

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA PERILAKU
KEKERASAN PADA TN. X DENGAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG GLATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**



OLEH :

ILHAM KOIRUL ANAS, S.Kep
NIM. 1930042

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

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA PERILAKU
KEKERASAN PADA TN. X DENGAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG GLATIK
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



OLEH :

ILHAM KOIRUL ANAS, S.Kep

NIM. 1930042

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

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

Surabaya, 24 Juli 2020
Penulis,

Ilham Koirul Anas. S.Kep.
NIM 1930042



HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Ilham Koirul Anas, S.Kep
NIM : 1930042
Program studi : Pendidikan profesi Ners
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku kekerasan pada Tn. X dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

**NERS (Ns)
Surabaya,**

Pembimbing



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

Mengetahui,

**STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Ilham Koirul Anas, S. Kep
NIM : 1930042
Program Studi : Profesi Ners
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku kekerasan pada Tn. X dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.**

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah Surabaya.

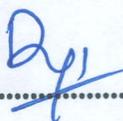
Hari, tanggal : Jum'at, 24 Juli 2020
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar NERS (Ns) Pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I Lela Nurlela, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03.021

(.....


Penguji II Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP.03.007

(.....


Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners


Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 03020

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 24 Juli 2020

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penyusunan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur” dapat terselesaikan tepat waktu. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dengan tujuan untuk memenuhi tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

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

1. Bapak Dr. M. Hafidin Ilham, SpAn., selaku Direktur RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep, selaku ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep. Sp.Kep.MB, selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Dya Sustrami, S. Kep.,Ns., M.Kes., selaku Pembimbing Institusi, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Lela Nurlela, S. Kep.,Ns., M.Kes., selaku Dosen penguji Institusi, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam menguji hasil penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini
6. Bapak Abdul Habib, S.Kep., Ns, selaku Pembimbing Lahan di RS Jiwa Menur Provisi Jawa Timur yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak dan Ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi - materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan karya ilmiah akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Orang tua dan istri yang selalu memberikan semangat dan mendukung penulis dalam menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Rekan-rekan sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya 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 Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 24 Juli 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat	9
1.4.1 Manfaat Teoritis	9
1.4.2 Manfaat Praktis	9
1.5 Metode Penulisan	10
1.6 Sistematika Penulisan	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Konsep Perilaku Kekerasan	12
2.1.1 Renten Respon	12
2.1.2 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan.....	14
2.1.3 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan	14
2.1.4 Mekanisme Koping	18
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Jiwa	19
2.2.1 Pengkajian.....	20
2.2.2 Pohon Masalah	22
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	22
2.2.4 Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan	22
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	25
2.2.6 Evaluasi.....	25
2.3 Konsep Skizofrenia	26
2.3.1 Pengertian Skizofrenia.....	26
2.3.2 Etiologi Skizofrenia.....	26
2.3.3 Tanda dan Gejala Skizofrenia	28
2.3.4 Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia	29
2.3.5 Kriteria Diagnostik Skizofrenia	33
2.3.6 Penatalaksanaan Skizofrenia.....	35
2.4 Mekanisme Koping	37
2.4.1 Pengertian	37
2.4.2 Strategi Koping	38
2.4.3 Hasil dari Koping	40

2.5	Konsep Covid-19.....	41
2.5.1	Pengertian Covid-19.....	41
2.5.2	Etiologi	42
2.5.3	Patofisiologi	44
2.5.4	Manifestasi Klinik	45
2.5.5	Kelompok Intervensi Covid-19.....	50
2.5.6	Pemeriksaan penunjang	58
2.5.7	Penatalaksanaan	60
2.5.8	Tindakan Pencegahan.....	70
2.5.9	Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial.....	73
2.5.10	Orang Dengan Gangguan Jiwa.....	74
BAB 3 TINJAUAN KASUS		77
3.1	Pengkajian.....	77
3.1.1	Identitas Klien	77
3.1.2	Alasan Masuk.....	77
3.1.3	Keluhan Utama.....	78
3.1.4	Faktor Predisposisi	78
3.1.5	Pemeriksaan Fisik.....	79
3.1.6	Psiko Sosial	79
3.1.7	Status Mental.....	81
3.1.8	Kebutuhan Persiapan Pulang	84
3.1.9	Mekanisme Koping	85
3.1.10	Masalah Psikosoial dan Lingkungan	86
3.1.11	Pengetahuan Kurang.....	86
3.1.12	Aspek Medik	86
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan.....	86
3.2	Diagnosa Keperawatan	87
3.3	Pohon Masalah	87
3.4	Analisa Data.....	88
3.5	Rencana Keperawata	89
3.6	Implementasi dan Evaluasi	93
BAB 4 PEMBAHASAN		101
4.1	Pengkajian.....	101
4.2	Diagnosa Keperawatan	104
4.3	Rencana Keperawatan	105
4.4	Tindakan Keperawatan	106
4.5	Evaluasi.....	111
BAB 5 PENUTUP.....		117
5.1	Simpulan	116
5.2	Saran	119
DAFTAR PUSTAKA.....		120
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif.....	10
-----------	--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Rentang Respon Marah	10
Gambar 2.3.2	Pohon Masalah.....	18
Gambar 3.1	Genogram Keluarga T.n X	41
Gambar 3.2	Pohon Masalah Perilaku Kekerasan pada T.n X.....	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan.....	121
Lampiran 2	Analisa Proses Interaksi	139
Lampiran 3	Formulir Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa	179
Lampiran 4	Standar Pelaksanaan Komunikasi (SP) Dengan Klien Risiko Perilaku Kekerasan.....	198
Lampiran 5	Laporan Pendahuluan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (SP 1).....	201

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan menurut Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis sesuai. Kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya sesuai Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Gangguan jiwa adalah suatu kondisi terganggunya fungsi mental, emosi, pikiran, kemauan, perilaku psikomotorik dan verbal, yang menjadi kelompok gejala klinis yang disertai oleh penderita dan mengakibatkan terganggunya fungsi *humanistic* (Yosep, 2014). UU nomor 18 Tahun 2014 mengatakan bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Perilaku kekerasan menurut Kusumawati dan Hartono (2011) adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan aduh, gelisah yang tidak terkontrol. Perilaku kekerasan menunjukkan agresi di antara manusia. Itu istilah lebih umum digunakan dalam sosiologi dan kriminologi (misalnya, kejahatan kekerasan). Suatu hal kekerasan dan agresi digunakan secara bergantian, tergantung pada konteks. Agresi adalah tindakan nyata dimaksudkan untuk menyakiti. Ini istilah menggambarkan perilaku manusia. Berbagai skala penilaian yang digunakan untuk menilai agresi manusia. Ini timbangan mungkin secara terpisah menilai agresi verbal, agresi terhadap objek, terhadap diri, dan terhadap yang lain. Agitasi adalah gerakan motorik yang berlebihan atau kegiatan verbal. Agresi verbal mungkin termasuk jeritan tidak jelas, penyalahgunaan, atau ancaman (Psychitaria dan Danubina, 2013).

