pada keselamatan dirinya, orang lain dan lingkungan sekitarnya (Yosep & Sutini, 2014). Faktor lain biasanya di pengaruhi oleh faktor psikologis yaitu kekerasan dalam keluarga seperti penderita mendapat perlakuan kasar oleh orang terdekat dalam keluarga klien dan menjadikan klien berlaku kasar terhadap orang lain, diri sendiri bahkan lingkungan sekitarnya. Resiko perilaku kekerasan harus di atasi dengan baik, jika tidak maka akan beresiko besar menjadi perilaku kekerasan. Sehingga diperlukan tindakan keperawatan yang komprehensif yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan perilaku kekerasan.

Tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani masalah resiko perilaku kekerasan adalah dengan cara mengidentifikasi penyebab marah, tanda-tanda perilaku kekerasan, mampu menyebutkan jenis perilaku kekerasan, dan klien dapat mengontrol marahnya dengan berbagai cara diantaranya ; secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarma atau obat (Yusuf, PK, & Nihayati, 2014). Peran perawat merupakan rangkaian peningkatan kondisi pasien untuk beradaptasi dengan kondisi penyakitnya, asuhan keperawatan seperti ptomotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran promotif perawat dapat melakukan pendidikan kesehatan bagaimana cara merawat anggota keluarga dengan resiko perilaku kekerasan. Upaya preventif yaitu dengan cara perawat meningkatkan kesehatan mental dengan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan. Aspek kuratif yaitu melakukan Asuhan Keperawatan kepada klien dan keluarga. Aspek rehabilitatif yaitu perawat memastikan bahwa klien sudah mampu melakukan dan menyadari tentang kemampuan diri sendiri dan mampu berfungsi untuk masyarakat. Dalam kasus dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan terdapat peran perawat yang di lakukan yaitu hanya pada peran promotif yaitu memberikan pendidikan tentang resiko perilaku kekerasan yang di lakukan dan peran preventif yaitu meningkatkan kesehatan mental dengan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan.

* 1. **Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan Pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya ?

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

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.
   1. **Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

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

1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. S dengan diagnosa medis *Skizofrenia* di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Surabaya.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi Penulis

Hasil penulisan dapat menjadi salah satu bahan bagi peneliti selanjutnya akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis *Skizofrenia*.

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis *Skizofrenia*.

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan diagnosa medis *Skizofrenia* dengan baik.

* 1. **Metode Penulisan**

1. Metode

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

1. Teknik pengumpulan data
2. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien dan rekam medis klien.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pemeriksaan tanda-tanda vital dengan klien.

1. Sumber Data
2. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, rekam medis klien, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi kepustakaan

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan 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, tujuan, manfaat, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, yang berisi tentang konsep dasar penyakit dari sudut medik yang meliputi pengertian, etiologi, gejala, terapi, proses terjadinya resiko perilaku kekerasan dan dilanjutkan dengan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

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.

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

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini diuraikan secara teoritis mengenai konsep dasar resiko perilaku kekerasan, asuhan keperawatan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan dan konsep dasar *skizofrenia*. Konsep dasar akan diuraikan meliputi definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan di uraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *skizofrenia* dan resiko perilaku kekerasan dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan implementasi.

* 1. **Resiko Perilaku Kekerasan**
     1. **Pengertian Resiko** **Perilaku Kekerasan**

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga di sebut amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep & Sutini, 2014).

Menurut Yusuf, PK, & Nihayati (2014) dalam Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan. Klien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama di rumah.

Resiko perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. (Stuart dan Sundeen, 1991). Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat, 1991).

7

* + 1. **Proses Terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan**

Menurut Yusuf et al., (2014) amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Keliat, 1991). Amuk adalah respons marah terhadap adanya stres, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan ketidakberdayaan. Respons marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku *destruktif agresif*. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan katakata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menentang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk. Proses terjadinya resiko perilaku kekerasan antara lain :

1. **Faktor Predisposisi**
2. Psikonalisis

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

1. Psikologis

Berdasarkan teori frustasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustasi. Tujuan yang tidak tercapai dapat menyebabkan frustasi berkepanjangan.

1. Biologis

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

1. Sistem Limbik

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

1. Lobus Temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

1. Lobus Frontal

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

1. Neurotransmiter
2. Beberapa neurotransmiter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin (5-HT), Dopamin, Norepineprin, Acetylcholine, dan GABA.
3. Perilaku (*behavioral*)
4. Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespons positif terhadap frustasi.
5. Penekanan emosi berlebihan (over rejection) pada anak-anak atau godaan (seduction) orang tua memengaruhi kepercayaan (trust) dan percaya diri (self esteem) individu.
6. Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (child abuse) atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai koping. Teori belajar sosial

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

1. Internal : penguatan yang diterima ketika melakukan kekerasan.
2. Eksternal : observasi panutan (role model), seperti orang tua, kelompok, saudara, figur olahragawan atau artis, serta media elektronik (berita kekerasan, perang, olahraga keras).
3. Sosial Kultural
4. Norma

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

1. Budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk berespons terhadap marah yang sehat.

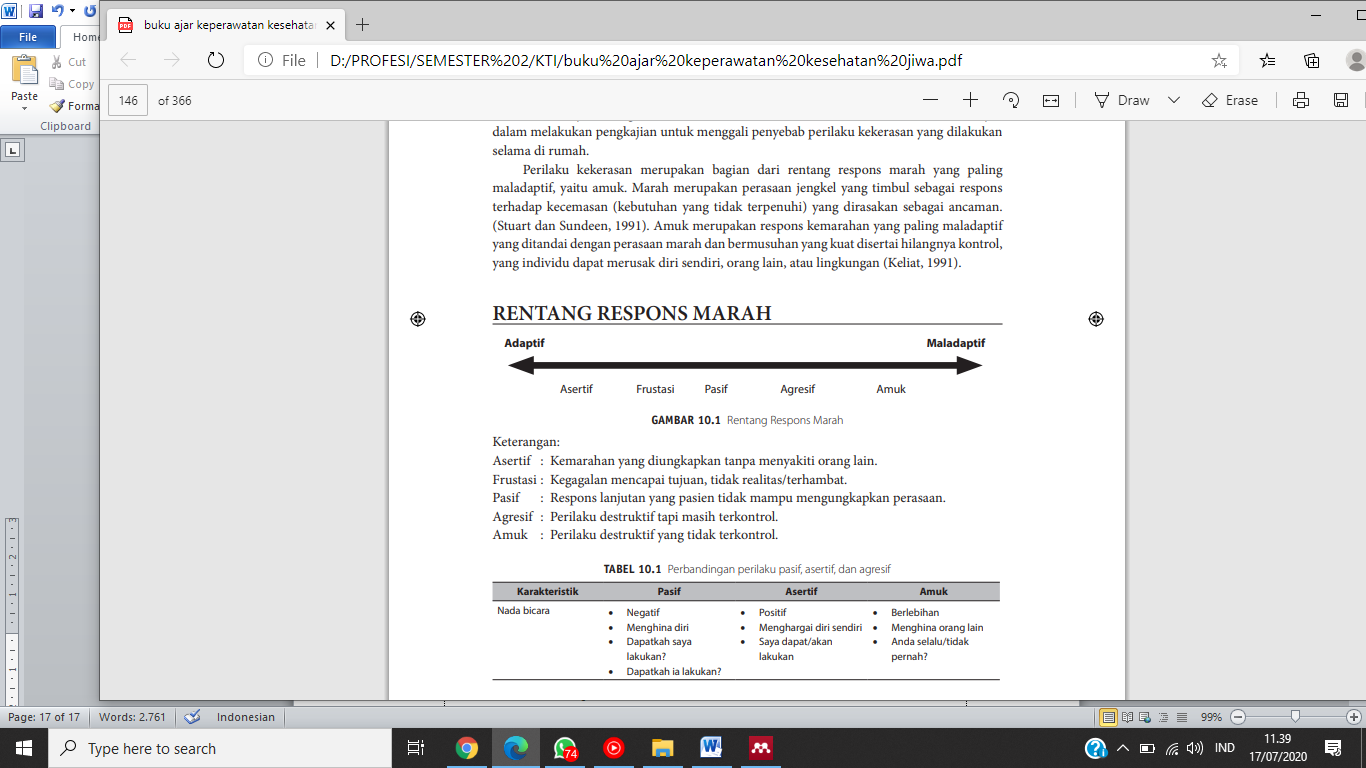
Faktor sosial yang dapat menyebabkan timbulnya agresivitas atau perilaku kekerasan yang maladaptif antara lain sebagai berikut.

1. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan hidup.
2. Status dalam perkawinan.
3. Hasil dari orang tua tunggal (single parent).
4. Pengangguran.
5. Ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal dan struktur keluarga dalam sosial kultural.

**2. Faktor Presipitasi**

Semua faktor ancaman antara lain sebagai berikut.

1. Internal
2. Kelemahan.
3. Rasa percaya menurun.
4. Takut sakit.
5. Hilang kontrol.
6. Eksternal
7. Penganiayaan fisik.
8. Kehilangan orang yang dicintai.
9. Kritik.
   * 1. **Rentang Respon Marah**



Gambar 2.1 Rentang Respons Marah, (Yusuf et al., 2014)

Respons kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif-maladaptif. Rentang respon kemarahan dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Assertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan, akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
3. Pasif adalah respons dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
5. Mengamuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain (Keliat, 2010).
   * 1. **Tanda dan Gejala**

Menurut Yusuf et al., (2014) dalam Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa mengemukakkan bahwa tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Emosi
2. Tidak adekuat
3. Tidak aman
4. Rasa terganggu
5. Marah (dendam)
6. Jengkel
7. Intelektual
   1. Mendominasi
   2. Bawel
   3. Sarkasme
   4. Berdebat
   5. Meremehkan
8. Fisik
   1. Muka merah
   2. Pandangan tajam
   3. Napas pendek
   4. Keringat
   5. Sakit fisik
   6. Penyalahgunaan zat
   7. Tekanan darah meningkat
   8. **Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

Klien yang mengalami resiko perilaku kekerasan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, tidak suka, tersinggung, marah” sehingga ungkapan kemarahan yang di manifestasikan dalam bentuk fisik. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran diri, jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan. Tidak boleh larut dalam emosi saat menghadapi klien tersebut.

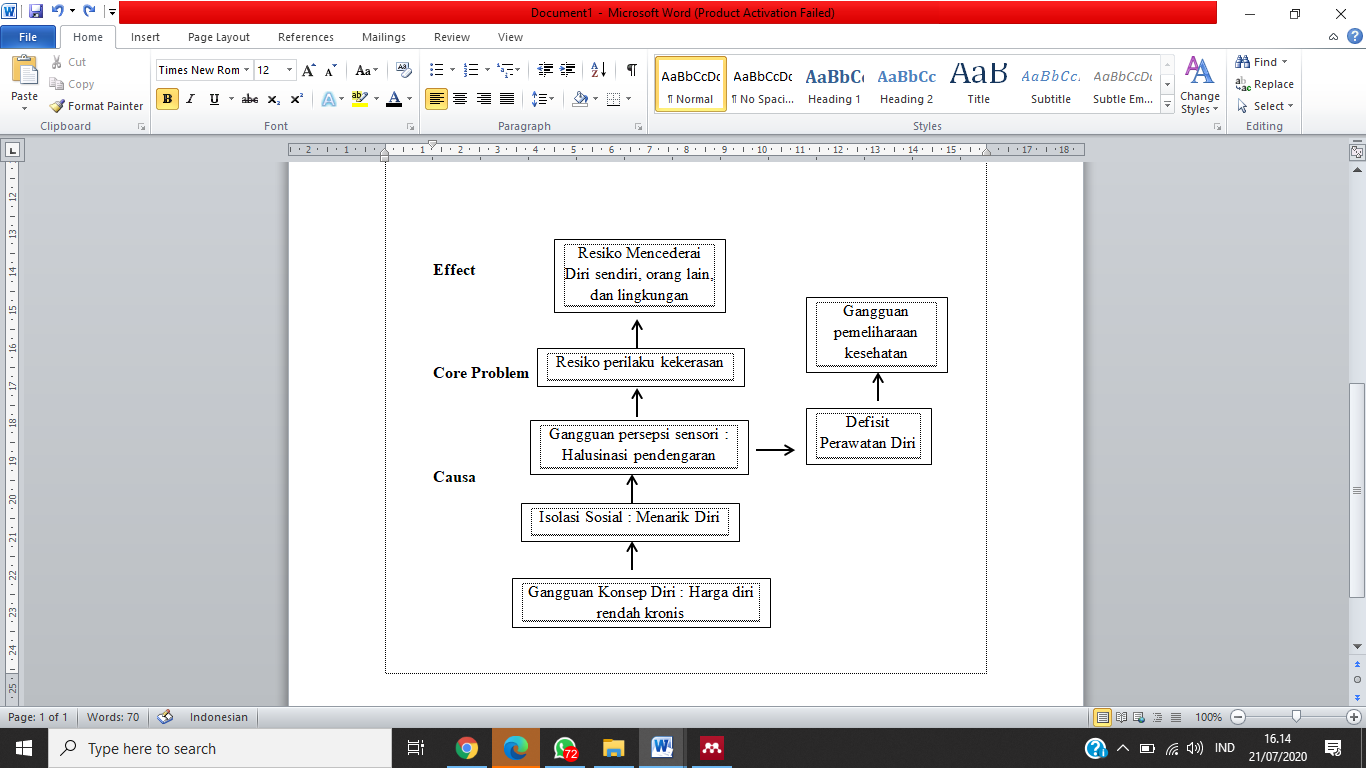
* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Data-data tersebut dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien. Data-data yang diperoleh selama pengkajian juga dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif (Deden & Rusdi, 2013).

Menurut Keliat (2010), data yang perlu dikaji pada klien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu pada data subyektif yang mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengatakan dendam dan jengkel. Klien juga menyalahkan dan menuntut pembenaran. Pada data objektif klien menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dan suara keras (Handayani, 2015).

Keliat (2020), menjelaskan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan berdasarkan data mayor dan minor. Data subjektif mayor meliputi klien mengatakan membenci atau kesal dengan orang lain, klien mengatakan ingin memukul, klien mengatakan tidak mampu mengontrol perilaku kekerasam, dan klien mengungkapkan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, serta merusak lingkungan. Data objektif mayor meliputi mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, gelisah, tekanan darah meningkat, nadi meningkat, pernafasan meningkat, mudah tersinggung, sarkasme, dan memukul orang lain. Sedangkan data minor subjektif seperti klien mengatakan tidak senang, klien menyalahkan orang lain, klien merasa paling berkuasa, merasa gagal mencapai tujuan, suka mengejek serta mengkritik. Data objektif minor meliputi disorientasi, wajah merah, postur tubuh kaku, sinis, bermusuhan serta menarik diri.