Menurut *World Health Organisation* (2018) penderita gangguan jiwa pada tahun 2018 menyerang lebih dari 23 juta orang dari populasi di dunia dan lebih umum diderita oleh laki-laki 12 juta orang dibanding dengan perempuan yaitu 9 juta orang. Berdasarkan data dari hasil riset kesehatan dasar nasional (2018) menunjukkan prevalensi pada tahun 2018 seseorang menderita gangguan jiwa sebesar 7 per 1000 dengan cakupan pengobatan 84,9%. Gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan

pravalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1000 penduduk. Menurut Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur (2016) penderita gangguan jiwa di Jawa Timur pada tahun 2016 mencapai 2369 orang. Jumlah itu naik sebesar 750 orang dibandingkan tahun 2015 lalu yang hanya 1629 penderita . Faktor empiris yang didapatkan di Rumah Sakit Dr. Ramelan Surabaya mulai bulan april sampai dengan bulan juli 2019 terdapat 37 pasien dengan skizofrenia serta dengan perilaku kekerasan 27,3 % dari yang mengalami skizofrenia.

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, 2014).

Perilaku kekerasan sendiri mempunyai beberapa faktor sehingga menyebabkan perilaku kekerasan timbul, dibagi dalam 5 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, mekanisme koping. Pada orang gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan, klien merasa terancam, mekanisme koping menurun sehingga klien akan cemas, stress, merasa kuat dan menantang. Sehingga mengungkapkan marahnya pada orang lain maupun dirinya sendiri dan timbul sikap agresif atau amuk.

Dari pernyataan tersebut penulis melihat perlu dilakukan asuhan keperawatan pada perilaku kekerasan. Menurut Keliat dan Akemat (2014) Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan. membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda dan gejala yang di rasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat yang ditimbulkan. Bantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara pengendalian fisik satu, pengendalian fisik dua, secara verbal, secara spiritual serta secara obat-obatan.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) secara resmi menyatakan Virus Corona COVID-19 sebagai pandemi pada Rabu (11/03/2020). Ini disebabkan karena terjadi setelah wabah mirip SARS itu menjangkiti semakin banyak orang di mana pada Kamis pagi angkanya mencapai 126.063 kasus. Dengan total korban tewas sebanyak 4.616 orang dan sembuh sebanyak 67.071 orang. Di Indonesia sendiri masuknya virus Covid 19 Presiden mengumumkan secara resmi di Indonesia pada tanggal 2 maret 2020. Dua warga Indonesia positif mengadakan kontak langsung dengan warga Negara Jepang yang dating ke Indonesia. pada 11 Maret 2020 untuk pertama kalinya Indonesia warga Indonesia meninggal akibat covid 19. korban yang meninggal laki – laki di solo berusia 59 tahun, diketahui sebelumnya menghadiri seminar di Kota Bogor, Jawa Barat 25 – 28 Februari 2020. dua bulan lebih sejak dinyatakan resmi jumlah kasus pengidap covid 19 di Indonesia tercatat per tanggal 7 Mei 2020 mencapai 12.438. update jumlah kasus 18 Juli jam 12.00 terkonfirmasi 84.882 ,

sembuh 43.268, meninggal dunia 4.016. pada tanggal 20 juli 2020 terkonfirmasi 86.521, dalam perawatan 36.977, sembuh 45.401, meninggal 4.143. di Jawa Timur pada tanggal 20 Juli 2020 yang terkonfirmasi 18.308, sembuh 9.342, meninggal dunia 1.401. sedang gangguan jiwa dengan covid jumlahnya tanggal 20 Juli 2020 jumlah 18 orang di Rumah Sakit Menur Surabaya.

Coronavirus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. *Coronaviridae* dibagi dua subkeluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu *alpha coronavirus*, *betacoronavirus*, *deltacoronavirus* dan *gamma coronavirus*(Maurer-stroh, 2020). Berdasarkan penemuan, terdapat tujuh tipe *Coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia saat ini yaitu dua *alphacoronavirus* (229E dan NL63) dan empat *betacoronavirus*, yakni OC43, HKU1, *Middle East respiratory syndrome-associated coronavirus (MERS-CoV)*, dan *severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus (SARSCoV)*. Yang ketujuh adalah *Coronavirus* tipe baru yang menjadi penyebab kejadian luar biasa di Wuhan, yakni *Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV)*(IDPI, 2020).

Virus Corona adalah bagian dari keluarga virus yang menyebabkan penyakit pada hewan ataupun juga pada manusia. Di Indonesia, masih melawan Virus Corona hingga saat ini, begitupun juga di negara-negara lain. Jumlah kasus Virus Corona terus bertambah dengan beberapa melaporkan kesembuhan, tapi tidak sedikit yang meninggal.

Usaha penanganan dan pencegahan terus dilakukan demi melawan COVID-19 dengan gejala mirip Flu. kasusnya dimulai dengan pneumonia atau radang paru-paru misterius pada Desember 2019. Kasus infeksi pneumonia misterius ini memang banyak ditemukan di pasar hewan tersebut. Virus Corona atau COVID-19 diduga dibawa kelelawar dan hewan lain yang dimakan manusia hingga terjadi penularan. *Corona virus* sebetulnya tidak asing dalam dunia kesehatan hewan, tapi hanya beberapa jenis yang mampu menginfeksi manusia hingga menjadi penyakit radang paru. Kasus ini diduga berkaitan dengan pasar hewan Huanan di Wuhan yang menjual berbagai jenis daging binatang, termasuk yang tidak biasa dikonsumsi seperti ular, kelelawar, dan berbagai jenis tikus

Gejala awal infeksi virus Corona atau COVID-19 bisa menyerupai gejala flu, yaitu demam, pilek, batuk kering, sakit tenggorokan, dan sakit kepala. Setelah itu, gejala dapat hilang dan sembuh atau malah memberat. Gejala-gejala COVID-19 ini umumnya muncul dalam waktu 2 hari sampai 2 minggu setelah penderita terpapar virus Corona. Demam adalah gejala yang paling umum, meskipun beberapa orang yang lebih tua dan mereka yang memiliki masalah kesehatan lainnya mengalami demam di kemudian hari. Dalam satu penelitian, 44% orang mengalami demam ketika mereka datang ke rumah sakit, sementara 89% mengalami demam di beberapa titik selama dirawat di rumah sakit. Gejala umum lainnya termasuk batuk, kehilangan nafsu makan, kelelahan, sesak napas, produksi dahak, dan nyeri otot dan sendi. Gejala seperti mual,

muntah , dan diare telah diamati dalam berbagai persentase. Gejala yang kurang umum termasuk bersin, pilek, atau sakit tenggorokan.

Berdasarkan bukti ilmiah, Covid 19 dapat menular dari manusia ke manusia melalui kontak erat dan droplet, tidak melalui udara. Orang yang paling berisiko tertular penyakit ini adalah orang yang kontak langsung dengan pasien Covid 19 termasuk yang merawat pasien Covid 19. rekomendasi Standart untuk mencegah penyebaran infeksi adalah melalui cuci tangan secara teratur, menerapkan etika batuk dan bersin, menghindari kontak secara langsung dengan ternak dan hewan liar serta menghindari kontak dekat dengan siapa pun yang menunjukkan gejala gejala penyakit pernafasan seperti batuk dan bersin. selain itu menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) saat berada di fasilitas kesehatan yaitu selalu menggunakan masker ketika berada di luar rumah atau face shield.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi proses Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian dengan Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan yang ditemukan melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
- c. Merencanakan Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
- d. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
- e. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

- f. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. X dengan diagnosa Medis Skizofrenia diruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Melalui karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah serta rujukan ilmiah dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa tentang perilaku kekerasan.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan, dan pengalaman bagi penulis dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa yang dapat bermanfaat bagi dunia kesehatan pada umumnya dan didunia keperawatan pada khususnya

b. Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan karya ilmiah ini dapat digunakan dalam pengelolaan asuhan keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan

c. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan serta pengalaman profesi keperawatan mengenai asuhan keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan karya ilmiah ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan sehingga penulis selanjutnya dapat mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru.

1.5. Metode Penulisan

1.5.1. Metode

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

1.5.2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, maupun keluarga.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku yang dapat diamati.

1.5.3. Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

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

1.5.4. Studi kepustakaan

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

1.6. Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1.6.1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2. 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, berisi tentang konsep perilaku kekerasan, konsep skizofrenia, konsep dasar asuhan keperawatan

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.

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Prilaku Kekerasan

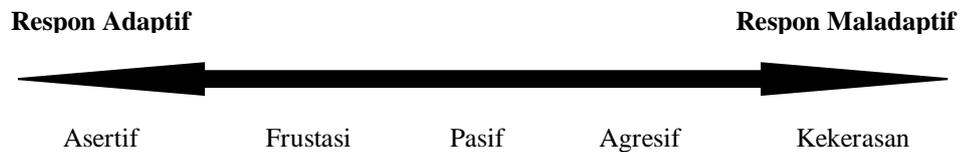
Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Yosep, 2010).

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

2.1.1. Rentang Respon

Menurut Yosep (2010) perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasiakn dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidsak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).

Sumber : (Yosep 2010)



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

Keterangan :

- Asertif yaitu klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikelegaan.
- Frustrasi yaitu klien gagal mencapai tujuan kepuasan atau saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.
- Pasif yaitu merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.
- Agresif yaitu klien mengekspresikan secara fisik, tetapi tidak terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
- Kekerasan yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang control, disertai amuk, merusak lingkungan.

Tabel 2.1 Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif

Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada bicara	Negatif. Menghina diri (Dapatkah saya lakukan? Atau Dapatkah ia lakukan ?)	Positif. Menghargaidiri sendiri (saya dapat atau akanlakukan)	Berlebihan. Menghina oranglain (Anda selalu atau tidak pernah?)
Nada suara	Diam Lemah Merengsek	Diatur	Tinggi Menuntut
Sikap tubuh	Melorot Menundukkan Kepala	Tegas Relaks	Tegang Bersandar ke depan
Personal space	Oranglain dapat masuk pada teritorial	Menjaga jarak yang menyenangkan	Memiliki teritorial oranglain

		Mempertahankan hak tempat atau teritorial	
Gerakan	Minimal Lemah Resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak mata	Sedikit atau tidak ada	Sesekali (intermitten) sesuai dengan kebutuhan Interaksi	Melotot

Sumber : (Yusuf *et al*, 2015)

2.1.2. Tanda dan Gejala Prilaku Kekerasan

Menurut (Yosep, 2010 dalam Damaiyanti. M & Iskandar 2012), perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan:

- a. Muka merah dantegang
- b. Mata melotot atau pandangantajam
- c. Tanganmengepal
- d. Rahangmengatup
- e. Jalanmondar-mandir

2.1.3. Proses Terjadinya Prilaku Kekerasan

Menurut (Yosep, 2010), faktor predisposisi klien dengan perilaku kekerasan adalah:

- a. Teori Biologis
 - 1) *NeurologicFactor*

Beragam komponen dari sistim syaraf seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan memengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

2) *Genetic Factor*

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orangtua, menjadi potensi perilaku agresif. Dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal.

Menurut penelitian genetika tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

3) *Cycardium Rhythm*

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

4) *Biochemistry Factor*

(Faktor biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak (epinephrine, norepinephrine, dopamin, asetilkolin dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent. Peningkatan hormon androgen dan norepinephrine serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadi perilaku agresif.

5) *Brain Area Disorde*

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

b. Teori Psikologis

1) Teori Psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*). Teori ini menjelaskan bahwa adanya keridakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak terpenuhi kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

2) *Imitation, Modeling, And Information Processing Theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mencontoh kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan pada boneka dengan *reward* positif pula (makin keras pukulannya akan diberi hadiah coklat).

Setelah anak-anak keluar dan diberibonekaternyatamasing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dialaminya.

3) *Learning Theory*

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

c. Faktor Presipitasi

Menurut (Yosep, 2010 dalam Damaiyanti. M & Iskandar, 2012), faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan berkaitan dengan :

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alcoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.

- 5) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan tahap keluarga.

2.1.4. Mekanisme Koping

Menurut Stuart dan Laraia (2010) mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

- a. Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninjutembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- b. Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
- c. Represi, merupakan mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil, membenci orangtua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
- d. Reaksi Formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang

berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

- e. *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun yang marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengantemannya.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan jiwa

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasiendiberbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah kaidah perawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic dan berdasarkan pada kebutuhan objectif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Wilkinson, 2012).

Proses keperawatan adalah metode Asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah), diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penilaian tindakan keperawatan (evaluasi).

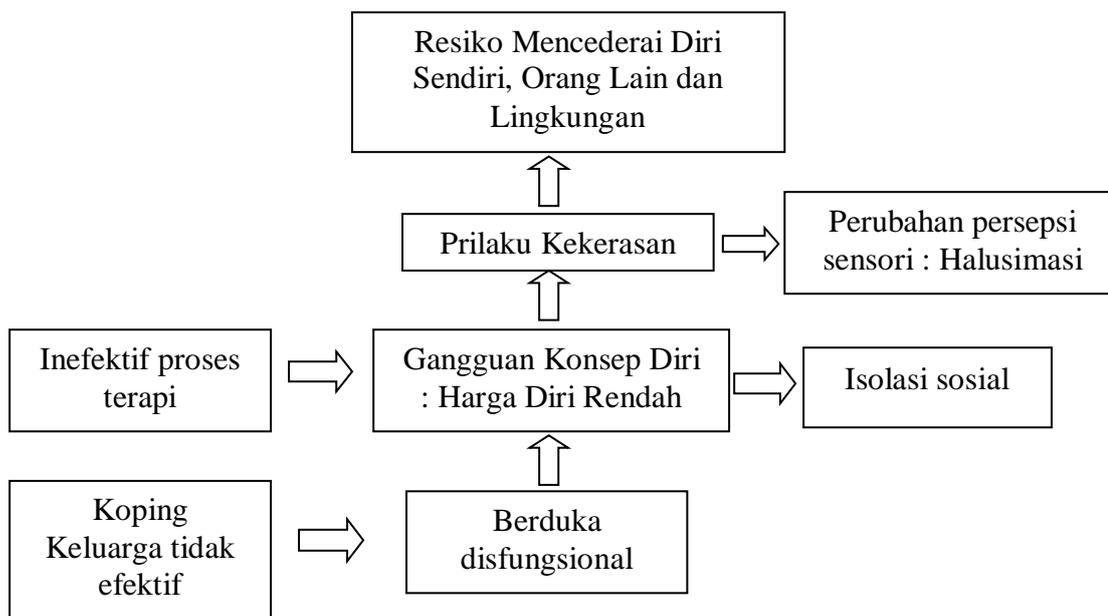
2.2.1. Pengkajian

Standar asuhan keperawatan atau standar praktik keperawatan mengacu pada standar praktik profesional dan standar kinerja profesional. Standar praktik profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh PPNI (2009). Standar praktik profesional tersebut juga mengacu pada proses keperawatan jiwa terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) pengkajian, 2) diagnosis, 3) perencanaan, 4) pelaksanaan (implementasi), dan 5) evaluasi. Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hierarki perilaku agresif dan kekerasan. Disamping itu, perawat harus mengkaji pula efek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif (Abdul Muhith, 2015).