* + 1. **Pohon Masalah**



Gambar 2.2 Pohon Masalah Resiko Perilaku Kekerasan (Keliat, 2006)

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

1. Resiko mencederai orang lain
2. Respon pasca trauma
3. Hambatan komunikasi
4. Resiko perilaku kekerasan
5. Distress spiritual
6. Ansietas
7. Koping individu tidak efektif
8. Kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa
9. Koping keluarga tidak efektif
10. Kurang pengetahuan tentang obat
    * 1. **Rencana Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan dalam bentuk Strategi Pelaksanaan**

Menurut Keliat (2010), strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan, antara lain :

1. SP 1 klien
2. Membina hubungan saling percaya
3. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
4. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
5. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
6. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
7. Membantu klien mempraktikkan cara latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.
8. Menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian
9. SP 2 klien
10. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
11. Mempraktekkan atihan cara minum obat teratur
12. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
13. SP 3 klien
14. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
15. Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal
16. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
17. SP 4 klien
18. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
19. Mempraktekkan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
20. Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
21. SP 1 Keluarga
22. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
23. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang di alami kien beserta proses terjadinya
24. Menjelaskan cara-cara merawat klien perilaku kekerasan
25. SP 2 Keluarga
26. Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien perilaku kekerasan
27. SP 3 Keluarga
28. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat
29. Menjelaskan follow up klien setelah pulang
    * 1. **Implementasi**

Menurut Keliat (2010) Implementasi keperawatan di sesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan, perawat perlu memvalidasi kepada klien apakah tindakan keperawatan masih di butuhkan atau tidak. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Deden & Rusdi (2013) menjelaskan bahwa tindakan keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) resiko perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (Klien) : membina hubungan saling percaya, membantu klien mengenal penyebab resiko perilaku kekerasan, membantu klien dalam mengenal tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan. SP 2 (klien) : membantu klien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan memukul bantal atau kasur. SP 3 (klien) : membantu klien mengontrol resiko perilaku kekerasan seacara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan baik. SP 4 (klien) : membantu klien mengontrol resiko resiko perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa. SP 5 (klien) : membantu klien dalam meminum obat seacara teratur.

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi klien dengan resiko perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, akibat resiko perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan dari keluarga dalam mengontrol perilaku, serta pengawasan penggunaan obat dengan benar (Deden & Rusdi, 2013).

Evaluasi subjektif berdasarkan Keliat (2020), yaitu klien mengatakan sudah tidak membenci keluarga atau orang lain, klien mengatakan tidak ingin memukul orang lain, klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan. Sedangkan evaluasi objektif yaitu klien mampu melihat dengan pandangan baik, mampu berkata baik, tidak gelisah, tidak sinis, tidak sarkasme, tanda-tanda vital dalam batas normal, klien berbicara dengan suara rendah dan tidak ada hasrat untuk merusak lingkungan sekitar.

* 1. **Konsep Gangguan Jiwa**
     1. **Definisi Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa merupakan psikologik atau pola perilaku yang ditunjukkan pada individu yang menyebabkan distress, menurnkan kualitas kehidupan dan disfungsi. Hal tersebut mencerminkan disfungsi psikologis, bukan sebagai akibat dari penyimpangan sosial maupun konflik dengan masyarakat (Stuart, 2013).

Sedangkan menurut *American Psychiatri*c Association (APA) mendefisinikan gangguan jiwa merupakan pola perilaku atau sindrom, psikologis secara klinik terjadi pada individu berkaitan dengan distress yang di alami, mislanya gejala menyakitkan, ketidakberdayaan dalam hambatan arah fungsi lebih penting dengan peningkatan resiko kematian, penderitaan, nyeri, kehilangan kebebasan yang penting dan ketunadayaan (O’Brien, 2014).

* + 1. **Klasifikasi Gangguan Jiwa**

Menurut Maslim (2013) Klasifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut :

1. F00-F09 : Gangguan mental organik (termasuk mental somatik).
2. F10-F19 : Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
3. F20-F29 : *Skizofrenia*, gangguan skizotipal, dan gangguan waham
4. F30-F39 : Gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
5. F40-F49 : Gangguan neurotik, gangguan sumatoform dan gangguan terkait stress.
6. F50-F59 : Sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
7. F60-F69 : Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
8. F70-F79 : Retardasi mental.
9. F80-F89 : Gangguan perkembangan psikologis.
10. F90-F98 : Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.

Secara umum, klasifikasi gangguan jiwa menurut hasil riset kesehatan Dasar (Riskesdes) tahun 2013 dibagi menjadi dua bagian, yaitu gangguan jiwa berat atau kelompok psikosa dan gangguan jiwa ringan meliputi semua gangguan menta emosional yang berupa kecemasan, panik, gangguan alam perasaan, dan sebagainya. Untuk *Skizofrenia* masuk dalam kelompok gangguan jiwa berat.

* + 1. **Penyebab Gangguan Jiwa**

Menurut Yusuf et al. (2014), penyebab gangguan jiwa dipengaruhi oleh berberapa faktor yang saling mempengaruhi yaitu :

1. Faktor-faktor somatik (*somatogenik*)
2. Neuroanatomi
3. Neurofisiologi
4. Neurokimia
5. Tingkat kematangan dan perkembangan organik
6. Faktor-faktor perinatal
7. Faktor-faktor psikologik (*psikogenik*)
8. Interaksi ibu-anak
9. Peranan ayah
10. Persaingan antara saudara kandung
11. Intelegensi
12. Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan dan masyarakat
13. Depresi, kecemasan, rasa malu atau rasa salah mengakibatkan kehilangan
14. Keterampilan, kreativitas dan bakat.
15. Perkembangan dan pola adaptasi sebagai reaksi terhadap bahaya
16. Faktor-faktor sosio-budaya (*sosiogenik*)
17. Pola dalam mengasuh anak
18. Kestabilan keluarga
19. Tingkat ekonomi
20. Perumahan : perkotaan dan pedesaan
21. Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan yang tidak memadai
22. Pengaruh keagamaan dan pengaruh sosial.
23. Nilai-nilai sosial
    * 1. **Kriteria Umum Gangguan Jiwa**

Berikut ini ialah jenis gangguan jiwa yang sering ditemukan di masyarakat menurut Nasir & Abdul (2011), adalah sebagai berikut :

1. *Skizofrenia* adalah kelainan jiwa ini menunjukkan gangguan dalam fungsi kognitif atau pikiran berupa disorganisasi, jadi gangguannya adalah mengenai pembentukan isi serta arus pikiran.
2. Depresi ialah salah satu gangguan jiwa pada alam perasaan afektif dan mood ditandai dengan kemurungan, tidak bergairah, kelesuan, putus asa, perasaan tidak berguna dan sebagainya. Depresi adalah salah satu gangguan jiwa yang ditentukan banyak pada masyarakat yang mengalami kesulitan ekonomi. Hal ini erat kaitannya dengan ketidak mampuan, kemiskinan atau ketidaktahuan masyarakat.
3. Cemas ialah gejala kecemasan baik kronis maupun akut merupakan komponen utama pada semua gangguan psikiatri. Komponen kecemasan dapat berupa bentuk gangguan fobia, panik, obsesi komplusi dan sebagainya
4. Penyalahgunaan narkoba dan HIV/ AIDS. Di Indonesia penyalah gunaan narkotika sekarang sudah menjadi ancaman yang sangat serius bagi kehidupan Negara dan bangsa. Gambaran besarnya masalah pada narkoba diketahui bahwa kasus penggunaan narkoba di Indonesia pertahunnya meningkat rata-rata 28,95. Meningkatnya dalam penggunaan narkotika ini juga berbanding lurus dengan peningkatan sarana dan dana. Para ahli epidemiologi kasus HIV atau AIDS di Indonesia sebanyak 80ribu sampai 120ribu orang dari jumlah tersebut yang terinfeksi melalui jarum suntik adalah 80%.
5. Bunuh diri, dalam keadaan normal angka bunuh diri berkisaran antara 8-50 per100ribu orang. Dengan kesulitan ekonomi angka ini meningkat 2 sampai 3 lebih tinggi. Angka bunuh diri pada masyarakat akan meningkat, berkaitan penduduk bertambah cepat, kesulitan ekonomi dan pelayanan kesehatan. Seharusnya bunuh diri sudah harus menjadi masalah kesehatan pada masyarakat yang besar (Nasir & Abdul, 2011).
   * 1. **Tanda dan gejala Gangguan Jiwa**

Menurut Yosep & Sutini (2014), tanda dan gejala gangguan jiwa antara lain :

1. Gangguan Kognisi

Kognisi adalah suatu proses mental yang dengannya seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungan baik lingkungan dalam maupun lingkungan luarnya (fungsi mengenal). Proses kognisi meliputi :

1. Sensasi dan persepsi

Sensasi atau penginderaan adalah pengetahuan atau kesadaran akan suatu rangsang. Terdapat 6 macam sensasi yaitu : rasa kecap, rasa raba, rasa cium, penglihatan, pendengaran, dan kesehatan. Untuk setiap sensasi harus ada rangsang yang dapat diartikan sebagai setiap perubahan energi luar yang menimbulkan suatu jawaban.

1. Gangguan perhatian

Perhatian adalah pemusatan dan konsentrasi energi, menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsangan.

1. Gangguan Ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi, dan tanda-tanda kesadaran

1. Gangguan asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/ konsep lain, yang sebelumnya berkaitan.

1. Gangguan pertimbangan

Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan/ menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nila-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari

suatu aktivitas.

1. Gangguan pikiran

Pikiran umum adalah meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang.

1. Gangguan kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan, serta dirinya melalui panca indera dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinya sendiri.

1. Gangguan kemauan

Kemauan adalah suatu proses dimana keinginan-keinginan dipetimbangkan yang kemudian diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan.

1. Gangguan emosi dan afek

Emosi adalah suatu pengalaman yang sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas tubuh serta menghasilkan sensasi organik dan kinetis. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berulang lama dan jarang disertai komponen fisiologis.

1. Gangguan psikomotor

Psikomotor adalah gerakan tubuh yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa. Bentuk- bentuk gangguan psikomotor adalah sebagai berikut :

1. Aktivitas dan pergerakan berlebih dengan intensitas respon yang meningkat
2. *Hipertonisitis* : peningkatan tegangan otot tubuh
3. Gaduh gelisah katatonik : aktivitas motorik yang tampaknya tidak bertujuan, berkali- kali dan seakan tidak dipengaruhi oleh rangsang.
4. Kehilangan fungsi otot baik secara keseluruhan atau sebagian saja
5. Aktivitas yang terganggu atau tidak sesuai
6. Aktivitas yang berulang-ulang
7. Otomatisme perintah dia menurut sebuah perintah secara otomatis tanpa disadari
8. *Negativisme*, suatu pertahanan psikologik yang diperhatikan dengan melawan atau menentang terhadap apa yang disuruh. Ada 2 macam yaitu : aktif (melaksanakan sebaliknya apa yang diperintahkan, contoh : *mutisme*).
9. *Aversi*, suatu reaksi yang agresif dan tegas yang diperlihatkan dengan melawan, mendengki, membenci, non kooperatif, menolak dan kadang kadang menunjukkan reaksi stupor.
   * 1. **Proses Perjalanan Penyakit**

Menurut dr. Setiadi (2014), penderita yang mengalami gangguan jiwa memiliki ciri-ciri biologis yang khas terutama pada susunan dan struktur saraf pusat, dimana penderita biasanya mengalami pembesaran ventrikel ke III bagian kiri. Ciri lainnya pada penderita yakni memiliki lobus frontalis yang lebih kecil dari rata-rata orang yang normal. Penderita yang mengalami gangguan jiwa dengan gejaa takut serta paranoid (curiga) memiliki lesi pada daerah Amigdala sedangkan pada penderita *skizofrenia* memiliki lesi pada area Wernick’s dan area Brocha bahkan terkadang disertai dengan Aphasia serta disorganisasi dalam proses berbicara.

Kelainan pada struktur otak atau kelainan yang terjadi pada sistem kerja bagian tertentu dari otak juga dapat menimbulkan gangguan pada kejiwaan. Sebagai contoh, masalah komunikasi di salah satu bagian kecil dari otak dapat mengakibatkan terjadinya disfungsi secara luas. Hal ini akan diikuti oleh kontrol kognitif, tingkah aku, dan fungsi emosional yang diketahui memiliki keterkaitan erat dengan masalah gangguan kejiwaan. Beberapa jenis gangguan struktur otak yang berakibat pada gangguan jiwa, antara lain :

1. Gangguan pada *cortex cerebral* yang memiliki peranan penting dalam pengambilan keputusan, pemikiran tinggi , dan penalaran seperti pada klien waham.
2. Gangguan pada *sistem limbik* yang berfungsi mengatur perilaku emosional, daya ingat, dan proses dalam belajar terlihat pada penderita resiko perilaku kekerasan dan depresi.
3. Gangguan pada *hipotalamus* yang berperan dalam mengatur hormon dalam tubuh seperti makan, minum, dan seks dapat terlihat pada penderita bulimia, anoreksia dan disfungsi seksual.

Kerusakan-kerusakan yang terjadi pada bagian otak tertentu juga dapat mengakibatkan gangguan jiwa. Kerusakan tersebut, antara lain :

1. Kerusakan pada *lobus frontalis* yang menyebabkan kesulitan dalam proses pemecahan masalah dan perilaku yang mengarah pada tujuan, berfikir abstrak, perhatian dengan manifestasi gangguan psikomotorik.
2. Kerusakan pada *Basal Gangglia* dapat menyebabkan distonia dan tremor.
3. Gangguan pada *lobus temporal limbic* akan meningkatkan kewaspadaan, *distracblity, gangguan memori (short time).*
   * 1. **Dampak Terjadinya Gangguan Jiwa**

Menurut Admin (2010), dampak gangguan jiwa cukup besar baik bagi klien, bagi masyarakat dan lingkungan. Dampak tersebut antara lain :

1. Sebagai penyebab paling utama dari disabilitas kelompok usia produktif
2. Penderita gangguan jiwa menjadi tidak produktif dan menggangur
3. Penderita mengalami penolakan, pengucilan, dan diskriminasi
4. Biaya perawatan tinggi

Sedangkan dampak gangguan jiwa bagi keluarganya adalah sebagai berikut :

1. Penolakan
2. Stigma negatif
3. Frustasi, tidak berdaya, cemas
4. Kelelahan
5. Duka

Dampak gangguan jiwa bagi penderita :

Persepsi masyarakat dan keluarga yang salah dapat menyebabkan siksaan yang bisa didapatkan oleh penderita gangguan jiwa seperti pemasungan yang dilakukan oleh masyarakat atau keluarganya itu sendiri. Kesembuhan pada penderita gangguan jiwa menjadi sangat kecil karena kurangnya dukungan dari masyarakat dan keluarga.

* + 1. **Penatalaksanaan Gangguan Jiwa**

Menurut Yusuf et al. (2014) , penatalaksanaan gangguan jiwa ialah sebagai berikut :

1. Terapi psikofarma

Kerusakan sel otak di sistem limbik, yaitu pusat emosi akan menimbulkan gangguan emosi dan perilaku temper tantrum, agresivitas baik terhadap diri sendiri maupun pada orang-orang di sekitarnya, serta hiperaktivitas dan stereotipik. Untuk mengendalikan gangguan emosi ini diperlukan obat yang memengaruhi berfungsinya sel otak. Obat yang digunakan antara lain sebagai berikut :

1. *Haloperidol*

Suatu obat antipsikotik yang mempunyai efek meredam psikomotor, biasanya digunakan pada anak yang menampakkan perilaku temper tantrum yang tidak terkendali serta mempunyai efek lain yaitu meningkatkan proses belajar biasanya digunakan dalam dosis 0,20 mg.

1. *Fenfluramin*

Suatu obat yang mempunyai efek mengurangi kadar serotonin darah yang bermanfaat pada beberapa anak autisme.

1. *Naltrexone*

Merupakan obat antagonis opiat yang diharapkan dapat menghambat opioid endogen sehingga mengurangi gejala autisme seperti mengurangi cedera pada diri sendiri dan mengurangi hiperaktivitas.

1. *Clompramin*

Merupakan obat yang berguna untuk mengurangi stereotipik, konvulsi, perilaku ritual, dan agresivitas, serta biasanya digunakan dalam dosis 3,75 mg.