- a. Kelengkapan pengkajian dapat membantu perawat:
 - 1) Membangun hubungan yang terapeutik dengan klien
 - 2) Mengkaji perilaku klien yang berpotensi kekerasan
 - 3) Mengembangkan suatu perencanaan
 - 4) Mengimplementasikan perencanaan
 - 5) Mencegah perilaku agresif dan kekerasan dengan terapi
- b. Bila pasien dianggap hendak melakukan kekerasan, maka perawat harus
 - 1) Melaksanakan prosedur klinik yang sesuai untuk melindungi klien dan tenaga kesehatan
 - 2) Beritahu ketuntim
 - 3) Bila perlu, minta bantuan keamanan

- 4) Kaji lingkungan dan buat perubahan yang perlu
 - 5) Beritahu dokter dan kaji PRN untuk pemberian obat
- c. Perilaku yang berhubungan dengan agresi
- 1) Agitasi motorik: bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengigit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik tiba-tiba
 - 2) Verbal: mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacu minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi pikiran paranoid.
 - 3) Afek: marah, permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, *euphoria* tidak sesuai atau berlebihan, afek labil.
 - 4) Tingkat kesadaran: bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.
- d. Pada pengkajian awal dapat diketahui alasan utama klien dibawa ke rumah sakit adalah perilaku kekerasan di rumah. Kemudian perawat dapat melakukan pengkajian dengan cara:
- 1) Observasi: muka merah, pandangan tajam, otot tegang, nadi suaratinggi, berdebat. Sering pula tampak klien memaksakan kehendak: merampas makanan, memukul jika tidak sepuasnya.
 - 2) Wawancara: diarahkan pada penyebab marah, perasaan marah, tanda-tanda marah yang dirasakan pasien.

2.2.2. Pohon Masalah



Sumber : Yosef, 2011

Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

2.2.3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Yusuf *et al* (2015) diagnose keperawatan yang didapatkan pada kasus perilaku kekerasan yaitu :

- a. Perilaku kekerasan
- b. Resiko Mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
- c. Gangguan Konsep Diri: harga diri rendah.

2.2.4. Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan

Dalam membuat rencana asuhan keperawatan diperlukan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan, pada perilaku kekerasan memiliki lima strategi pelaksanaan dengan tujuan :

- a. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah

dilakukannya.

- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- e. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka.

Tindakan keperawatan:

- a. Bina hubungan saling percaya. Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar klien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan anda. Tindakan yang harus anda lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:
 - 1) Mengucapkan salam terapeutik
 - 2) Berjabat tangan
 - 3) Menjelaskan tujuan interaksi
 - 4) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien
- b. Diskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- c. Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.
 - 1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - 2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - 3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d. Diskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang bisa dilakukan pada saat marah, yaitu secara verbal terhadap:

- 1) Oranglain
 - 2) Diri sendiri
 - 3) Lingkungan
- e. Diskusikan bersama klien akibat perilakunya
- f. Diskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
- 1) Fisik: pukul kasur dan bantal, tarik napas dalam
 - 2) Obat
 - 3) Sosial/verbal: menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - 4) Spiritual: kegiatan ibadah sesuai keyakinan klien
- g. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik:
- 1) Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik
 - 2) Susun jadwal latihan napas dalam dan pukul kasur-bantal
- h. Latihan klien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
- 1) Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik
 - 2) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
- i. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual:
- 1) Diskusikan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan klien
 - 2) Latih mengontrol marah dengan melakukan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan klien
 - 3) Buat jadwal latihan kegiatan ibadah
- j. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat:
- 4) Latih klien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum

obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat

5) Susun jadwal minum obat secara teratur

k. Ikut – sertakan klien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi mengontrol perilaku kekerasan

2.2.5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan standart asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Dengan adanya perincinan kebutuhan waktu, diharapkan setiap perawat memiliki jadwal harian untuk masing-masing pasien sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien (Keliat dan Akemat, 2009 dalam Damaiyanti & Iskandar, 2012).

2.2.6. Evaluasi

Evaluasi Pasien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan Pasien dapat mengidentifikasi penyebab Perilaku Kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, akibat Perilaku Kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat dengan benar (Dermawan

dan Rusdi, 2013).

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1. Pengertian Skizofrenia

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

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarpribadi normal sering kali di ikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Pada penderita ditemukan penurunan kadar transtiretin atau pre-albumin yang merupakan pengusung hormon tiroksin yang menyebabkan permasalahan pada fluida cerebrospinal. Skizofrenia bisa mengenai siapa saja (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016).

2.3.2. Etiologi Skizofrenia

Beberapa Faktor penyebab skizofrenia menurut (Nurarif Amin Huda, 2015) dalam buku NANDA NIC-NOC antara lain :

1. Keturunan

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

2. Metabolisme

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

3. Susunan Saraf Pusat

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

4. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada RP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang

inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

5. Teori Sigmund Freud

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

2.3.3. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Menurut Blueler dalam buku (Nurarif Amin Huda, 2015)

1. Gejala Primer

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

c. Gangguan Kemauan

- 1) Terjadi kelemahan kemauan
- 2) Perilaku negativisme atau permintaan
- 3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain

d. Gangguan Psikomotor

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

2. Gejala Sekunder

Waham, halusinasi.

2.3.4. Tipe dan Klasifikasi Skizofrenia

Dalam buku PPDGJ III (Maslim, 2013) skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe, yaitu :

1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
 - a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
 - b. Halusinasi dan/atau waham harus menonjol: halusinasi auditori yang memberi perintah atau auditorik yang berbentuk tidak verbal: halusinasi pembauan atau pengecapan rasa atau bersifat seksual: waham dikendalikan, dipengaruhi, pasif atau keyakinan dikejar-kejar.
 - c. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.

2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)

- a. Memenuhi kriteria skizofrenia.
- b. Pada usiaremaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
- c. Kepribadian premorbid: pemalu, senang menyendiri.
- d. Gejala bertahan 2-3 minggu.
- e. Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Perilaku tanpa tujuan, dan tanpa maksud. Preokupasi dangkal dan dibuat-buat terhadap agama, filsafat, dan tema abstrak.
- f. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
- g. Afek dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*in appropriate*), cekikikan, puas diri, senyum sendiri, atau sikap tinggi hati, tertawa menyeringai, mengibuli secara bersenda gurau, keluhan hipokondriakal, ungkapan kata diulang-ulang.
- h. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren

3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)

- a. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
- b. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
- c. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).

- d. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
 - e. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
 - f. Rigiditas (kaku).
 - g. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
 - h. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
 - i. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena klien yang tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
 - b. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
 - c. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
- a. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
 - c. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila klien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode

depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtipe skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).

6. Skizofrenia residual (F 20. 5)

- a. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
- b. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
- c. Sedikitnya sudah melewati kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom “negatif” dari skizofrenia.
- d. Tidak terdapat demensia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)

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

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

2.3.5. Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Menurut Dadang Hawari (2005) dalam buku (Prabowo Eko, 2014) mengatakan bahwa secara klinis untuk mengatakan apakah seseorang itu menderita skizofrenia atau tidak maka diperlukan kriteria diagnostic sebagai berikut:

1. Delusi atau waham yang aneh (isinya jelas tidak masuk akal) dan tidak berdasarkan kenyataan, sebagai contoh misalnya:
 - a. Waham dikendalikan oleh suatu kekuatan luar (*delusions of being controlled*).
 - b. Waham penyiaran pikiran (*Thought broadcasting*).
 - c. Waham penyisipan pikiran (*Thought Insertion*).
 - d. Waham Penyedotan pikiran (*Thought withdrawal*).
2. Delusi atau waham Somatik (fisik) kebesaran, keagamaan, *nihilistic* atau waham lainnya yang bukan waham kerja atau cemburu.