1. *Lithium*

Merupakan obat yang dapat digunakan untuk mengurangi perilaku agresif dan mencederai diri sendiri.

1. *Ritalin*

Untuk menekan hiperaktivitas

1. *Electro Convulsif Theraphy*

*Electro Convulsif Therapy* (ECT) merupakan suatu terapi psikiatri yang menggunakan energi shock listrik dalam usaha pengobatan, pemberian ECT ditujukan kepada klien terapi gangguan jiwa yang tidak berespon kepada pada dosis terapi obat (Yosep & Sutini, 2014).

1. Terapi Kelompok

Terapi kelompok merupakan suatu psikoterapi yang dilakukan klien bersama-sama dengan berdiskusi satu sama lain dan melakukan kegiatan secara bersama-sama yang dipimpin oleh terapis, terapi ini bertujuan memberi stimulus bagi klien dengan gangguan interpersonal (Yosep & Sutini, 2014).

1. Terapi Psikososial

Terapi psikososial dimaksudkan penderita agar mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosialnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban keluarga. Penderita selama menjalani terapi psikososial ini juga harus tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka (Yosep & Sutini, 2014).

1. Terapi Rehabilitasi

Program rehabilitasi penting dilakukan sebagai persiapan penempatan kembali keluarga dan masyarakat. Program ini biasanya dilakukan di lembaga (institusi). Dalam program rehabilitasi membebaskan penderita dari stress dan membantu agar mengerti jelas sebab dari kesukaran dan membantu terbentuknya mekanisme pembelaan yang lebih baik dan dapat diterima oleh keluarga dan masyarakat, menjalankan ibadah keagamaan bersama, kegiatan kesenian, ketrampilan berbagai macam kursus, bercocok tanam, rekreasi Pada umumnya program rehabilitasi ini berlangsung antara 3-6 bulan. Secara berkala dilakukan evaluasi paling sedikit dua kali yaitu evaluasi sebelum penderita mengikuti program rehabilitasi dan evaluasi pada saat klien akan dikembalikan ke keluarga dan masyarakat. Selain itu peran keluarga juga penting dan dianggap paling banyak mengetahui kondisi klien serta dianggap paling panyak pemberi pengaruh pada klien, sehingga keluarga sangat penting artinya dalam perawatan dan penyembuhan klien (Yosep & Sutini, 2014).

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Bab ini disajikan pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko Perilaku Kekerasan dan diagnosa medis *Skizofrenia*, yang mulai dari tahap pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 03 Desember 2019 sampai dengan 07 Desember 2019 dengan data sebagai berikut :

* 1. **Pengkajian**
     1. **Identitas Klien**

Tn. S (37 tahun), beragama islam, Jawa/Indonesia, bekerja sebagai tukang parkir, belum menikah. Klien dirawat dengan diagnosa medis *Skizofrenia*. Klien masuk Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada tanggal 29 November 2019 pukul 12:56 WIB dan dilakukan pengkajian pada tanggal 03 Desember 2019 pukul 10:00 WIB.

* + 1. **Alasan Masuk**

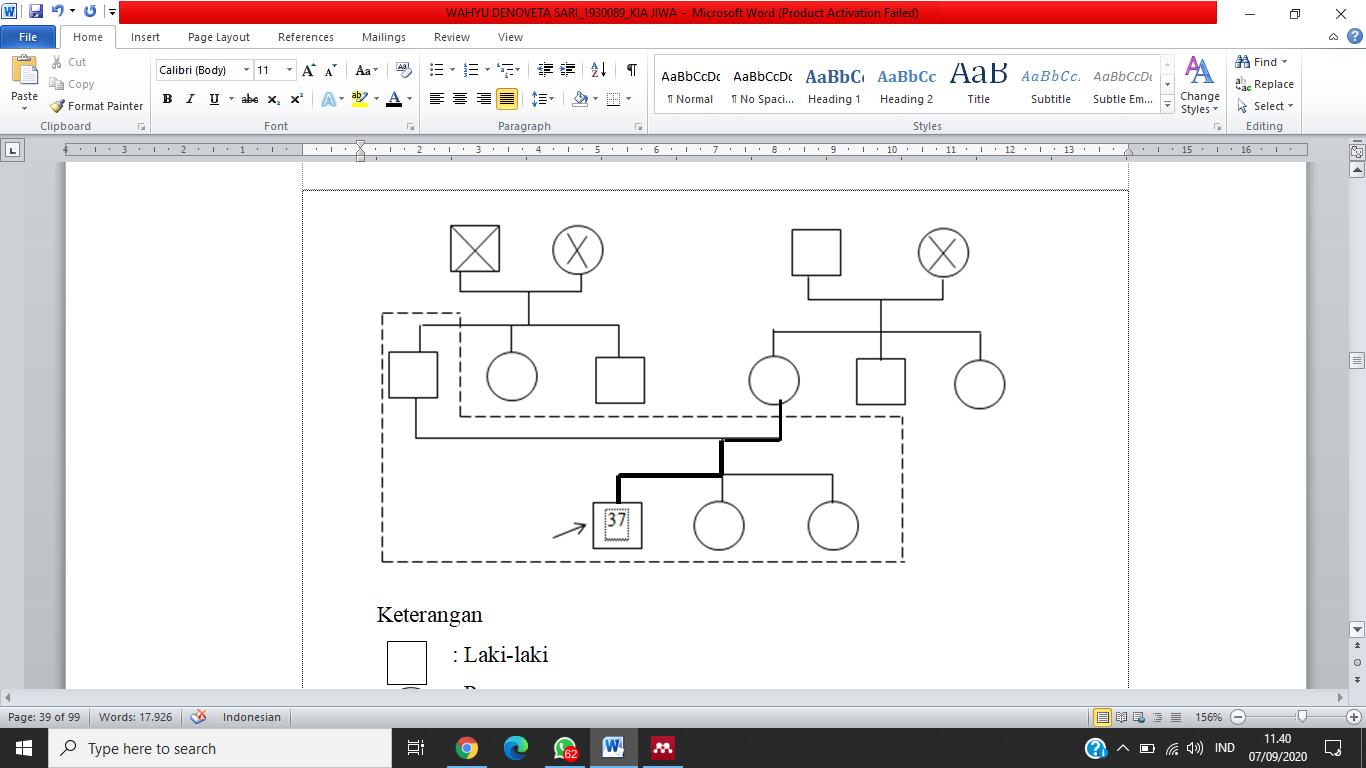
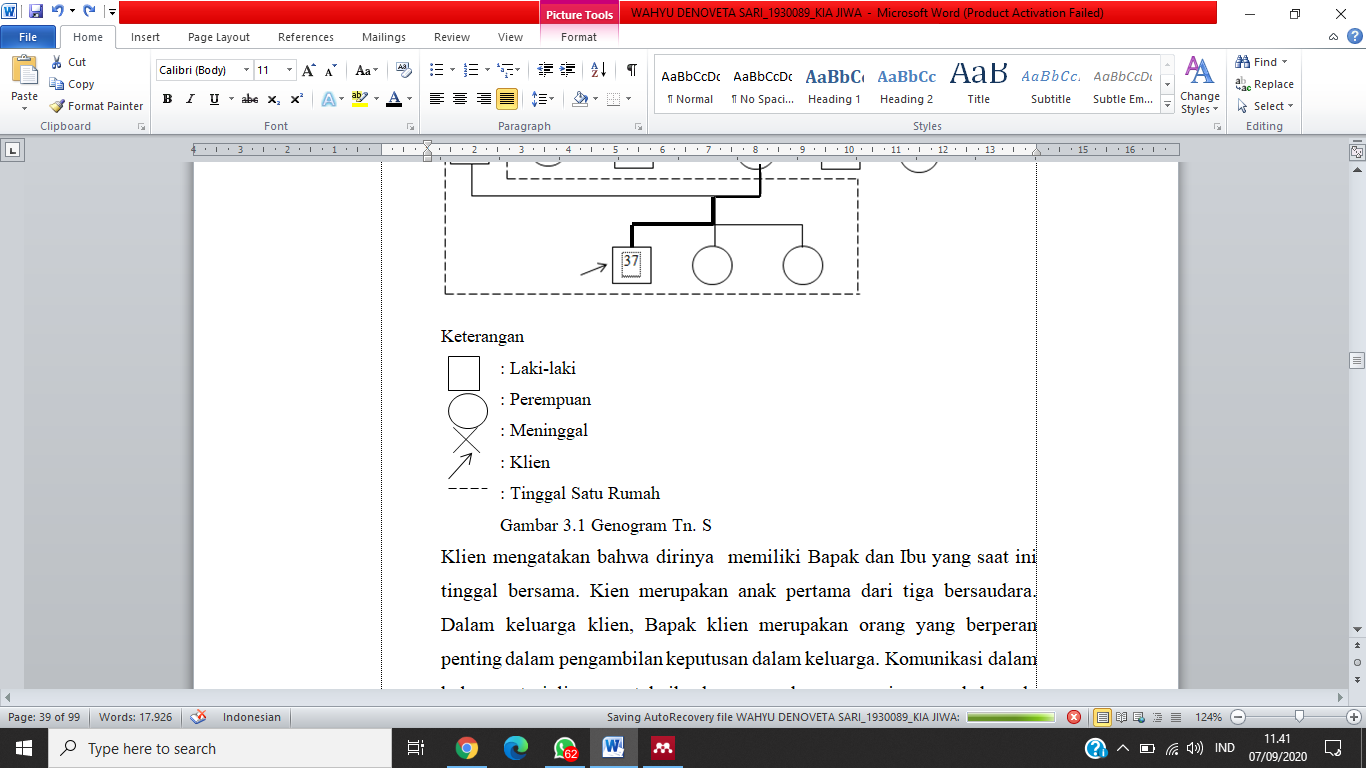
Keluhan Utama masuk rumah sakit adalah klien marah-marah dan memukul ayahnya karena tidak dibelikan sepeda dan klien mengatakan “Bapak ibukku iku pilih kasih mbak, adekku di tukokno sepeda aku gak”. Lalu, oleh keluarga dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Dari IGD klien di pindah ke ruangan Wijaya Kusuma. Di Ruangan Wijaya Kusuma klien sejak tanggal 29 November 2019 sampai tanggal 03 Desember 2020. Di ruangan Wijaya Kusuma klien telah mendapatkan latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara latihan tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur, dan mengungkapkan dengan cara verbal. Pasien merupakan pasien pindahan. Pasien pindah di ruang gelatik dan mulai di rawat penulis sejak tanggal 03 Desember 2020 pukul 13.00 WIB. Hasil pengkajian pada pasien, pasien sudah tenang, sudah mampu tarik nafas dalam dan akan di jadwalkan untuk melakukan latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan kontrak waktu yang akan datang.

* + 1. **Faktor Predisposisi**

1. Klien mengatakan sebelumnya sudah MRS sebanyak 4x dan yang sekarang MRS yang ke 5x. Pada tahun 2007 klien di rawat di Rumah Sakit DR Soetomo lalu disana diberi obat berwarna biru (*Trifluoperazine*) dan putih (*Trihexiphenidil*), kontrol rutin tetapi jarang meminum obat. Kemudian pada tahun 2008 klien MRS di RSJ Menur karena marah-marah sambil membawa senjata tajam seperti pisau. Kemudian klien kambuh lagi pada tahun 2012 dan dibawa oleh bapak dan satpol PP karena klien marah dan mengancam akan membunuh orang tua. Dan pada tahun 2015 klien kambuh lagi karena telat meminum obat dan dengan tanda yang sama yaitu klien marah dan mengancam ingin membunuh kedua orang tuanya.
2. Klien pernah menjadi korban kekerasan pada tahun 2000 yaitu di marahi dan dipukuli oleh ayahnya berulang kali ketika masih kecil, sehingga membuat klien takut dan bersemedi di tempat tidur, sejak saat itu klien sangat sedih dan lebih sering marah.
3. Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
   * 1. **Pemeriksaan Fisik**
4. Tanda Vital : TD :125/61 mmHg, N : 97x/menit, S : 36,2OC, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%
5. Ukur : TB : 158cm, BB : 46kg
6. Keluhan Fisik : Klien tidak mengeluh adanya rasa sakit pada badannya

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Psikososial**

Gambar 3.1 Genogram Tn. S

Klien mengatakan bahwa dirinya memiliki Bapak dan Ibu yang saat ini tinggal bersama. Kien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Dalam keluarga klien, Bapak klien merupakan orang yang berperan penting dalam pengambilan keputusan dalam keluarga. Komunikasi dalam keluarga terjalin sangat baik, dengan ayah yangs sering marah kepada klien.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Konsep diri .
2. Gambaran diri : klien mengatakan “ saya menyukai semua bagian tubuh saya dan saya puas”
3. Identitas : klien mengatakan “ saya adalah laki-laki, berumur 37 tahun, belum menikah, berasal dari jawa”
4. Peran : klien mengatakan “ saya seorang anak dan punya dua adek perempuan mbak, saya sampai saat ini belum punya pekerjaan yang mapan, saya pengen sekali bisa sembuh total dan membahagiakan kedua orang tua saya”
5. Ideal diri : klien mengatakan : “saya ingin pulang dan ingin semua keinginan saya di turuti oleh kedua orang tua saya dan orang tua saya tidak boleh pilih kasih lagi”
6. Harga diri : klien mengatakan “saya sejak kecil tidak pernah berguna di mata orang tua saya”

**Masalah keperawatan : Gangguan Konsep diri : Harga Diri Rendah**

1. Hubungan Sosial :
2. Klien mengatakan “Ibu adalah orang yang sangat berarti. Ibunya yang sayang pada klien dan ibunya adalah tempat meminta bantuan”
3. Klien mengatakan “saya dirumah tidak ikut kegiatan mbak”
4. Klien mengatakan “saya sering marah mbak kalau orang lain tidak menuruti saya, kadang orang-orang takut soalnya saya suka mengancam”

**Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan : Gangguan interaksi sosial**

1. Spiritual

Klien mengatakan “saya bergama islam dan selalu beriman kepada Allah SWT dan nabi Muhammad SAW. Tapi saya jarang sholat mbak, saya sholat kalau niat “ karena menurut klien yang penting niat.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

* + 1. **Status Mental**

1. Penampilan

Klien mengatakan “ saya jarang mandi mbak, saya mandi kalau seperlunya saja mbak, lebih penting makan daripada mandi”. Klien tampak tidak rapi, kuku panjang, rambut tidak rapi, gigi sangat kotor

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

1. Pembicaraan

Klien berbicara sangat cepat, dengan nada keras. Klien selalu berbicara mengebu-ngebu tentang orang tuanya kemudian beralih pembicaraan nongkrong di warung sambil rokokan.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Aktivitas Motorik

Klien tampak cukup aktif, klien cenderung tidak bisa diam dan selalu mondar mandir.

**Maslah Keperawatan : Resiko Mencederai orang lain**

1. Alam Perasaan

Klien mengatakan “saya kadang sedih mbak, tapi kadang juga bahagia. Saya gatau penyebabnya apa”

**Masalah Keperawatan : Gangguan alam perasaan**

1. Afek

Klien mengatakan “saya tidak suka kalau ada yang bikin saya emosi mbak, saya tahan kadang tapi kalau saya tidak kuat saya marah”. Data objektif saat wawancara afek klien cenderung labil, hal ini dibuktikan dengan berubah-ubahnya irama perasaan klien. Di satu waktu klien tampak sangat senang, namun dalam jeda waktu yang tidak terlalu lama klien tampak sedih.