3. Delusi atau waham kerja atau cemburu (*delusions of persecution of jealousy*) dan waham tuduhan (*delusions of suspicion*) yang disertai halusinasi dalam bentuk apapun (halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan dan perabaan).
4. Halusinasi pendengaran yang dapat berupa suara yang selalu memberi komentar tentang tingkah laku atau pikirannya, atau dua atau lebih suara yang saling bercakap-cakap (dialog).
5. Halusinasi pendengaran yang terjadi beberapa kali yang berisi lebih dari satu atau dua kata dan tidak adanya hubungan dengan kesedihan (depresi) atau kegembiraan (euforia).
6. Inkoherensi, yaitu kelonggaran asosiasi (hubungan) pikiran yang jelas, jalan pikiran yang tidak masuk akal, isi pikiran atau pembicaraan yang kaku, atau kemiskinan pembicaraan yang disertai oleh paling sedikit satu dari yang disebut:
 - a. Afek (alam perasaan) yang tumpul, mendatar atau tidak serasi (*inappropriate*).
 - b. Berbagai waham atau halusinasi.
 - c. Katatonia (kekakuan) atau tingkah laku lain yang sangat kacau (*disorganised*).
 - d. Deferiorasi (kemunduran/kemerosotan) dari taraf fungsi penyesuaian (adaptasi) dalam bidang pekerjaan, hubungan sosial dan perawatan dirinya.

Jangka waktu gejala penyakit itu berlangsung secara terus menerus selama paling sedikit 6 bulan dalam suatu periode didalam kehidupan

seseorang, disertai dengan terdapatnya beberapa gejala penyakit pada saat diperiksa sekarang.

2.3.6. Penatalaksanaan Skizofrenia

1. Penggunaan Obat Antipsikosis

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

a. Antipsikotik konvensional

Obat antipsikotik yang paling lama penggunaannya, walaupun sangat efektif sering menimbulkan efek samping yang serius. Contoh obat antipsikotik konvensional antara lain:

- 1) Haldol (haloperidol). Sediaannya tablet 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg, dan injeksi 5 mg/ml, dosis 5-15 mg/hari.
- 2) Stelazine (trifluoperazine). Sediaannya tablet 1 mg dan 5 mg, dosis 10-15 mg/hari.
- 3) Mellaril (thioridazine). Sediaannya tablet 50-100 mg, dosis 150-600 mg/hari.
- 4) Thorazine (chlorpromazine). Sediaannya tablet 25 dan 100 mg, injeksi 25 mg/ml, dosis 150-600 mg/hari.
- 5) Trilafon (perphenazine). Sediaannya tablet 2, 4, 8 mg, dosis 12-24 mg/hari.
- 6) Prolixin (fluphenazine). Sediaannya tablet 2,5 mg, 5 mg, dosis 10-15 mg/hari. Injeksi 25 mg/ml, dosis 25 mg/2-4 minggu.

b. *Newer Atypical Antipsycosis*

Obat-obat yang tergolong kelompok ini disebut atipikal karena prinsip kerjanya berbeda, serta sedikit menimbulkan efek samping bila dibandingkan dengan antipsikotik konvensional. Contoh *newer atypical*, antara lain:

- 1) Risperidal. Sediaan risperidone tablet 1, 2, 3 mg, dosis 2-6mg/hari.
- 2) Seroquel (quetiapine)
- 3) Zyprexa (olanzopine)

c. Clozaril (clozapine)

Memiliki efek samping yang jarang tapi sangat serius. Clozaril dapat menurunkan jumlah sel darah putih yang berguna untuk melawan infeksi.

2. Terapi elektrokonvulsif (ECT)

3. Pembedahan bagian otak

4. Perawatan di rumah sakit

5. Psikoterapi

a. Terapi Psikoanalisa

Metode terapi berdasarkan konsep Freud. Tujuannya menyadarkan individu akan konflik yang tidak disadarinya dan mekanisme pertahanan yang digunakannya untuk mengendalikan kecemasannya. Hal paling penting dalam terapi ini adalah untuk mengatasi hal-hal yang direpre oleh penderita.

b. Terapi Perilaku (Behavioristik)

c. Terapi Humanistik

d. Terapi kelompok dan terapi keluarga.

2.4 Mekanisme Koping

2.4.1. Pengertian

Koping adalah proses di mana seseorang mencoba untuk mengatur perbedaan yang diterima antara keinginan (demands) dan pendapatan (resources) yang dinilai dalam suatu keadaan yang penuh tekanan. Walaupun usaha koping dapat diarahkan untuk memperbaiki atau menguasai suatu masalah, hal ini juga dapat membantu seseorang untuk mengubah persepsinya atas ketidak sesuaian, menolerir atau menerima bahaya, juga melepaskan diri atau menghindari situasi stres. Stres diatasi dengan kognitif dan *behavioral transaction* melalui lingkungannya.

Proses mekanisme koping bukan hanya satu kejadian karna koping melibatkan *ongoing transaction* dengan lingkungan, dan proses tersebut sebaiknya dilihat sebagai suatu *dynamic series*. Stres yang muncul pada anak akan membuat dirinya melakukan suatu koping. Koping merupakan suatu tindakan mengubah kognitif secara konstan dan usaha tingkah laku untuk mengatasi tuntutan internal atau eksternal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu. Koping yang dilakukan ini berbeda dengan perilaku adaptif otomatis karena koping membutuhkan suatu usaha, yang apabila usaha tersebut berhasil dilakukan menjadi perilaku otomatis lewat proses belajar. Koping dipandang sebagai suatu usaha untuk menguasai situasi tertekan, tanpa memperhatikan akibat dari tekanan tersebut dapat benar-benar dikuasai. Maka, koping yang efektif

untuk dilakukan adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan dan tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya (Lazarus dan Folkman, 1984) dalam buku (Nasir A, 2011).

2.4.2. Strategi Koping

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) dalam melakukan koping ada dua strategi yang bisa dilakukan:

1. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*)

Problem focused coping, yaitu usaha mengatasi stres dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya tekanan. *Problem focused coping* ditunjukkan dengan mengurangi demands dari situasi yang penuh dengan stres atau memperluas sumber untuk mengatasinya. Seseorang cenderung menggunakan metode *problem focused coping* apabila mereka percaya bahwa sumber atau *demands* dari situasinya dapat diubah. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain sebagai berikut:

- a. *Confrontative coping*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan risiko.
- b. *Seeking social support*: usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.
- c. *Planful problem solving*: usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap, dan analitis.

2. Emotion focused coping

Emotion focused coping, yaitu usaha mengatasi stres dengan cara mengatur respon emosional dalam rangkaian menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan. Emotion focused coping ditunjukkan untuk mengontrol respons emosional terhadap perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam emotional focused coping antara lain sebagai berikut:

- a. *Self control*: usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
- b. *Distancing*: usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah sebagai lelucon.
- c. *Positive reappraisal*: usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
- d. *Accepting responsibility*: usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi baik.
- e. *Escape/avoidance*: usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan.

2.4.3. Hasil Dari Koping

Lazarus dan Folkman (1984) menyatakan koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya. Sesuai dengan pernyataan tersebut, Cohen dan Lazarus, dalam Taylor (1991), mengemukakan agar koping dilakukan dengan efektif, maka strategi koping perlu mengacu pada 5 fungsi tugas koping yang dikenal dengan istilah koping task, yaitu:

1. Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya
2. Menoleransi atau menyesuaikan diri dengan pernyataan negatif
3. Mempertahankan gambaran diri yang positif
4. Mempertahankan keseimbangan emosional
5. Melanjutkan kepuasan terhadap hubungan dengan orang lain

Menurut Taylor (1991) efektivitas koping bergantung pada keberhasilan pemenuhan koping task. Individu tidak harus memenuhi semua koping task untuk dinyatakan berhasil melakukan koping dengan baik. Setelah koping dapat memenuhi sebagian atau semua fungsi tugas tersebut, maka didapatkan terlihat bagaimana koping outcome yang dalam tiap individu. Koping outcome adalah kriteria hasil koping untuk menentukan keberhasilan koping. Beberapa kriteria koping outcome adalah sebagai berikut:

1. Ukuran fungsi fisiologis, yaitu koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat mengurangi indikator dan membangkitkan

(arousal) stres seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan sistem pernapasan.

2. Apakah individu dapat kembali pada keadaan seperti sebelum ia mengalami stres dan seberapa cepat ia dapat kembali. Koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat membawa individu kembali pada keadaan seperti sebelum individu mengalami stres.
3. Efektivitas dalam mengurangi psychological distress. Koping dinyatakan berhasil jika koping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.

2.5 Konsep Covid-19

2.5.1 Pengertian Covid-19

Coronavirus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. *Coronaviridae* dibagi dua subkeluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu *alpha coronavirus*, *betacoronavirus*, *deltacoronavirus* dan *gamma coronavirus* (Maurer-stroh, 2020). Berdasarkan penemuan, terdapat tujuh tipe *Coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia saat ini yaitu dua *alphacoronavirus* (229E dan NL63) dan empat *betacoronavirus*, yakni OC43, HKU1, *Middle East respiratory syndrome-associated coronavirus* (*MERS-CoV*), dan *severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus* (*SARSCoV*). Yang ketujuh adalah *Coronavirus* tipe baru yang

menjadi penyebab kejadian luar biasa di Wuhan, yakni *Novel Coronavirus 2019 (2019-nCoV)*(IDPI, 2020).

Coronavirus adalah keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit mulai dari gejala ringan sampai berat. Ada setidaknya dua jenis coronavirus yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) dan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* adalah penyakit jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Virus penyebab COVID-19 ini dinamakan Sars-CoV-2.

Coronavirus terutama menginfeksi dewasa atau anak usia lebih tua, dengan gejala klinis ringan seperti common cold dan faringitis sampai berat seperti SARS atau MERS serta beberapa strain menyebabkan diare pada dewasa. Jika kita terpapar virus dalam jumlah besar dalam satu waktu, dapat menimbulkan penyakit walaupun sistem imun tubuh berfungsi normal. Orang-orang dengan sistem imun lemah seperti orang tua, wanita hamil, dan kondisi lainnya, penyakit dapat secara progresif lebih cepat dan lebih parah. Infeksi *Coronavirus* menimbulkan sistem kekebalan tubuh yang lemah terhadap virus ini lagi sehingga dapat terjadi re-infeksi

2.5.2 Etiologi

Kebanyakan Coronavirus menginfeksi hewan dan bersirkulasi di hewan. Coronavirus menyebabkan sejumlah besar penyakit pada hewan dan kemampuannya menyebabkan penyakit berat pada hewan seperti babi, sapi, kuda, kucing dan ayam. Coronavirus disebut dengan virus zoonotik yaitu virus yang ditransmisikan dari hewan ke manusia. Banyak hewan liar

yang dapat membawa patogen dan bertindak sebagai vektor untuk penyakit menular tertentu. Kelelawar, tikus bambu, unta dan musang merupakan host yang biasa ditemukan untuk Coronavirus.

Coronavirus pada kelelawar merupakan sumber utama untuk kejadian severe acute respiratory syndrome (SARS) dan Middle East respiratory syndrome (MERS) (Li, 2005). Namun pada kasus SARS, saat itu host intermediet (masked palm civet atau luwak) justru ditemukan terlebih dahulu dan awalnya disangka sebagai host alamiah. Barulah pada penelitian lebih lanjut ditemukan bahwa luwak hanyalah sebagai host intermediet dan kelelawar tapal kuda (horseshoe bats) sebagai host alamiahnya (Cao, 2020). Secara umum, alur Coronavirus dari hewan ke manusia dan dari manusia ke manusia melalui transmisi kontak, transmisi droplet, rute feses dan oral. Kontak erat didefinisikan seseorang yang memiliki kontak (dalam 1 meter) dengan kasus yang terkonfirmasi selama masa simtomatiknya termasuk satu hari sebelum onset gejala. Kontak tidak hanya kontak fisik langsung.

1. Kontak pekerja sosial atau pekerja medis

Paparan terkait perawatan kesehatan, termasuk menangani langsung untuk klien COVID-19, bekerja dengan petugas kesehatan yang terinfeksi COVID-19 atau memeriksa klien yang terkonfirmasi kasus atau dalam lingkungan ruangan sama, ketika prosedur aerosol dilakukan.

2. Kontak lingkungan rumah atau tempat tertutup

Berbagi lingkungan ruangan, bekerja bersama, belajar bersama dalam jarak dekat dengan klien COVID-19.

1. Berpergian bersama klien COVID-19 dalam segala jenis mode transportasi.
2. Anggota keluarga atau tinggal di rumah yang sama dengan klien COVID-19 (WHO, 2020).

2.5.3 Patofisiologi

Coronavirus hanya bisa memperbanyak diri melalui sel host-nya. Virus tidak bisa hidup tanpa sel host. Berikut siklus dari Coronavirus setelah menemukan sel host sesuai tropismenya.

1. Pertama, penempelan dan masuk virus ke sel host diperantarai oleh **Protein S yang ada dipermukaan virus. Protein S penentu utama dalam** menginfeksi spesies host-nya serta penentu tropisnya (Z, W, & H, 2020). Pada studi SARS-CoV protein S berikatan dengan reseptor di sel host yaitu enzim ACE-2 (angiotensinconverting enzyme 2). ACE-2 dapat ditemukan pada mukosa oral dan nasal, nasofaring, paru, lambung, usus halus, usus besar, kulit, timus, sumsum tulang, limpa, hati, ginjal, otak, sel epitel alveolar paru, sel enterosit usus halus, sel endotel arteri vena, dan sel otot polos. Setelah berhasil masuk selanjutnya translasi replikasi gen dari RNA genom virus. Selanjutnya replikasi dan transkripsi dimana sintesis virus RNA melalui translasi dan perakitan dari kompleks replikasi virus. Tahap selanjutnya adalah perakitan dan rilis virus (Fehr & Perlman, 2015). Setelah terjadi transmisi, virus masuk ke saluran napas atas kemudian bereplikasi di sel epitel saluran napas atas (melakukan siklus hidupnya). Setelah itu menyebar ke saluran napas bawah. Pada infeksi akut terjadi

peluruhan virus dari saluran napas dan virus dapat berlanjut meluruh beberapa waktu di sel gastrointestinal setelah penyembuhan. Masa inkubasi virus sampai muncul penyakit sekitar 3-7 hari.

2. Pada tahap kedua, organisasi terjadi sehingga terjadi perubahan infiltrat atau konsolidasi luas di paru. Infeksi tidak sebatas di sistem pernapasan tetapi virus juga bereplikasi di enterosit sehingga menyebabkan diare dan luruh di feses, juga urin dan cairan tubuh lainnya.