**Masalah Keperawatan : Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain**

1. Interaksi selama wawancara

Dari data objektif saat wawancara, interaksi selama wawancara klien tampak kooperatif, kontak mata baik.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Persepsi Halusinasi

Klien mengatakan “ saya tidak pernah dengar suara atau melihat bayangan mbak”

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. Proses Pikir

Pada saat dilakukan wawancara klien mudah berganti topik pebicaraan mulai dari membahas masalah dengan orang tua lalu berganti nongkrong di warung sambil minum kopi dan merokok (*flight of ideas*).

**Masalah Keperawatan : Gangguan komunikasi verbal**

1. Isi pikir

Klien mengatakan “ saya curiga kepada orang tua saya mbak, palingan orang tua saya itu benci sama saya. Saya ini kayaknya bukan anak kandung mbak”

**Masalah Keperawatan : Gangguan Isi pikir**

1. Tingkat kesadaran

Klien mengatakan “gatau mbak lupa, emang sekarang tanggal berapa?”. Pada saat wawancara dan terkadang jawabannya cenderung ngelantur.

**Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir**

1. Memori

Klien mengatakan “saya tidak dapat mengingat kejadian 1 minggu terakhir ini mbak, saya juga tidak tau kenapa saya di antar kesini lagi”

**Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir**

1. Tingkat konsentrasi berhitung

Saat diberi pertanyaan mengenai berhitung dengan soal buah mangga 1 kg 10.000 jika membeli 3 kg, klien menjawab membayar 30.000.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kemampuan penilaian

Saat ditanya makan atau mandi, klien memilih makan dahulu. Karena makan adalah kebutuhan, kalau belum makan bisa sakit, kalau sakit tidak bisa mandi.

**Masalah keperawtaan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Daya tilik diri

Klien mengatakan “saya pengen sembuh mbak, saya bosan kalau masuk rumah sakit terus”

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

* + 1. **Kebutuhan Pulang**

1. Kemampuan klien memenuhi/menyediakan kebutuhan

Klien mampu memenuhi kebutuhan seperti makan, pakaian, keamanan, transposrtasi, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan uang.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kegiatan hidup sehari-hari
2. Perawatan diri

Klien mengatakan bahwa selalu mandi sendiri, pasien juga mengatakan mandi kalau seperlunya saja

Jelaskan : klien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri

**Masalah Keperawatan : Defisit Perawatan Diri**

1. Nutrisi

Klien mengatakan “selama dirawat disni makannya enak, makan 3x sehari di tambah buah-buahan, setiap makan saya selalu habis mbak, saya juga tidak ada pantangan makan

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Tidur

Klien mengatakan selama tidur tidak ada gangguan, dan selalu merasa segar setelah bangun tidur. Waktu tidur malam pukul 21.00, waktu bangun pukul 05.00

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Kemampuan klien dalam mengambil keputusan

Klien mengatakan selalu memutuskan sesuatu berdasarkan keinginannya sendiri meskipun kadang keputusannya tidak sesuai dengan yang diharapkan.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. Klien memiliki sistem pendukung

Klien mengatakan ibu klien selalu kepikiran dengan kondisi klien jika dirumah ibu selalu menemani klien, klien juga mengatakan yang mendukungnya untuk sembuh banyak, ada teman-temannya, ada perawat.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah kepeerawatan**

1. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Kien mengatakan bekerja sebagai tukang pakir dan belum melakukan kegiatan yang berhubungan dengan hobi

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Mekanisme Koping**

Respon klien saat mendapat masalah atau sesuatu yang di anggap buruk, berespon berlebihan dan cenderung mencederai diri sendiri maupun orang lain.

**Masalah Keperawatan : Koping Individu tidak efektif**

* + 1. **Masalah Psikososial dan Lingkungan**

Klien mengatakan “saya sering dikritik dan dimarahi oleh ayah saya, Klien selalu merasa bahwa orang tuanya pilih kasih. Saya berhubungan baik mbak sama lingkungan rumah saya, saya lulusan SD mbak saya juga tidak mau melanjutkan sekolah saya. Ayah saya bekerja sebagai tukang becak mbak. Saya kadang males minum obat mbak”

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

* + 1. **Pengetahuan tentang penyakit**

Klien mengatakan “sampai kapan mbak saya minum obatnya, kadang saya ini capek minum obat mbak” klien tampak kurang mengetahui mengenai tata cara minum obat dan lama minum obat.

**Masalah Keperawatan : Defisit pengetahuan : penyakit jiwa dan koping**

* + 1. **Data lain-lain**

Di dapatkan hasil pemeriksaan laboratorium pada saat awal masuk 29 November 2019 pukul 13:30 WIB

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WBC ( Leukosit) | 7,6 103/ul | 4,8-10,8 |
| RBC (Eritrosit) | 4,65 106/ul | 4,2-6,1 |
| HGB | 15,0 g/dl | 12-18 |
| HCT | 45,3 % | 37-52 |
| MCH | 97,4 FL | 79-99 |
| MCHC | 32,3 g | 33-37 |
| PLT (Trombosit) | 118 103/ul | 150-450 |
| RDW | 13,4 % | 11,5-14,5 |

* + 1. **Aspek Medik**

**Diagnosa Medis : F.20.0 🡪 *Skizofrenia***

**Terapi Medik**

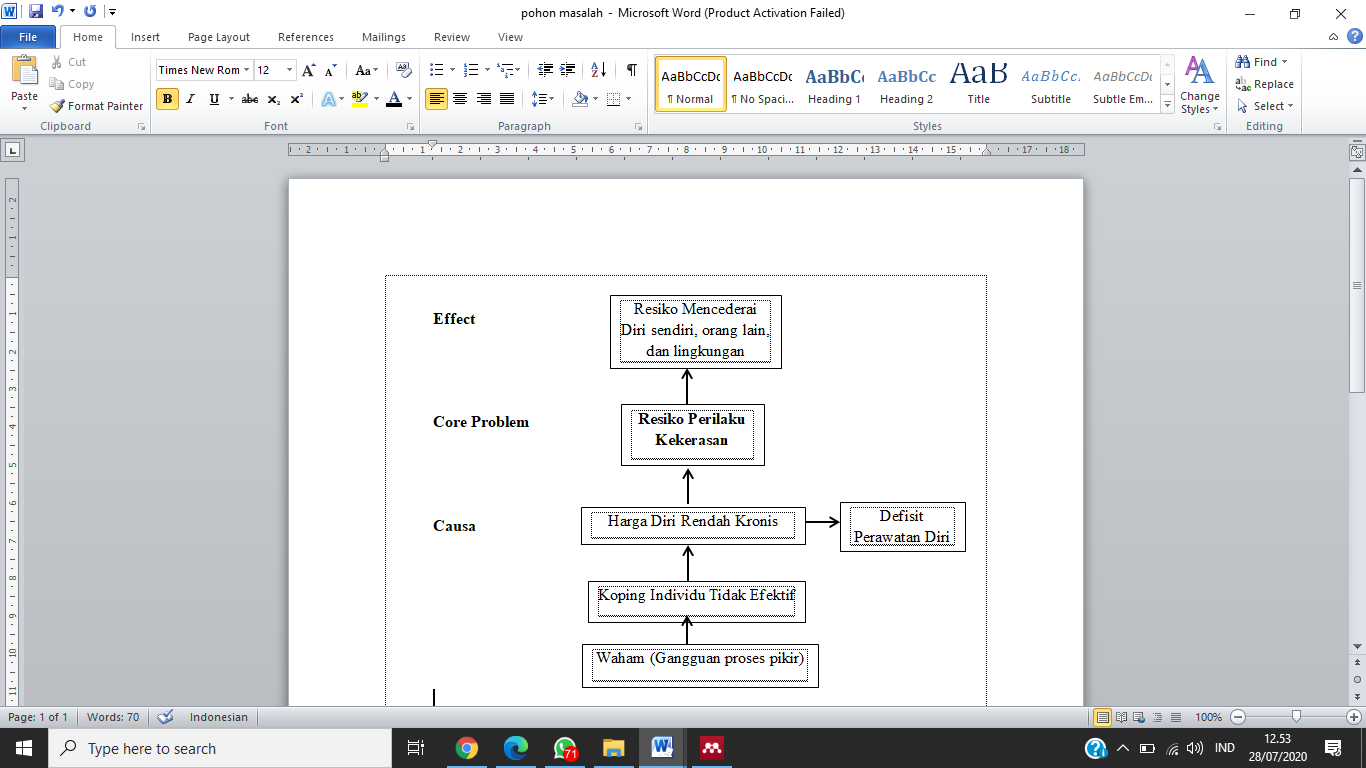
*Trifluoperazine* 2x5 mg 1-0-1 tablet diberikan peroral berfungsi untuk mengobati skizofrenia. Obat yang kedua yaitu *Trihexyphenidyl* 2x2 mg 1-0-1 tablet diberikan peroral berfungsi untuk mengobati gejala parkinson. Dan obat yang ketiga adalah *Clozapine* 2x50 mg 1-0-1 tablet diberikan peroral berfungsi mengurangi gejala psikosis.

* 1. **Analisa Data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **DATA** | **Masalah** | **Ttd** |
| 1. | DS :  Klien mengatakan marah-marah dan memukul orang tua karena tidak mau menuruti keinginannya untuk di belikan sepeda dan orang tuanya selalu pilih kasih terhadap klien.  DO :  -Klien tampak marah terhadap orang tua dan yang mengantarkannya saat di IGD.  -Klien tampak menceritakan dengan menunjukkan rasa kesal pada perawat dengan pandangan mata klien tajam | **Resiko Perilaku Kekerasan**  **(SDKI hal 312 D.0146)** | **Deno** |
| 2. | DS :  -Klien mengatakan “saya sejak kecil tidak pernah berguna di mata orang tua saya”  -Klien mengatakan sulit berkonsentrasi hal ini ditunjukkan dengan saat diajak berkomunikasi klien sering berganti topik pembicaraan.  DO :  -Klien tampak enggan mencoba hal baru dengan ditunjukkan klien bekerja dengan menjadi tukang parkir selama keluar masuk rumah sakit. | **Harga Diri Rendah Kronis**  **(SDKI hal. 192 D.0086)** | **Deno** |
| 3. | DS :  -Klien mengatakan “saya marah kalau orang tua saya tidak menuruti kemauan saya, kadang suka saya ancam mbak, kalau saya marah marah kadang tak pelototi orang tua saya, bahkan gak cuma itu mbak. Sampai saya pukul orang tua saya itu”  DO :  -Klien tampak mengungkapkan kemarahannya dengan nada bicara keras, padangan tajam dan tampak menggebu-nggebu. | **Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain** | **Deno** |

* 1. **Daftar Masalah Keperawatan**

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah Kronis
3. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain
4. Defisit Perawatan Diri
5. Gangguan proses pikir
   1. **Pohon Masalah**



Gambar 3.2 (SDKI, 2017)

**3.5 Rencana Keperawatan**

Nama Klien : Tn.S No. RM : 0338X Ruangan : Gelatik

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan | | | Rasional |
| Tujuan | Kriteria Hasil | Tindakan Keperawatan |
| 1. | Resiko Perilaku Kekerasan | 1. Kognitif, klien mampu : 2. Menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan 3. Menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 4. Menyebutkan akibat yang di timbulkan 5. Menyebutkan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan 6. Psikomotor, klien mampu : 7. Mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan relaksasi : tarik nafas dalam, pukul bantal/kasur. 8. Berbicara dengan baik : mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik. 9. Melakukan deesklasi yaitu mengungkapkan perasaan marah secara verbal atau tertulis 10. Melakukan kegiatan ibadah seperti sholat, dzikir, dll 11. Patuh minum obat dengan 5 benar (benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu). 12. Afektif, klien mampu : 13. Merasakan manfaat dari latihan yang dilakukan 14. Membedakan perasaan sebelum dan sesudah latihan | Setelah dilakukan interaksi selama 5 x 20 menit klien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan. | SP 1 Klien :   1. Identifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan. 2. Identifikasi tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan 3. Identifikasi perilaku yang di lakukan 4. Identifikasi akibat resiko perilaku kekerasan 5. Ajarkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan 6. Latih pasien cara kontrol perilaku fisik (tarik nafas dalam) 7. Bimbing pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. | SP 1 klien :   1. Untuk menentukan mekanisme koping dan tindak lanjut keperawatan. 2. Memudahkan klien mengidentifikasi tanda dan gejala saat klien marah. 3. Memberikan pengetahuan kepada klien tentang perilaku yang di lakukan apakah benar atau salah 4. Agar pasien dapat menyadari akibat perilaku yang ditimbulkan oleh klien 5. Dengan mengajarkan cara mengontrol dapat mempermudah klien untuk mengontrol marah saat marahnya datang. 6. Dengan tarik nafas dalam akan meredam emosi klien. 7. Dengan memasukkan dalam jadwal aktivitas, penulis dapat mngawasi pasien saat penulis tidak bersama klien. |
|  |  |  |  | SP 2 Klien:   1. Validasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Latih klien cara kontrol resiko perilaku kekerasan fisik II (pukul kasur/bantal) | SP 2 klien :   1. Untuk mengevaluasi latihan pada pertemuan sebelumnya 2. Dengan latihan cara fisik yang ke dua, diharapkan klien dapat melaksanakan cara tersebut saat klien marah. |
|  |  |  |  | SP 3 Klien :   1. Validasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Latih klien cara kontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik) 3. Bimbing klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | SP 3 Klien :   1. Untuk mengevaluasi latihan pada pertemuan sebelumnya. 2. Dengan cara verbal, diharapkan klien dapat mengubah sikapnya. 3. Jadwal kegiatan harian ditujukkan agar kien dapat menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. |
|  |  |  |  | SP 4 Klien :   1. Validasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Jelaskan cara kontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual . 3. Bimbing klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian | SP 4 klien :   1. Untuk mengevaluasi kegiatan yang sudah di lakukan 2. Dengan cara spiritual diharapkan klien lebih dekat dengan tuhan dan selalu berpikiran positif 3. Jadwal kegiatan harian ditujukkan agar kien dapat menerapkan dalam kehidupan sehari-hari |
|  |  |  |  | SP 5 Klien :   1. Validasi masalah dan latihan sebelumnya 2. Jelaskan cara kontrol resiko perilaku kekerasan dengan minum obat (prinsip 5 benar minum obat). 3. Bimbing klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian | SP 5 klien :   1. Untuk mengevaluasi kegiatan yang sudah di pelajari kemarin 2. Dengan klien mengetahui prinsip minum obat dengan benar, dan manfaat obat. Diharapkan klien tidak malas lagi saat minum obat 3. Jadwal kegiatan harian ditujukkan agar kien dapat menerapkan dalam kehidupan sehari-hari |
|  |  | Keluarga mampu merawat klien dirumah. | Setelah di lakukan interaksi bersama keluarga selama 2x20 menit diharapkan keluarga dapat merawat anggota keluarga dengan resiko perilaku kekerasan. | SP 1 Keluarga :   1. Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien. 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan. 3. Jelaskan cara-cara merawat klien resiko perilaku kekerasan. | SP 1 keluarga :   1. Dengan berdiskusi bersama keluarga tentang masalah yang di rasakan klien, diharapakan keluara mengetahui tindakan yang tepat 2. Agar keluarga mampu mengetahui tanda, gejala dan perilaku klien 3. Agar klien tidak merasa terasingkan dan mendapat dukungan dari keluarga. |
|  |  |  |  | SP 2 Keluarga :   1. Evaluasi kemampuan keluarga 2. Latih keluarga merawat klien pada pasien langsung. | SP 2 Keluarga :   1. Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam merawat klien 2. Dengan melatih klien secara langsung, dapat memudahkan keluarga |
|  |  |  |  | SP 3 Keuarga :   1. Evaluasi kemampuan keluarga 2. Bantu keluarga membuat jadwal aktivitas klien di rumah termasuk minum obat. 3. Jelaskan rencana tindak lanjut | SP 3 keluarga :   1. Untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam merawat klien 2. Membantu keluarga dalam membuat aktivitas klien saat dirumah 3. Agar mempercepat proses penyembuhan klien dirumah |

**3.6 Tindakan Keperawatan**

Nama : Tn. S No.Rm : 03389x Ruangan : Gelatik

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl | Dx Keperawatan | Implementasi | Evaluasi | Ttd |
| 4 Des 2019 | Resiko Perilaku Kekerasan | SP 1 :   1. Membina Hubungan saling percaya 2. Mengevaluasi penyebab, tanda dan gejala, akibat resiko perilaku kekerasan. 3. Menyebutkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan 4. Membantu klien mempraktekan latihan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur 5. Menganjurkan Klien memasukkan dalam kegiatan harian | S :   1. “Selamat sore juga mba, nama saya Tn.S” “Boleh mbak, disini aja ya” 2. “Oh iya mbak, saya ingat yang di ajarkan perawat di ruang kemarin. Penyebab marah saya itu karena tidak di turuti oleh orang tua, gejalanya saya selalu marah-marah dan mengancam, tatapan mata saya tajam mbak”   “Iya, akibatnya banyak orang yang takut sama saya mbak”   1. “Oh iya mbak, saya ingat. Yang tarik nafas dalam sama pukul bantal itu kan?” 2. “ya mbak, benar kan mbak yang sudah saya praktekkan? 3. “Iya mbak, saya mau membuat jadwal aktivitas saya”   O:   1. Pasien tampak kooperatif 2. Ada respon/ *feedback* yang baik 3. Pasien mampu mencontohkan kegiatan yang telah diberikan perawat diruang sebelumnya 4. Pasien tampak nyaman ketika di ajak berbicara   A :  Secara kognitif, afektif, dan psikomotor Klien mampu membina hubungan saling percaya, dengan cara berjabat tangan, menjawab salam, mampu memperkenalkan diri, kontak mata cukup baik, dan kooperatif. Pasien juga mampu mengidentifikasi, dan menyebutkan cara mengontrol kekerasan. Mencontohkan cara melatih resiko perilaku kekerasan seperti tarik nafas dalam/pukul bantal. Klien sudah mampu memasukkan dalam jadwal kegiatan harian tetapi klien belum mampu mempraktikkan pemenuhan kebutuhan tersebut karena pasien tidak mempunyai kertas untuk digambar.  P :  Di evaluasi kembali SP 1, lanjutkan SP 2 | **Deno** |
| 5 Des 2019 | Resiko Perilaku kekerasan | SP 2 :   1. Mengevaluasi cara mengontrol emosi dengan pukul bantal, tetapi klien berkata enggan melakukannya. 2. Mengevaluasi cara mengontrol emosi dengan cara verbal 3. Menganjurkan Klien memasukkan dalam kegiatan harian | S :   1. “Pagi Juga mbak” 2. “Ohiya mbak, yang tarik nafas dalam itu kan ? sama pukul bantal? Tapi mnak, saya gasuka mbak kalo disuruh pukul bantal/kasur mbak” 3. ‘Oh iya mbak, kalau yang itu saya ingat. Saya juga sekarang berkata seperti itu mbak kalau ada temen yang menggoda saya” 4. “iya mbak, kalau yang tarik nafas dalam sama berkata baik itu sudah saya masukkan dalam kegiatan harian saya mbak”   O:   1. Klien tampak kooperatif 2. Ada *feedback* dari yang sudah di ajarkan diruangan sebelumnya 3. Klien mencontohkan tarik nafas dalam sebanyak 2x, tetapi klien tidak mau mencontohkan pukul bantal/kasur   A :  Secara kognitif, afektif, dan psikomotor Klien mampu mengetahui cara mengontrol emosi, tetapi klien enggan mempraktekkannya. Klien juga dapat mengontrol emosi dengan cara verbal  P :  Di evaluasi kembali SP 1 dan 2, Lanjutkan ke SP 3 yaitu mengontrol dengan minum obat | **Deno** |
| 06 Des 2019 | Resiko Perilaku Kekerasan | SP 3 Klien :   1. Menyebutkan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan minum obat dengan prinsip 5 benar (benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu) 2. Menjelaskan manfaat dan akibat berhenti obat minum obat 3. Menganjurkan Klien membuat jadwal minum obat secara teratur | S :   1. “ Saya kalau mau minum obat harus benar obatnya dan buat siapa mbak, biasanya tak lihat di plastiknya” 2. “Obat untuk menyembuhkan penyakit saya yang suka marah-marah ini mbak. Aslinya saya kalau marah pengen langsung minum obat mbak” 3. “Kalau di rumah sakit itu enak mbak minum obat ada yang ngawasin, tapi kalau di rumah kadang saya suka lupa mbak”   O :   1. Klien menjawab dengan benar 2. Klien tampak tenang saat di jelaskan 3. Klien mengakhiri sesi latihan terlebih dahulu   A :  Secara kognitif, afektif dan psikomotor Klien sudah mampu menjelaskan dan menyebutkan akibat dari berhenti obat.  P :  Di evaluasi kembali SP 1,2, 3. SP 3 dilanjutkan | **Deno** |
| 07 Des 2019 | Resiko Perilaku Kekerasan | SP 3 Klien :   1. Mengevaluasi dengan menyebutkan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan minum obat dengan prinsip 5 benar (benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu) 2. Menjelaskan manfaat dan akibat berhenti obat minum obat 3. Menganjurkan Klien membuat jadwal minum obat secara teratur 4. Mengajarkan cara spiritual | S :   1. “ Oh iya mbak saya ingat, benar obat benar nama, benar dosis, benar cara dan benar waktu minum obat kan mbak ?” 2. “Obat untuk menyembuhkan penyakit saya yang suka marah-marah ini mbak. Agar saya tidak marah-marah lagi kan mbak” 3. “Iya mbak, saya sudah mencoba menulis di jadwal kegiatan harian saya mbak, biar saya tidak lupa juga kan” 4. “Oh iya saya ingat mbak, sholat dan berdzikir kan. Saya ini kadang suka bolong-bolong sholatnya”   O :   1. Klien menjawab dengan benar 2. Klien tampak tenang saat di jelaskan 3. Klien merasa senang ada yang mengajari cara minum obat yang benar 4. Klien sudah memasukkan latihan ke dalam jadwal aktivitas harian klien   A :  Secara kognitif, afektif dan psikomotor Klien sudah mampu menjelaskan dan menyebutkan akibat dari berhenti obat. Dan klien juga mampu menyebutkan cara melatih resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.  P :  Di evaluasi kembali SP 1,2, 3. SP 3 dilanjutkan |  |
| 08 Des 2019 | Resiko Perilaku Kekerasan | TAK :   1. Klien mampu memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama, hobi, dan asal pasien | S:  “iya mbak, saya mau mencoba ikut kegiatan”  O :   1. Klien tampak kooperatif 2. Klien tampak berbaur dengan teman-teman yang ikut TAK 3. Klien mampu memperkenalkan diri, menyebutkan hobi dan asal pasien   A :  Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menjelaskan nama, hobi dan asal klien. Klien juga tampak berbaur dengan teman teman yang ada, klien dapat mempraktekkan apa yang di ajarkan oleh perawat  P :  Lanjutkan TAK sesi selanjutnya | **Deno** |
| 09 Des 2019 | Resiko Perilaku kekerasan | TAK :   1. Klien mampu berkenalan dengan teman dan mampu menyebutkan stimulasi penyebab kemarahannya. | S:  “iya mbak, itu namanya marobeni, asalnya sidoarjo, hobinya bernyanyi”  “Oh saya ingat mbak, saya marah gara-gara gak diturutin dibeliin motor mbak”  O :   1. Klien tampak kooperatif 2. Klien tampak berbaur dengan teman-teman yang ikut TAK 3. Klien mampu menyebutkan kembali nama teman, hobi dan asal teman klien   A :  Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu menyebutkan nama, hobi dan asal rekan klien. Klien juga tampak berbaur dengan teman teman yang ada, klien dapat mempraktekkan apa yang di ajarkan oleh perawat  P :  Lanjutkan TAK sesi selanjutnya | **Deno** |
| 10 Des 2019 | Resiko Perilaku Kekerasan | TAK :   1. Klien mampu menyebutkan respon yang dirasakan saat marah (tanda dan gejala). | S : “iya mbak saya ingat, kalau saya marah sayarasanya ingin memukul siapa saja yang ada di dekat saya, saya ingat tangan saya mengepal, terus mulut saya kaya gregert-greget itulo mbak”  O :   1. Klien tampak kooperatif 2. Klien tampak berbaur dengan teman-teman yang ikut TAK 3. Klien mampu bertanya tentang kehidupan pada anggota kelompok lainnya   A :  Secara kognitif, afektif, dan psikomotor klien mampu bertanya kepada anggota kelompok lainnya serta bercakap-cakap tentang kehidupan. Klien juga tampak berbaur dengan teman teman yang ada, klien dapat mempraktekkan apa yang di ajarkan oleh perawat  P :  Lanjutkan TAK sesi selanjutnya |  |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn.S dengan Resiko Perilaku kekerasan  : *Skizofrenia* *paranoid* di ruangan Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, dianosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri pengumpuanl dan kebutuhan,  atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis,  psikologis,  sosial,  dan  spiritual (Keliat, 2010). Pada tahap pengkajian melalui wawancara dengan  klien,  penulis tidak  mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan  perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien  sehingga klien dapat terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut Yosep & Sutini (2014), Resiko Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayahkan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol. Sedangkan menurut teori Derja ( 2011), tanda dan gejala pada klien dengan resiko resiko perilaku kekerasan adalah ditandai dengan: wajah memerah, tegang, tidak nyaman merasa terganggu, dendam jengkel, mengamuk, gangguan. Hubungan sosial, dan menarik diri. Menurut Direja (2011,132), ada beberapa faktor penyebab resiko perilaku kekerasan seperti : faktor predisposisi, faktor presipitasi.

Klien dibawa oleh kedua orang tuanya dikarenakan mengamuk, dan menurut klien dibawa ke rumah sakit kembali karena penyakitnya kambuh. Klien mengatakan ini sudah kali keempat masuk ke rumah sakit dengan masalah yang sama. Berdasarkan catatan keperawatan, mulai tahun 2007 Klien di rawat di Rumah Sakit DR Soetomo lalu disana diberi obat berwarna biru putih, kontrol rutin tetapi jarang meminum obat. Kemudian pada tahun 2008 Klien MRS di RSJ Menur karena marah-marah sambil membawa senjata tajam seperti pisau. Kemudian klien kambuh lagi pada tahun 2012 dan dibawa oleh bapak dan satpol PP karena klien marah dan mengancam akan membunuh orang tua. Dan pada tahun 2015 klien kambuh lagi karena telat meminum obat dan dengan tanda yang sama yaitu klien marah dan mengancam ingin membunuh kedua orang tuanya. Dari hasil pengkajian pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan di dapatkan klien pernah di pukuli oleh ayahnya sewaktu kecil, dimarahi dan membekas sampai klien dewasa. Berdasarkan pada tinjauan kasus klien mengatakan “orang tua saya tidak sayang sama saya, mereka benci pada saya, saya bukan anak kandungnya” sambil berbicara dengan nada bicara keras dan mata melotot. Maka berdasarkan data di atas penulis mengambil kesimpulan antara teori dan kasus nyata tidak terdapat kesenjangan karena didapatkan data dari kasus nyata sama dengan teori baik penyebab dan tanda gejala sama (Derja, 2011). Pengkajian pada data Tn.S data objektif didapatkan isi pikiran klien termasuk dalam isi pikir curiga, klien suka merasa curiga bahwa orang tuanya benci dengan dirinya dan tidak menggangap dia anak kandungnya.

Selama proses pengkajian pada Tn.S terdapat adanya faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung dari proses pengkajian adalah klien kooperatif selalu menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh penulis sehingga mempermudah penulis dalam menggali data-data masalah yang ada pada klien. Klien bersedia diajak bebicara dan senang saat diajak berbicara serta tidak menolak ajakan penulis dalam menggali data pada klien. Sedangkan faktor penghambat dalam melakukan pengkajian yaitu tidak adanya keluarga Klien untuk menggali informasi dan tidak dapat melakukan validasi data yang didapat dari klien sehingga penulis hanya mendapat data dari interaksi dengan klien dan data rekam medis klien.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan teori menurut Yosep & Sutini (2014), ada 8 diagnosa keperawatan sebagai berikut : Resiko Perilaku kekerasan, Harga diri rendah kronik, resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, lingkungan). Perubahan persepsi sensori : halusinasi, isolasi sosial, berduka fungsional, Koping tidak efektif, Koping keluarga tidak efektif. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang muncul hanya 5 yaitu : Resiko Perilaku Kekerasan, Harga diri rendah Kronis, Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, Gangguan kognitif, Gangguan proses pikir. Diagnosa keperawatan yang diangkat berdasarkan core problem adalah : Resiko perilaku kekerasan. Alasan mengapa penulis mengangkat diagnosa resiko perilaku kekerasan sebagai core problem adalah berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan klien dengan resiko perilaku kekerasan. Resiko Perilaku kekerasan di sebabkan banyak faktor salah satu faktor penyebabnya adalah Koping Individu tidak efektif. Awalnya individu berada pada satu situasi yang penuh dengan stressor, individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi peran.

Menurut penulis tidak ada kesenjangan antar teori dan kasus nyata karena dalam analisa data dan diagnosa yang ada di teori sama dengan yang ada pada kasus Tn. S.

* 1. **Rencana Keperawatan**

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Resiko Perilaku kekerasan : *Skizofrenia paranoid* yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) Klien yang terbagi dua streategi yang tertuju pada Klien dan keluarga. Pada tinjauan teori terdapat delapan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien.

1. Sp 1 Klien, klien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang di lakukan, akibat, dan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam).
2. Sp 2 Klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi latihan nafas dalam, latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul bantal/kasur), menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).
3. Sp 3 Klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan resiko perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik), susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).
4. Sp 4 klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa).
5. Sp 5 klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan obat (bantu Klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar [benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu).
6. Sp 1 Keluarga, yaitu Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat Klien resiko perilaku kekerasan di rumah (diskusi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat Klien, diskusikan bersama keluar tentang resiko perilaku kekerasan [penyebab, tanda, dan gejala, perilaku yang dan muncul dari akibat perilaku tersebut], diskusikan bersama keluarga kondisi Klien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda atau orang lain )
7. SP 2 Keluarga, Melatih keluarga melakukan cara cara mengendalikan kemarahan (evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah,   anjurkan keluarga untuk memotivasi Klien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat,  ajarkan keluarga untuk memberikan  pujian kepada Klien jika Klien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat,  diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika Klien menunjukkan gejala-gejala resiko perilaku kekerasan).
8. Sp 3 Keluarga, membuat perencanaan pulang bersama keluarga.