2.5.4 Manifestasi Klinis

Infeksi COVID-19 dapat menimbulkan gejala ringan, sedang atau berat. Gejala klinis utama yang muncul yaitu demam (suhu $>38^{\circ}\text{C}$), batuk dan kesulitan bernapas. Selain itu dapat disertai dengan sesak memberat, fatigue, mialgia, gejala gastrointestinal seperti diare dan gejala saluran napas lain. Setengah dari klien timbul sesak dalam satu minggu. Pada kasus berat perburukan secara cepat dan progresif, seperti ARDS, syok septik, asidosis metabolik yang sulit dikoreksi dan perdarahan atau disfungsi sistem koagulasi dalam beberapa hari. Pada beberapa klien, gejala yang muncul ringan, bahkan tidak disertai dengan demam. Kebanyakan klien memiliki prognosis baik, dengan sebagian kecil dalam kondisi kritis bahkan meninggal. Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (World Health Organization, 2020).

Berikut sindrom klinis yang dapat muncul jika terinfeksi (World Health Organization, 2020):

1. Tidak berkomplikasi

Kondisi ini merupakan kondisi teringan. Gejala yang muncul berupa gejala yang tidak spesifik. Gejala utama tetap muncul seperti demam, batuk, dapat disertai dengan nyeri tenggorok, kongesti hidung, malaise, sakit kepala, dan nyeri otot. Perlu diperhatikan bahwa pada klien dengan lanjut usia dan klien immunocompromises presentasi gejala menjadi tidak khas atau atipikal. Selain itu, pada beberapa kasus ditemui tidak disertai dengan demam dan gejala relatif ringan. Pada kondisi ini klien tidak memiliki gejala komplikasi diantaranya dehidrasi, sepsis atau napas pendek (World Health Organization, 2020).

2. Pneumonia ringan

Gejala utama dapat muncul seperti demam, batuk, dan sesak. Namun tidak ada tanda pneumonia berat. Pada anak-anak dengan pneumonia tidak berat ditandai dengan batuk atau susah bernapas atau tampak sesak disertai napas cepat atau takipneu tanpa adanya tanda pneumonia berat.

Definisi takipnea pada anak :

- a. < 2 bulan : ≥ 60 x/menit
- b. 2-11 bulan : ≥ 50 x/menit
- c. 1-5 tahun : ≥ 40 x/menit

3. Pneumonia berat

- a. Pada klien dewasa

Gejala yang muncul diantaranya demam atau curiga infeksi saluran napas sedangkan tanda yang muncul yaitu takipnea (frekuensi napas:

>30x/menit), distress pernapasan berat atau saturasi oksigen klien <90% udara luar.

Jika terdapat salah satu kriteria mayor atau ≥ 3 kriteria minor

Kriteria Minor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas ≥ 30x/menit 2. Rasio PaO₂/FiO₂ ≤ 250 3. Infiltrat multilobular 4. Penurunan kesadaran 5. Uremia (BUN) ≥ 20 mg/dL 6. Leukopenia (<4000 cell/mikrol) 7. Trombositopenia (<100.000/microliter) 8. Hipotermia (<36°C) 9. Hipotensi perlu resusitasi cairan agresif
Kriteria Mayor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syok septik membutuhkan vasopressor 2. Gagal napas membutuhkan ventilasi mekanik

Kriteria severe CAP (*Community-acquired Pneumonia*) menurut *Diseases Society of America/American Thoracic Society*

(World Health Organization, 2020)

b. Pada klien anak-anak:

Gejala: batuk atau tampak sesak, Sianosis central atau SpO₂<90%, distress napas berat (retraksi dada berat), pneumonia dengan tanda bahaya (tidak mau menyusu atau minum; letargi atau penurunan kesadaran; atau kejang). Dalam menentukan pneumonia berat ini diagnosis dilakukan dengan diagnosis klinis, yang mungkin didapatkan hasil penunjang yang tidak menunjukkan komplikasi.

4. *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*

Derajat ringan beratnya ARDS berdasarkan kondisi hipoksemia. Hipoksemia didefinisikan tekanan oksigen arteri (PaO_2) dibagi fraksi oksigen inspirasi (FiO_2) kurang dari < 300 mmHg. Berikut rincian oksigenasi pada klien ARDS.

a. Dewasa :

- 1) ARDS ringan : $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (dengan PEEP atau CPAP ≥ 5 cmH₂O atau tanpa diventilasi)
- 2) ARDS sedang : $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ dengan PEEP ≥ 5 cmH₂O atau tanpa diventilasi
- 3) ARDS berat : $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ dengan PEEP ≥ 5 cmH₂O atau tanpa diventilasi.
- 4) Tidak tersedia data PaO_2 : $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ diduga ARDS (termasuk klien tanpa ventilasi).

b. Anak:

- 1) Bilevel NIV atau CPAP ≥ 5 cmH₂O melalui masker full wajah : $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ atau $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$
- 2) ARDS ringan (ventilasi invasif): $4 \leq \text{oxygenation index (OI)} < 8$ or $5 \leq \text{OSI} < 7.5$
- 3) ARDS sedang (ventilasi invasif): $8 \leq \text{OI} < 16$ atau $7.5 \leq \text{oxygenation index using SpO}_2 \text{ (OSI)} < 12.3$
- 4) ARDS berat (ventilasi invasif): $\text{OI} \geq 16$ atau $\text{OSI} \geq 12.3$

5. Sepsis

Tanda klien mengalami sepsis adalah disfungsi organ perubahan status mental, susah bernapas atau frekuensi napas cepat, saturasi oksigen rendah, keluaran urin berkurang, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, akral dingin atau tekanan darah rendah, kulit mottling atau terdapat bukti laboratorium koagulopati, trombositopenia, asidosis, tinggi laktat atau hiperbilirubinemia.

Skor SOFA dapat digunakan untuk menentukan diagnosis sepsis dari nilai 0-24 dengan menilai 6 sistem organ yaitu respirasi (hipoksemia melalui tekanan oksigen atau fraksi oksigen), koagulasi (trombositopenia), liver (bilirubin meningkat), kardivaskular (hipotensi), system saraf pusat (tingkat kesadaran dihitung dengan Glasgow coma scale) dan ginjal (luaran urin berkurang atau tinggi kreatinin). Sepsis didefinisikan peningkatan skor *Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assesment (SOFA)* ≥ 2 poin. Pada anak-anak didiagnosis sepsis bila curiga atau terbukti infeksi dan ≥ 2 kriteria *systemic inflammatory Response Syndrom (SIRS)* yang salah satunya harus suhu abnormal atau hitung leukosit.

6. Syok Septik

Definisi syok septik yaitu hipotensi persisten setelah resusitasi volem adekuat sehingga diperlukan vasopressor untuk mempertahankan MAP ≥ 65 mmHg dan serum laktat > 2 mmol/L. Definisi syok septik pada anak yaitu hipotensi dengan tekanan sistolik $<$ persentil 5 atau > 2 SD dibawah rata rata tekanan sistolik normal berdasarkan usia atau diikuti dengan 2-3 kondisi berikut :

- a. Perubahan status mental
- b. Bradikardia atau takikardia
 - 1) Pada balita : frekuensi nadi <90 x/menit atau >160x/menit
 - 2) Pada anak-anak : frekuensi nadi <70x/menit atau >150x/menit
- c. Capillary *refill time* meningkat (>2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan *bounding pulse*
- d. Takipnea
- e. Kulit mottled atau petekia atau purpura
- f. Peningkatan laktat
- g. Oliguria
- h. Hipertemia atau hipotermia

2.5.5 Kelompok Intervensi Covid-19

Pengelompokkan intervensi COVID 19 berdasarkan buku Pedoman Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) Dalam Pandemi Covid 19 terbagi dalam:

1. Orang Sehat (OS)

Orang sehat (OS) adalah orang yang tidak memiliki gejala, tidak kontak dengan orang dengan COVID-19 (tenaga kerja dari rumah sakit atau serumah dengan yang sakit COVID-19), tidak berada di daerah terjangkit luar negeri atau dalam negeri.