Dalam rencana keperawatan juga akan dilakukan Terapi Aktivitas Kelompok dengan sasaran pasien dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan dengan Terapi Stimulasi persepsi dengan berberapa tujuan yaitu :

1. Klien dapat menyebutkan stimulasi penyebab kemarahannya.
2. Klien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah.
3. Klien dapat menyebutkan respon yang dilakukan saat marah.
4. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan
   1. **Tindakan Keperawatan**

Pada tinjauan teori implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata implmentasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksankan tindakan keperawatan, yang biasa dilakukan perawat adalah menggunkan rencana tidak tertulis yaitu apa yang dipikirkan, dirasakan itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih dibutuhkan dan sesuai oleh keadaan klien saat ini (*her and now).* Pada saat akan melaksanakan tindakan perawat membuat kontrak terlebih dahulu dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta yang diharapkan klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respon klien (Keliat, 2010).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kien telah di sesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan klien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan yang akan dilakukan, diantaranya :

1. Sp 1 Evaluasi Klien, klien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, resiko perilaku kekerasan yang di lakukan, akibat, dan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam).
2. Sp 2 Evaluasi Klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (evaluasi latihan nafas dalam, latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul bantal/kasur), menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).
3. Sp 3 Evaluasi Klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal harian tentang dua cara fisik mengendalikan resiko perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik), susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).
4. Sp 3 klien, perawat membantu klien latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan obat (bantu Klien minum obat secara teratur dengan prinsip 5 benar benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu). Dan mengajarkan kembali cara melatih resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif dalam pelaksanaan kegiatan klien menuruti sesuai arahan yang diberikan perawat pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan mulai tanggal 03 Desember 2019 sampai dengan 08 Desember 2019.

Sp 1 dilaksanakan dalam 1 hari, yaitu pada tanggal 03 Desember pukul16.00 WIB. selama 15 menit di meja tengah dengan posisi duduk berhadapan. Klien kurang kooperatif dan kontak mata kurang fokus, saat saat dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan membina hubungan saling percaya, Klien mau menyebutkan nama panjang dan nama panggilannya, Klien mampu mengenal pemicu marah yang dialami Klien, Klien mengatakan “saya jengkel sama kedua orang tua saya mbak”, rasa marah tersebut timbul karena keinginan Klien tidak terpenuhi. Saat di ajarkan untuk mengevaluasi latihan tarik nafas dalam klien mampu memperagakannya 2x. Pada saat di lakukan wawancara untuk Sp 1 jawaban selalu sampai pada tujuan namun Klien sering menoleh ke arah teman-temannya. Klien terlihat antusias ketika di ajarkan cara yang pertama. Saat tahap kerja telah terlaksana Klien kemudian tiba-tiba berdiri dan pergi meninggalkan perawat dengan alasan ke kamar mandi. Klien merupakan pasien yang tetap dari tahun 2007 dengan obat yang kurang teratur.

Sp 2 dilakukan pada hari berikutnya pada tanggal 4 Desember 2019 pukul 10.00 WIB selama 15 menit di meja tengah dengan posisi duduk berhadapan. Pada pertemuan ke 2 Klien duluan yang menyapa dan mengajak ngobrol. Evaluasi sp 1 di dapatkan klien mampu menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pulul bantal/kasur. Klien juga menjelaskan kembali cara latihan yang selanjutnya yaitu dengan cara verbal yaitu menolak dengan cara baik, menunggkapkan dengan baik dan menolak dengan baik. Di dalam wawancara kontak mata Klien cukup baik, selanjutnya perawat mengajarkan cara melatih marah dengan memukul bantal/kasur, tetapi Klien enggan melakukannya.. Dan untuk kontrak selanjutnya klien sangat antusias dengan latihan yang diberikan oleh perawat, dan klien mengiyakan untuk kontrak besoknya.

Sp 3 di lakukan pada hari berikutnya pada tanggal 5 Desember 2019 pukul 10.00 WIB selama 15 menit di meja makan dengan posisi duduk berhadapat. Dalam pertemuan kali ini perawat mengevaluasi latihan yang telah di ajarkan pada Klien, Klien mampu mengontrol emosi dengan tarik nafas dalam dan menyebutkan kontrol emosi yang lainnya yaitu memukul bantal/kasur. Pada saat Klien menjelaskan tentang apa yang sudah di ajarkan Klien mengatakan “kemarin saya emosi lagi mbak, terus saya tarik nafas dalam”. Perubahan afek terjadi saat Klien di sarankan untuk memasukkan kegiatan tersebut ke dalam jadwal harian Klien, dan meminta Klien untuk berkata dengan baik dengan contoh “saya jadi marah dengan perkataanmu, tolong kalau berbicara yang baik”. Selanjutnya penulis menjelaskan cara mengontrol emosi dengan cara minum obat, dengan prinsip 5 benar yaitu benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu. Klien sangat antusias ketika dijelaskan oleh penulis, dan klien meminta untuk di ulang lagi besoknya. Karena menurut klien, klien kambuh karena tidak teratur saat minum obat.

Sp 3 evaluasi dilakukan pada hari berikutnya yaitu tanggal 6 Desember 2019 pukul 10.00 WIB selama 20 menit di meja tengah dengan posisi duduk berhadapan. Pertemuan ini bertujuan untuk mengevaluasi kegiatan sebelumnya yaitu mengontrol marah dengan cara minum obat sesuai dengan prinsip 5 benar, yaitu benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu. Dan mengevaluasi seluruh kegiatan yang telah dilakukan selama 3 hari terakhir. Klien mampu menyebutkan latihan yang telah di ajarkan oleh perawat dari tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur, menolak sesuatu dengan berkata baik. Klien saat ini sudah mulai percaya dengan perawat dan tidak meninggalkan sesi kali ini. Klien juga mampu mengingat cara melatih resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Dalam rencana asuhan keperawatan juga dilakukan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). Pada pertemuan pertama selain perkenalan dengan satu sama lain, klien juga mampu menyebutkan penyebab kemarahannya. Pada pertemuan selajutnya klien juga dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah itu datang. Pada pertemuan selanjutnya klien juga mampu melakukan respon yang dirasakan saat marah datang, pasien mampu menjelaskan dengan baik sampai pertemuan ketiga dikarenakan klien sudah berkali kali melakukan TAK ini. Dan pada pertemuan terakhir klien juga dapat menyebutkan akibat dari amuk yang dirasakan olehnya.

Menurut penulis kesenjangan yang terjadi dalam tinjauan teori dan tinjauan kasus, penulis tidak dapat melaksanakan SP keluarga karena waktu yang sangat terbatas dan keluarga tidak mengunjungi Klien sehingga tidak melakukan SP keluarga. Padahal dalam merawat Klien dengan gangguan jiwa dibutuhkan dukungan keluarga, dimana Klien tidak bisa selamanya berada di rumah sakit dan suatu saat Klien akan kembali dikeluarga dan keluarga lah yang merawatnya dan mengawasi untuk meminum obat. Disini terlihat bahwa dukungan keluarga sangat kurang dengan bukti pada pengkajian bahwa pengobatan sebelumnya tidak berhasil karena Klien jarang minum obat. Seharusnya disinilah peran keluarga yang penting unruk merawat dan memberi dukungan pada Klien.

* 1. **Evaluasi**

Tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat dilaksanakan dengan baik dimana kami dapat mengetahui keadaan klien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi pada tinjauan pustaka berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon klien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi di lakukan setiap hari selama klien di rawat di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon klien terhadap intervensi keperawatan yang telah di lakukan.

Pada tanggal 3 Desember 2019 penulis melakukan SP 1 Klien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, resiko perilaku kekerasan yang di lakukan, akibat, dan cara mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama (latihan nafas dalam). Hari berikutnya tanggal 4 Desember 2019 penulis melakukan SP 2 dan klien mampu menyebutkan mengontrol marah dengan cara vebral yaitu mengungkapkan dengan baik, meminta dengan baik dan menolak enggan baik. Pada hari ketiga tanggal 5 Desember 2019 klien belum mampu mencapai SP 3 yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan minum obat sesuai prinsip 5 benar yaitu benar nama, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu. Pada hari ke 4 Klien mencapai SP 4 yaitu menjelaskan kembali prinsip 5 benar serta mengajarkan kembali cara spiritual dan mengevaluasi seluruh kegiatan yang telah dilakukan selama 4 hari terakhir.

Pada tahap evaluasi klien mampu melakukan SP sesuai pertemuan, hanya pada saat SP 2 klien enggan melakukannya, Klien juga mampu menerapkan apa yang sudah di ajarkan pada jadwal kegiatan hariannya. Hal itu diketahui pada saat penulis mengamati dari jauh dan klien mengatakan pada penulis secara langsung. Tetapi tidak menutup kemungkinan rencana keperawatan yang di harapkan dapat tercapai secara keseluruhan oleh klien.

Pada tahap evaluasi TAK pasien dapat menyebutkan semua yang ada pada TAK stimulasi persepsi, hal ini didukung oleh alasan karena klien sudah berulang kali masuk rumah sakit dengan resiko perilaku kekerasan. Pertemuan pertama klien mampu menyebutkan stimulasi penyebab kemarahannya, dilanjutkan dengan klien mampu menyebutkan respon saat marah. Pada pertemuan ketiga klien juga mampu menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah dan pertemuan terakhir klien mampu menyebutkan akibat dari marahnya.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada klien dengan masalah utama resiko resiko perilaku kekerasan : *skizofrenia* *paranoid* Pada Tn. S di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan resiko perilaku kekerasan : *skizofrenia paranoid*

* 1. **Simpulan**

Dari hasil uraian yang telah dibahas tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan : *skizofrenia paranoid*, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan : *skizofrenia paranoid* pada Tn.S di ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, didapati bahwa Resiko Perilaku Kekerasan ialah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain, artinya segala tindakan amuk kien dapat membahayakan dirinya, orang lain dan ingkungannya. Respon dari resiko perilaku kekerasan ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, penanganan klien dengan resiko perilaku kekerasan perlu dilakukan secara tepat oleh perawat sekaligus tim medis lainnya.
2. Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan akan mengalami beberapa masalah psiklogis dan social. Masalah asuhan keperawatan yang timbul adalah Harga Diri Rendah, Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, Gangguan proses pikir.Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan klien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa karena banyak tindakan yang memerlukan kesadaran dan kerja sama perawat dan klien.
3. Rencana tindakan yang dilakukan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah klien dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala, resiko perilaku kekerasan yang dilakukan serta akibat dari resiko perilaku kekerasan. Klien dapat mengontrol dengan latihan fisik, minum obat,dan mengontrol secara verbal , serta melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah klien dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala, resiko perilaku kekerasan yang dilakukan serta akibat dari perilaku kekerasan. Klien dapat mengontrol dengan latihan fisik, minum obat, mengontrol secara verbal, serta melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.
5. Evaluasi keperawatan yang dapat dilihat pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah klien sudah dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala, resiko perilaku kekerasan yang dilakukan serta akibat dari perilaku kekerasan. Klien dapat mengontrol dengan latihan fisik, minum obat, mengontrol secara verbal, serta melakukan kegiatan sesuai jadwal yang dibuat.
   1. **Saran**

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

1. Bagi Institusi

Untuk lebih memperluas dan menambahkan pengetahuan dan ketrampilan bagi mahasiswa khususnya tentang pemberian asuhan keperawatan jiwa, sehingga mahasiswa lebih profesional dalam mengaplikasikan pada kasus secara nyata.

1. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan mutu pelayanan, dan hasil studi kasus dapat memberikan review kembali kepada perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid* dengan baik. Dan untuk perawat yang sudah bekerja agaknya memberikan contoh yang baik dan benar dalam menangani pasien dengan kasus resiko perilaku kekerasan.

1. Bagi Penulis

Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional, penulis diharapkan agar lebih menambah pengetahuan dan wawasan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa medis *skizofrenia paranoid*, penulis lebih meningkatkan komunikasi terapeutik dalam berinteraksi dengan kliken. Penulis juga mengerjakan kegiatan yang lebih di rencanakan untuk klien kemudian memantau Klien apakah kegiatan tersebut dilakukan atau tidak.

**DAFTAR PUSTAKA**

Admin. (2010). *Psikologi keluarga Penderita Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

Deden, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Derja, A. H. . (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

dr. Setiadi, G. (2014). *Pusat Pemulihan dan Pelatihan Gangguan Jiwa*. Purworejo: Tirto Jiwo.

Handayani. (2015). Faktor Resiko Kejadian Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *Indonesian Psychological Journal*.

Indonesia, P. P. N. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Keliat, B. A. (2006). *Proses Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Keliat, B. A. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.

Keliat, B. A. (2020). *Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V. Cetakan 2 – Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya.* Jakarta: PT Nuh Jaya.

Nasir, A., & Abdul, M. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.

O’Brien, P. (2014). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik*. Jakarta: EGC.

Prasetya, A. . (2018). Efektivitas Jadual Aktivitas Sehari-hari Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan .*, *Vol. IV No*, 18–29.

Soekidjo, N. (2010). *Promosi Kesehatan ; Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.

Stuart, G. . (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

WHO. (2016). *The World Health Organization Report*.

Yosep, H. ., & Sutini, T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung: Refika Aditama.

Yusuf, A., PK, R. F., & Nihayati, H. E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

**Lampiran 1**

**CURRICULUM VITAE**

Nama : Wahyu Denoveta Sari

Tempat, Tanggal lahir : Kulon Progo, 24 November 1996

Alamat : Jl. Yos Sudarso BY-05, Wisma Tropodo Waru Sidoarjo

Email : wahyudenovetasari@gmail.com

Riwayat pendidikan :

1. TK Kemala Bhayangkari 77 Wates-Kulon Progo 2003
2. SD Negeri Tropodo III Waru Sidoarjo 2009
3. SMP Negeri 1 Waru Sidoarjo 2012
4. SMA Negeri 1 Waru Sidoarjo 2015
5. Stikes Hang Tuah Surabaya 2019

**Lampiran 2**

**MOTTO**

“Aja Gumunan, Aja Kagetan, Aja Aleman, Aja Getunan”

**PERSEMBAHAN**

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Bapak dan Ibu yang telah memberikan dukungan immaterial dan material serta semangat yang luar biasa tiada hentinya mendoakan anak-anaknya.
2. Kedua adik saya, Husein dan Hassan yang selalu menghibur dan memberikan semangatnya dalam mengerjakan penyelesaian tugas akhir ini.
3. Sahabat-sahabat terdekatku, Aisyah Putri Aritami dan Kharisma, saya tidak menyangka pertemuan berawal dari awal profesi berlanjut sampai sekarang. Untuk Brahmayda yang selalu saya jadikan tempat berkeluh kesah dan membantu saya dalam berbagai hal.
4. Teman-teman ners A10 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Terimakasih banyak keluarga kecilku, sudah mau menerima saya.

**Lampiran 3**

**SRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-1**

Nama : Tn.S Tanggal : 03 Desember 2019

1. Proses Keperawatan
   1. Kondisi Klien

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan, klien nampak dengan nada bicara yang tinggi, pandangan mata tajam, dan jalan mondar-mandir.

* 1. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

* 1. Tujuan Diagnosa

Klien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan

* 1. Tindakan keperawatan

1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
5. Melakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal/ kasur
6. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI
7. Salam Terapeutik

“ Selamat sore pak, Perkenalkan nama saya Wahyu Denoveta, biasa dipanggil denok, saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah. Pagi ini saya sedang bertugas di ruang ini. Saya hari ini bertugas mulai jam 12 siang sampai jam 7 malam nanti. Nama bapak siapa? Lebih senang dipanggil siapa?” “Pak, kemarin sewaktu di ruangan sebelumnya wijaya kusuma sudah diajarkan apa saja ? Coba yuk pak diskusi bareng sama saya, barangkali saya lupa” “Oh begitu......”

1. Evaluasi atau validasi

“ Bagaimana perasaan bapak hari ini?” masih ada perasaan kesal dan marah? Pak bagaimana kalau ikut saya berbincang-bincang di ruang tengah?’

1. Kontrak
2. Topik

“Baiklah, sekarang kita akan mengulang kembali apa yang sudah di ajarkan diruangan sebelumnya”

1. Tempat

“Bapak lebih suka kita ngobrol dimana sekarang ? Bagaimana kalau diruang tengah pak ?”

1. Waktu

“Bapak mau kita ngobrol berapa lama ? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak setuju?” Baik

1. Kerja (Tindakan)

“ Coba di sebutkan apa saja yang bapak ingat dari yang di ajarkan perawat di ruangan kemarin ? Baik, betul sekali. Jadi, bapak sudah tau ya penyebab bapak marah itu kenapa, oh kalau tanda-tanda orang marah itu seperti itu pak ? Baik”   
“Lalu apa saja yang di ajarkan lagi, hayo bapak ingat gak ? Betul sekali, coba yuk pak kita praktekkan bersama-sama pak”  
“Baik, bapak apakah sudah menerapkan yang di ajarkan perawat dalam aktivitas harian pak? Bagus sekali kalau begitu pak”   
“Jadi saya ulangi ya pak, cara mengontrol marah ada 2 ya pak yang di ajarkan oleh perawat diruang kemarin. Yang pertama dengan tarik nafas dalam, dan yang kedua dengan pukul bantal/kasur?”

“Bagus sekali, bapak masih ingat yang di ajarkan perawat”

1. Terminasi
2. Evaluasi klien terhadap tindakan keperawatan
3. Evaluasi klien subjektif

“Bagaimana pak perasaannya saat ini? Setelah kita berbincang-bincang hari ini ? setelah kita mereview apa yang sudah di ajarkan oleh perawat diruang kemarin? “

1. Evaluasi perawat objektif setelah reinforcement

“ Iya betul sekali pak, itu semua penyebab bapak marah... bapak juga sudah tau ya akibat kalau bapak marah itu bagaimana”

1. Tindak Lanjut klien

“Bagaimana kalau besok kita berlatih cara yang selanjutnya pak ? cara verbal ya pak ? bapak masih ingat kan ?”

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik

“Baik pak, untuk besok kita mengontrol perilaku kekerasan dengan cara selanjutnya ya pak. Dengan cara verbal, bapak masih ingat kan ?”

1. Tempat

“Bapak mau dimana? Bagaimana kalau di sebelah situ, yang lebih dingin”

1. Waktu

“Bapak mau jam berapa pak? Bagaimana kalau jam 10 pagi pak ? saat bapak sedang santai-santainya hehe” “Baik, berapa lama pak ? Bagaimana kalau 10 menit pak, setuju ? Baik, kita berjumpa besok ya pak”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-2**

Nama : Tn.S Tanggal : 04 Desember 2019

1. Proses Keperawatan
2. Kondisi klien

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan, klien berbicara dengan nada bicara keras, pandangan mata tajam, dan jalan mondar-mandir.

1. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

1. Tujuan Diagnosa

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan

1. Tindakan keperawatan
2. Mengevaluasi cara mengontrol emosi dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.
3. Mengevaluasi cara mengontrol emosi dengan cara verbal
4. Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian
5. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI
6. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak, masih ingat dengan saya ? masih ingat nama saya? .” ya saya Denok.” “Sesuai janji saya kemarin hari ini kita akan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal, tetapi sebelumnya kita ulang kembali ya pak cara mengontrol perilaku kekerasan cara yang sebelumnya” Baik, betul sekali”

1. Evaluasi atau validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ? semalem bisa tidur gak ? Apakah sudah mandi pak ? sudah makan? Tadi pagi kegiatannya ngapain aja pak ? Oh senam bersama, wah asyik dong, kalau begitu besok saya datang lebih pagian agar bisa ikut senam hehe”

1. Kontrak
2. Topik

“Hari ini kita akan mengevaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal ya pak “

1. Tempat

“Sesuai janji kita kemarin, kita ngobrolnya disitu aja ya pak? Yang dingin”

1. Waktu

“ Bapak mau kita mengobrol berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit ? atau sesuai janji kita kemarin hanya 10 menit saja ? Bapak setuju?

1. Kerja (tindakan)

“Bagaimana perasaan bapak setelah pindah ke ruangan ini ? Apakah bisa tidur ? Dari kemarin pindah ke ruangan ini, apakah bapak merasakan amarah lagi ? Oh sudah tidak baik. Pak kita evaluasi tindakan yang kemarin ya ? Coba bapak sebutkan, Baik benar. Bagaimana kalau kita mempraktekkan bersama pak ? Baik, sudah bagus. Coba tarik nafas dalamnya kita ulang 5x ya Pak. Benar sekali”

“Nah, untuk selanjutnya kita berlatih dengan cara verbal. Bapak masih ingat ? Betul sekali, jadi yang pertama dengan cara meminta dengan baik, lalu mengungkapkan perasaan dengan baik dan menolak dengan baik”.

“Pak, saya tanya ya ? apa yang bapak lakukan kalau perasaan marah itu muncul lagi pak ? Oh bagus sekali, benar jawabannya pak”  
“Nah, sekarang bagaimana kalau kita masukkan cara verbal ini ke aktivitas harian bapak ? seperti cara yang kemarin. Bapak setuju ? baik”

1. Terminasi
2. Evaluasi klien terhadap tindakan keperawatan
3. Evaluasi klien subjektif

“Bagaimana perasaan bapak saat ini ? apakah masih muncul perasaan ingin marah ? bagaimana setelah bapak tau cara mengendalikan marah ?”

1. Evaluasi perawat objektif setelah reinforcement

“Pak, selama tidak ada saya, bapak ingat-ingat ya, bagaimana cara mengontrol perilaku kekerasan jika amarah bapak timbul, Coba di ulangi lagi yuk pak bareng saya”

1. Tindak lanjut klien

“bagaimana kalau besok kita latihan cara mengontrol marah dengan cara Minum obat dengan prinsip 5 benar pak ?”

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik

“Baik pak, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar.”

1. Tempat

“Bapak mau dimana ? bagaimana kalau disini lagi?

1. Waktu

“Bapak mau berapa lama dan jam berapa ? bagaimana kalau 15 menit jam 9 pagi ? setuju ? Baik, sampai berjumpa besok Pak.”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-3**

Nama : Tn.S Tanggal : 05 Desember 2019

1. Proses Keperawatan
2. Kondisi klien

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan, klien berbicara dengan nada bicara keras, pandangan mata tajam, dan jalan mondar-mandir.

1. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

1. Tujuan Diagnosa

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan

1. Tindakan keperawatan
2. Mengajarkan pada klien mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat.
3. Mengevaluasi cara mengontrol emosi dengan cara verbal
4. Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian
5. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI
6. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak, masih ingat dengan saya ? masih ingat nama saya? .” ya saya Denok.” “Sesuai janji saya kemarin hari ini kita akan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat dengan prinsip 5 benar, tetapi sebelumnya kita ulang kembali ya pak cara mengontrol perilaku kekerasan cara yang sebelumnya” Baik, betul sekali”

1. Evaluasi atau validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ? semalem bisa tidur gak ? Apakah sudah mandi pak ? sudah makan? Tadi pagi kegiatannya ngapain aja pak ? Oh senam bersama”

1. Kontrak
2. Topik

“Hari ini kita akan mengevaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ya pak “

1. Tempat

“Sesuai janji kita kemarin, kita ngobrolnya disitu aja ya pak? Yang dingin”

1. Waktu

“ Bapak mau kita mengobrol berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit ? atau sesuai janji kita kemarin hanya 15 menit saja ? Bapak setuju?

1. Kerja (tindakan)

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ? Apakah bisa tidur ? pak sebelum saya ajari saya tensi dulu ya pak, kebetulan hari ini jadwal saya tensi bapak. Oh 120/80 bagus pak, dari hasil tensi kemarin juga bagus ya pak. Dari kemarin pindah ke ruangan ini, apakah bapak merasakan amarah lagi ? Oh sudah tidak baik. Pak kita evaluasi tindakan yang kemarin ya ? Coba bapak sebutkan, Baik benar. Bagaimana kalau kita mempraktekkan bersama pak ? Baik, sudah bagus. Coba tarik nafas dalamnya kita ulang 5x ya Pak. Benar sekali” “oh iya pak, untuk yang cara verbal hayo, apakah bapak masih ingat ? Benar sekali”

“Nah, untuk selanjutnya kita berlatih dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar ya pak. Jadi begini pak, sebelum bapak minum obat lebih baik bapak tanyakan obatnya itu untuk siapa, di cocokkan sama gelang yang bapak pakai, terus kalau minum obat di lihat pak benar tidak waktunya, dosisnya. Jadi semisal bapak hari ini minum 2 tetapi besok di kasih 3 pada waktu yang sama, nanti bapak tanyakan pada perawatnya. Ohya, obatnya beneran di minum oh pak. Biar cepet sembuh.” Apakah bapak sudah paham dengan penjelasan saya hari ini ? tetapi, hari ini saya tidak bisa menunjukkan obatnya pak. Bagaimana kalau besok pak ? Baik. “

1. Terminasi
2. Evaluasi klien terhadap tindakan keperawatan
3. Evaluasi klien subjektif

“Bagaimana perasaan bapak saat ini ? bagaimana setelah bapak tau cara mengendalikan marah dengan minum obat ? apakah sudah jelas?”

1. Evaluasi perawat objektif setelah reinforcement

“Pak, selama tidak ada saya, bapak ingat-ingat ya, bagaimana cara mengontrol perilaku kekerasan jika amarah bapak timbul, Coba di ulangi lagi yuk pak bareng saya”

1. Tindak lanjut klien

“Bagaimana kalau besok kita latihan cara mengontrol marah dengan cara minum obat lagi pak, saya ajari sambil saya bawa obatnya ?”

1. Kontrak yang akan datang
2. Topik

“Baik pak, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar lagi ya pak”

1. Tempat

“Bapak mau dimana ? bagaimana kalau disini lagi?

1. Waktu

“Bapak mau berapa lama dan jam berapa ? bagaimana kalau 20 menit jam 10 pagi ? setuju ? Baik, sampai berjumpa besok Pak.”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN HARI KE-4**

Nama : Tn.S Tanggal : 06 Desember 2019

1. Proses Keperawatan
2. Kondisi klien

Pada klien dengan resiko perilaku kekerasan, klien berbicara dengan nada bicara keras, pandangan mata tajam, dan jalan mondar-mandir.

1. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

1. Tujuan Diagnosa

Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan

1. Tindakan keperawatan
2. Mengevaluasi cara mengontrol emosi dengan cara minum obat
3. Mengajarkan cara mengontrol emosi dengan cara spiritual
4. Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian
5. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN ORIENTASI
6. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak, masih ingat dengan saya ? masih ingat nama saya? .” ya saya Denok.” “Sesuai janji saya kemarin hari ini kita akan mengevaluasi latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat dengan prinsip 5 benar, tetapi sebelumnya kita ulang kembali ya pak cara mengontrol perilaku kekerasan cara yang sebelumnya” Baik, betul sekali”

1. Evaluasi atau validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ? semalem bisa tidur gak ? Apakah sudah mandi pak ? sudah makan? Tadi pagi kegiatannya ngapain aja pak ? Oh senam bersama”

1. Kontrak
2. Topik

“Hari ini kita akan mengevaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ya pak “

1. Tempat

“Sesuai janji kita kemarin, kita ngobrolnya disitu aja ya pak? Yang dingin”

1. Waktu

“ Bapak mau kita mengobrol berapa lama ? bagaimana kalau 20 menit ? sesuai janji kita kemarin hanya 20 menit saja ? Bapak setuju?

1. Kerja (tindakan)

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ? Apakah bisa tidur ? bagaimana perasaan bapak setelah di pindah ke ruangan ini, apakah bapak merasakan amarah lagi ? Oh sudah tidak baik. Pak kita evaluasi tindakan yang kemarin ya ? dari awal yang sudah di ajarkan juga di ruangan sebelumnya. Coba bapak sebutkan, Baik benar. Bagaimana kalau kita mempraktekkan bersama pak ? Baik, sudah bagus. Coba tarik nafas dalamnya kita ulang 3x ya Pak. Benar sekali” “oh iya pak, untuk yang cara verbal hayo, apakah bapak masih ingat ? Benar sekali”

“Nah, untuk selanjutnya kita mengulang kembali latihan dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar ya pak. Jadi begini pak, sebelum bapak minum obat lebih baik bapak tanyakan obatnya itu untuk siapa, di cocokkan sama gelang yang bapak pakai, terus kalau minum obat di lihat pak benar tidak waktunya, dosisnya. Jadi semisal bapak hari ini minum 2 tetapi besok di kasih 3 pada waktu yang sama, nanti bapak tanyakan pada perawatnya. Ohya, obatnya beneran di minum oh pak. Biar cepet sembuh.” Apakah bapak sudah paham dengan penjelasan saya hari ini ? tetapi, hari ini saya lagi-lagi tidak bisa menunjukkan obatnya pak. Bagaimana kalau besok ketika kita bertemu kembali ? Baik. “

“Oh ya pak, ini ada yang kelewatan, bapak bisa sholat ? masih sholat kan ? masih ingat gerakan sholat kan ? baik. Bagaimana kalau kita berlatih dengan cara spiritual juga pak, jadi saat bapak marah bapak langsung mengambil air wudhu dan sholat. Kalau bapak bisa berdzikir ditambahkan juga ke dalam jadwal aktivitas bapak. Gimana ? apakah bapak bisa ? baik “

“Pak, mungkin ini pertemuan kita yang terakhir ya pak. Soalnya saya besok sudah dinas di ruangan lain pak. Bagaimana kalau kita evaluasi cara-cara mengontrol amarah bapak dari awal sampai akhir ? Apakah bapak bisa ? “

“Bagus sekali pak, bagaimana kalau kita praktekkan bersama ? Yang pertama tarik nafas kan pak, yang kedua apa pak ? saya kok lupa ya ? Oh benar sekali pukul bantal, kalau yang ketiga pak ? Betul sekali minum obat, kira-kira kalau minum obat dengan prinsip apa pak ? Betul sekali pak dengan prinsip 5 benar. Nah yang terakhir apa lagi pak ? Benar sekali dengan sholat. “

1. Terminasi
2. Evaluasi klien terhadap tindakan keperawatan
3. Evaluasi klien subjektif

“Bagaimana perasaan bapak saat ini ? bagaimana setelah bapak tau cara mengendalikan marah dengan berbagai cara yang sudah saya evaluasi dan jelaskan ? apakah sudah jelas?”

1. Evaluasi perawat objektif setelah reinforcement

“Pak, selama tidak ada saya, bapak ingat-ingat ya, bagaimana cara mengontrol perilaku kekerasan jika amarah bapak timbul, Coba di ulangi lagi yuk pak bareng saya”

1. Tindak lanjut klien

“Bagaimana kalau bapak memasukkan dalam jadwal aktivitas harian ??”

1. Kontrak yang akan datang
   * 1. Topik

“Baik pak, untuk besok kita mungkin sudah tidak bertemu pak, saya dinas di ruangan lain. Kalau bapak lihat saya, bapak boleh kok menegur saya. Kalau mau berbincang-bincang lagi juga boleh”

* + 1. Tempat

“Baik Pak”

* + 1. Waktu

“Baik pak, terimakasih atas waktunya. Semoga bapak cepat sembuh dan cepat berkumpul bersama dengan keluarga bapak”

**DOKUMENTASI**

**SESI 1: TAKS**

**Kemampuan memperkenalkan diri dan menyebutkan penyebab resiko perilaku kekerasan**

* + - * 1. Kemampuan verbal

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek yang dinilai | Nama klien | | | | | | | | | |
| Tn.A | Tn.H | Tn.D | Tn. A | Tn.J | Tn.E | Tn.S | Tn.M | Tn.S | Tn.S |
|  | Menyebutkan nama lengkap | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|  | Menyebutkan nama panggilan | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|  | Menyebutkan asal | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|  | Menyebutkan hobi | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|  | Penyebab PK | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Jumlah | | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

* + - * 1. Kemampuan nonverbal

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek yang dinilai | Nama klien | | | | | | | | | |
| Tn.A | Tn.H | Tn.D | Tn.A | Tn.J | Tn.E | Tn.S | Tn.M | Tn.S | Tn.S |
|  | Kontak mata | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
|  | Duduk tegak | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
|  | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
|  | Mengikuti kegiatan dari awal sampai ahir | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Jumlah | | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | 11 |

**DOKUMENTASI**

**SESI 2 : TAKS**

**Kemampuan Menyebutkan tanda dan gejala**

1. Kemampuan verbal

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek yang dinilai | Nama klien | | | | | | | | | |
| Tn.A | Tn.H | Tn.D | Tn. A | Tn.J | Tn.E | Tn.S | Tn.M | Tn.S | Tn.S |
|  | Menyebutkan Tanda | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|  | Menyebutkan Gejala | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Jumlah | | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |

1. Kemampuan nonverbal

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek yang dinilai | Nama klien | | | | | | | | | |
| Tn.A | Tn.H | Tn.D | Tn. A | Tn.J | Tn.E | Tn.S | Tn.M | Tn.S | Tn.S |
|  | Kontak mata | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
|  | Duduk tegak | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
|  | Menggunakan bahasa tubuh yang sesuai | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
|  | Mengikuti kegiatan dari awal sampai ahir | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Jumlah | | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 12 | 12 | 11 |

**DOKUMENTASI**

**SESI 3 : TAKS**

**Kemampuan menyebutkan respon saat marah**

1. Kemampuan verbal :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek yang dinilai | Nama klien | | | | | | | |
| Tn.U | Tn.I | Tn.J | Tn.H | Tn.S | Tn.M | Tn.Z | Tn.D |
|  | Perawat mengajukan pertanyaan yang jelas | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 |
|  | Perawat mengajukan pertanyaan yang ringkas | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 |
|  | Perawat mengajukan pertanyaan yang relevan | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 |
|  | Perawat mengajukan pertanyaan secara spontan | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| Jumlah | | 12 | 16 | 16 | 13 | 15 | 16 | 15 | 11 |

1. Kemampuan verbal : Menjawab

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Aspek yang dinilai | Nama klien | | | | | | | |
| Tn.U | Tn.I | Tn.J | Tn.H | Tn.S | Tn.M | Tn.Z | Tn.D |
|  | Menjawab secara jelas | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |
|  | Menjawab secara ringkas | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
|  | Menjawab secara relevan | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 |
|  | Menjawab secara spontan | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Jumlah | | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 13 | 15 | 11 |

**Lampiran 4**

**ANALISA PROSES INTERAKSI**

Inisial klien : Tn. S Nama Mahasiwa : Wahyu Denoveta

Status interaksi perawat-klien : Pertemuan ke-1 dengan klien (pengkajian status mental) Tanggal : 04-12-2019

Lingkungan : Ruang makan (ruang tengah), berhadapan, kondusif Jam : 10.00 WIB

Deskripsi klien : Klien tampak sering mondar mandir dan penglihatan Bangsal : Ruang Gelatik

Tajam

Tujuan :

* 1. Klien dapat mengenal perawat dan mengungkapkan perasaannya
  2. Dapat mengidentifikasi kondisi status mental dari klien

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| KOMUNIKASI VERBAL | KOMUNIKASI NON VERBAL | ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT | ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN | RASIONAL |
| P : “Selamat siang?”  K : “Siang” | P : Memandang pasien dan tersenyum  K : Duduk dan diam  K : Ekspresi datar  P :Fokus pada pembica-raan | Perawat dalam kondisi tenang dalam memulai pembicaraan atau interaksi. | Klien tampak tenang sehingga proses interaksi lancar dan kooperatif memulai interaksi. | Klien mulai menerima kehadiran perawat. |
| P : “Perkenalkan nama saya Wahyu Denoveta biasa di panggil Denok Pak, saya mahasiswa yang praktek disini selama 3 minggu ke depan”  K : (diam) | P : Tampak rileks, terse-nyum ke arah klien  K : Tampak rileks  K : Kontak mata cukup  P : Kontak mata baik, per-hatian penuh pada klien | Perawat merasa bahwa klien harus diberikan penjelasan tentang kedatangan perawat | Klien masih memberikan tanggapan secara ragu-ragu | Memperkenalkan diri dapat menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat |
| P : “Bagaimana kalau kita ngobrol-ngobrol pak? Sekitar 20 menit bagaimana?”  K : “iya mbak” | P : Fokus, kontak mata baik  K : Mendengar dengan seksama  K : Tampak bosan dan mengalihkan pandangan  P : Mendegarkan dengan seksama | Perawat memulai pembicaraan dengan klien disertai kontrak terlebih dahulu. | Klien menunjukkan kesedi-annya untuk terbuka dan berinteraksi. | Kontrak awal sangat penting dalam interaksi untuk menunjang hubu-ngan saling percaya. |
| P : “Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Apa aja yang sudah bapak lakukan mulai dari tadi pagi?”  K : “Biasa aja. makan, santai-santai di tempat tidur” | P : Kontak mata baik, perhatian penuh terhadap klien  K : Badan condong ke depan,mendengarkan perawat dengan seksama  K : Fokus pada pembicara-an  P : Diam sejenak memikir-kan bagaimana cara me-nyampaikan pada klien | Perawat berusaha meng-eksplorasi apa yang dirasakan klien. | Klien mau mengungkapkan apa yang ia rasakan kepada perawat. | Eksplorasi perasaan klien penting untuk mengetahui apa yang dirasakan klien. |
| P : “Oh begitu. Coba pak ceritakan awal mula bapak masuk sini, apakah bapak berkenan?”  K : “Saya di rumah ngamuk-ngamuk, saya pukul orang tua saya karena saya tidak dibelikan sepeda dan orang tua saya selalu pilih kasih dengan adik saya | P : Fokus pada klien  K : Kontak mata baik  K : Berbicara menghadap perawat sambil membena-hi posisi duduk  P : Badan condong ke depan, ekspresi wajah tenang, sikap terbuka | Perawat berusaha me-nggali alasan masuk klien dan menggali daya ingat klien | Klien tampak terbuka dan mau mengungkapkan kronologi klien masuk ke RS | Daya ingat pasien dapat dikaji dengan menanyakan data-data pasien yang sederhana |
| P : “Pak, ingat sekarang dimana dan tanggal berapa?  K : “tidak mbk. Ehmm, lupa mbak sekarang tanggal berapa.” | P : Eskpresi tenang, tetap mempertahankan kontak mata dengan klien, tersenyum  K : badan condong ke arah perawat, fokus pada pembicaraan  K : Serius memandang perawat sambil mengung-kapkan keinginannya  P : Mendengarkan apa yang di ungkapkan klien | Perawat mencoba mengorientasikan waktu dan tempat terhadap klien | Klien tidak dapat menyebutkan tempat dimana ia sekarang tapi klien tampak kesulitan saat akan menyebutkan waktu | Daya ingat pasien dapat dikaji dengan menanyakan data-data pasien yang sederhana |
| P : ”Sekarang itu hari selasa tanggal 03 Desember 2019 pak. Bak ingat sekarang umur berapa?”  K : “Ehhmmm, saya umur 37 mbak” | P : Menjelaskan kepada klien dengan penuh perha-tian sambil menggerak-gerakkan tangannya  K : Mengangguk-anggukan kepala mendegarkan penjelasan perawat  K : Menjawab pertanyaan sambil menunduk, dan tertawa  P : Fokus pada pembicaraan | Perawat mencoba mengkaji daya ingat klien | Klien berusaha mengingat-ingat | Umur mempengaruhi daya ingat klien |
| P : “Apa yang menyebabkan bapak sering memukul orang tua?”  K : “Saya kesal mbk, dijanjiin terus.” | P : Tersenyum, memper-tahankan kontak mata dengan klien  K : Menunduk, klien tam-pak lelah  K : Klien tampak sedih dengan kondisinya  P : Fokus pada pembi-caraan, mengangguk-anggukkan kepala | Perawat mencoba menggali penyebab klien melakukan perilaku kekerasan | Klien dapat menjawab alas an dari perilaku amuknya | Menggali alasan dari perilaku amuk sangat penting untuk menentukan penyebab dan menentukan intervensi |
| P : ” kemudian apa yang bapak S lakukan?”  K : “ya, memukul kadang saya tiba tiba pergi dari rumah.” | P : Empati pada klien, badan condong ke arah klien  K : Tampak lelah dan mengantuk  K : Memandang perawat  P : Kontak mata baik | Perawat mencoba menggali frekuensi, situasi, dan respon klien terhadap halusinasi yang dulu dilakukan | Klien mencoba mengingat-ingat | Penggalian terhadap halusinasi klien penting untuk mengetahui koping klien |
| P : “Menurut bapak, bagian tubuh mana yang disukai, Pak anak keberapa, dan apa yang pak inginkan/harapkan sekarang? Kalau dirumah Pak dekat dengan siapa?”  K : “semua tubuh saya lah mbak, saya ingin pulang, kalau dirumah dekat dengan ibu” | P : tersenyum, melihat jam tangan, badan terbuka  K : sedikit tersenyum dan memperhatikan perawat  K : Memandang perawat  P : Fokus pada klien | Perawat menggali gambaran diri klien | Klien tampak terbuka menyampaikan hal-hal yang ditanya oleh perawat | Konsep diri menunjukkan gambaran diri klien yang meliputi citra tubuh, identitas diri, peran, ideal diri, dan harga diri klien |
| P : “Pak agamanya apa? Biasanya dirumah sholat? Kalau pak S sholat dhuhur berapa rakaat pak?  K : “iya saya sholat. Kadang-kadang, saya sholat dhuhur 2 rakaat” | P : Menunjukkan perhatian  K : mengalihkan pandangan dan tertawa  K : Masih mengalihkan pandangan  P : Memperhatikan | Perawat menggal nilai dan keyakinan klien terkait spiritual serta kegiatan ibadah yang biasa dilakukan | Klien dapat menyebutkan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan baik pada saat di rumah atupun di RS | Nilai dan keyakinan sangat penting untuk menentukan apakah terdapat masalah terkait dengan spiritual klien |
| P : “Bapaknya ingat disini sudah berapa hari?”  K : “tidak ingat saya, tiba-tiba dibawa kesini.” | P : Memandang klien sambil tersenyum  K : Menunduk  K : Bicara tanpa menoleh Perawat  P : Memandang klien | Perawat mengkaji data umum dan daya ingat pasien | Klien berpikir dan berusaha mengingat | Lama rawat menentukan apakah klien kronis atau akut |
| P : “Oya pak, kalau misalnya pak disuruh milih antara mandi dan makan, mana yang Pak pilih?”  K : “Saya milih mandi dulu Mbak” | P : Empati pada klien, badan condong ke arah klien  K : focus pada pembicaraan  K : Memandang perawat  P : Kontak mata baik | Perawat menggali kemampuan penilaian klien terhadap hal-hal yang sederhana | Klien dapat memberikkan penilaian terhadap hal-hal yang sederhana | Kemampuan penilaian terhadap hal-hal yang sederhana dapat menunjukkan adanya gangguan atau tidak. |
| P : “Wah, bapaknya pintar… Oya, Pak kan tau kalau sekarang bapak ini di RS, berarti bapak tau kalau bapak sakit, terus bagaimana perasaannya Pak?  K : “saya tidak tau mbak, saya lo tidak kenapa-kenapa, tapi enak disini makanannya enak dirumah gak ada makanan, lalu saya menyendiri” | P : badan condong ke arah klien, kontak mata baik  K : Tampak lelah dan mengantuk  K : Memandang perawat  P : Mendengarkan dengan seksama | Perawat mencoba menggali harapan klien untuk memberikan semangat cepat sembuh | Klien tampak bersemangat segera ingin pulang | Penguatan terhadap klien atas kemampuannya sa-ngat membantu untuk meningkatkan kemampuan dirinya. |
| P : “Mengapa bapak kalau di rumah lebih suka menyendiri jarang keluar rumah?”  K : “ya males aja mbk, gapunya uang, minta uang buat beli kopi gak pernah dikasih” | P : Menunjukkan perhatian  K : Menunduk sambil memandang kakinya  K : Masih menunduk  P : Memperhatikan | Perawat mencoba menggali alasan klien suka menyendiri di rumah | Klien dapat mengungkapkan alasannya | Identifikasi penyebab menarik diri sangat penting untuk mengetahui penyebabnya |
| P : “Baik Pak, ini sudah 20 menit kita berbincang-bincang jadi kita akhiri saja ya? Besok kita bertemu lagi bagaimana untuk berbincang-bincang terkait cara mengendalikan marah yaitu dengan tarik nafas dalam ?”  K : “Iya” | P : tersenyum, melihat jam tangan, badan terbuka  K : sedikit tersenyum dan memperhatikan perawat  K : Menganggukkan kepala  P : Fokus pada klien | Perawat mengakhiri kontrak dan membuat kontrak baru | Klien tampak memahami apa yang disampaikan perawat. | Penguatan terhadap klien atas kemampuannya sa-ngat membantu untuk meningkatkan kemampuan dirinya. |
| P : “Baiklah saya permisi dulu. Pak bisa beristirahat lagi. Terimakasih pak”  K : “Iya sama-sama” | P : Tersenyum, jabat ta-ngan  K : Menerima jabat tangan dari perawat  K : Berdiri  P : Berdiri sambil memper-silahkan klien untuk ber-istirahat kembali | Perawat mengakhiri inte-raksi dengan baik. | Klien berespon untuk mengakhiri interaksi dengan baik. | Klien sepakat untuk menindaklanjuti pertemu-an. Hal ini menunjukkan bahwa antara klien dan perawat telah terjadi *trust*. Hal ini sesuai dengan teori bahwa aspek utama untuk mempertahankan hubu-ngan adalah adanya hubungan saling percaya. |

Kesan perawat :

Perawat menganalisis bahwa dalam pertemuan pagi hari ini cukup berhasil, karena hasil diskusi ini menghasilkan keberhasilan klien dalam meningkatkan pengetahuan tentang pentingnya minum obat. Selain itu klien juga mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan yang muncul pada klien. Kemampuan ini memerlukan kegiatan monitoring dan evaluasi yang terus dilakukan oleh perawat terhadap terhadap kemajuan klien dalam melakukan tindakan yang telah di pelajari secara mandiri, sehingga di akhir interaksi tetap membuat kontrak pertemuan selanjutnya mengevaluasi kemampuan Tn.S dalam melakukan tindakan asertif trainning secara mandiri. Penulis juga berharap keluarga ikut andil dalam kesembuhan klien, jika keluarga menjenguk klien penulis berusaha untuk memberikan SP keluarga. Hal ini sesuai dengan (Soekidjo, 2010) yang disebut perilaku manusia adalah aktivitas yang timbul karena adanya stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.