Pencegahan Masalah Kesehatan:

a. Peningkatan imunitas fisik

Peningkatan imunitas fisik dalam rangka mencegah infeksi dari virus COVID 19 dapat diupayakan melalui:

- Makanan seimbang
- Minuman yang cukup, orang dewasa minimal 2 liter.
- Olahraga minimal 30 menit sehari.
- Berjemur di pagi hari seminggu dua kali.
- Tidak merokok dan minum alkohol.

b. Peningkatan kesehatan jiwa dan psikososial

Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat ditingkatkan melalui:

- Emosi positif: gembira, senang dengan cara melakukan kegiatan dan hobi yang disukai, baik sendiri maupun bersama keluarga atau teman.
- Pikiran positif: menjauh dari informasi hoax, mengenang semua pengalaman yang menyenangkan, bicara pada diri sendiri tentang hal yang positif (*positive self-talk*), responsif (mencari solusi) terhadap kejadian, dan selalu yakin bahwa pandemi akan segera teratasi.
- Hubungan sosial yang positif: memberi pujian, harapan antar sesama, saling mengingatkan cara-cara positif, meningkatkan ikatan emosi keluarga dan kelompok.

- c. Pencegahan Penularan (melalui Droplet)
 - 1) Jarak Sosial (*Social Distancing*) sejauh 2 meter
 - 2) Jarak Fisik (*Physical Distancing*) sejauh 2 meter
 - 3) Cuci Tangan
 - 4) Masker Kain
 - 5) Tinggal di rumah saja (*stay at home*)
 - 6) Membersihkan *Handphone* dengan Sabun
- d. Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Individu
 - 1) Sikap Reaktif: adalah reaksi yang cepat, tegang, agresif yang memunculkan kecemasan, kepanikan contoh memborong bahan makanan, masker, *hands-sanitizer*, vitamin dll.
 - 2) Sikap Responsif: adalah sikap tenang, terukur, mencari tahu apa yang harus dilakukan dan memberikan respons yang tepat dan wajar.
- e. Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Keluarga
 - Belajar dan bekerja dari rumah. Bagi pekerja yang masih harus masuk kantor harus menggunakan protokol kesehatan dan keselamatan kerja sesuai dengan pencegahan dan penanganan COVID-19
 - Tinggal dirumah (*Stay at home*), belajar dari rumah (*Study from home*), bekerja dari rumah (*Work from home*).

2. Orang Tanpa Gejala (OTG)

Orang Tanpa Gejala (OTG) adalah seseorang yang tidak memiliki gejala dan mempunyai riwayat kontak erat dengan orang yang terkonfirmasi COVID-19. Kontak Erat adalah seseorang yang melakukan kontak fisik atau beradadalam ruangan atau berkunjung (dalam radius 1 meter dengan kasus klien dalam pengawasan atau konfirmasi) dalam 2 hari sebelum kasus muncul gejala dan hingga 14 hari setelah kasus muncul gejala.

Upaya promotif kesehatan Jiwa dan Psikososial pada OTG adalah:

- 1) Mengurangi stressor
 - Mendapatkan informasi yang benar tentang COVID-19.
 - Mengurangi membuka media sosial terutama tentang COVID-19.
 - Menjauhi orang yang selalu memberitakan hal yang negatif tentang COVID-19.
- 2) Relaksasi fisik
 - Latihan Tarik nafas dalam.
 - Relaksasi Otot Progresif (*Progressive Muscle Relaxation*).
 - Olah raga secara rutin.
- 3) Latihan Berfikir Positif
- 4) Mempertahankan dan meningkatkan hubungan interpersonal.

Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Keluarga dapat dilakukan dengan melaporkan kondisi kesehatan secara rutin (tanda – tanda terkait COVID-19 : suhu tubuh > 37.5, sesak, tengorokan kering, batuk).

3. Orang Dalam Pemantauan (ODP)

Orang Dalam Pemantauan (ODP) adalah orang yang mengalami demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dan pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/ wilayah yang melaporkan transmisi lokal.

ODP adalah orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk DAN pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.

ODP yang isolasi mandiri di rumah adalah mereka yang tidak memiliki penyakit penyerta seperti: diabetes, penyakit jantung, kanker, penyakit paru kronis, AIDS, dan penyakit autoimun. ODP mendapatkan pelayanan kesehatan primer dari puskesmas atau klinik.

Sedang pada ODP yang diisolasi di Fasilitas Kesehatan Sekunder (RS tipe C dan D), ODP mendapat layanan kesehatan jiwa dan psikososial dari tim terlatih merawat di fasilitas kesehatan. Perawat menggunakan standar asuhan keperawatan kesehatan jiwa dan dokter menggunakan standar tatalaksana kesehatan jiwa.

4. Klien Dalam Pengawasan (PDP)

Klien Dalam Pengawasan (PDP) adalah:

- Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; disertai salah satu gejala/tanda

penyakit pernapasan dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dan pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi local.

- Orang dengan demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam atau ISPA dan pada 14 hari terakhir sebelum muncul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi COVID-19.
 - Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan dapat digolongkan dalam kelompok PDP.
- a. Tindakan karantina di rumah dan layanan sosial lainnya:

1) Pencegahan penularan secara fisik

- Pasien ditempatkan di ruang tersendiri
- Selalu menggunakan masker
- Alat kebutuhan pribadi dipisahkan dengan anggota keluarga yang lain
- Puskesmas memantau PDP
- Hal lain sesuai buku pedoman COVID 19

2) Pencegahan masalah kesehatan jiwa dan psikososial

Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat (OS), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi dengan tim kesehatan jiwa.

b. Tindakan isolasi di Rumah Sakit

- 1) Aspek fisik mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan di RS
- 2) Pencegahan dan pemulihan masalah kesehatan jiwa dan psikososial.

Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat (OS), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi dengan tim kesehatan jiwa. Dokter penanggung jawab pelayanan pasien (DPJP) dan tim PPA (Profesional Permeri Asuhan) diberikan pembekalan pelayan kesehatan jiwa dan psikososial dengan menggunakan buku pedoman COVID 19

5. Klien Konfirmasi COVID-19

Klien Konfirmasi Covid 19 adalah klien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan tes positif melalui pemeriksaan PCR, dilakukan pengambilan spesimen pada hari ke-1 dan ke-14.

Klien COVID 19 yang telah dikonfirmasi memiliki gejala seperti penyesalan, kebencian, kesepian, ketidakberdayaan, depresi, kecemasan, fobia, gelisah, dendam dan kurang tidur.

a. Klien COVID 19 yang dirawat di RS

- 1) Klien COVID 19 yang dirawat di ruang isolasi.
 - Aspek fisik mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan di RS sesuai dengan ruang isolasi.
 - Pencegahan dan pemulihan masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat (OS), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi dengan tim kesehatan jiwa.

Dokter penanggung jawab pelayanan pasien (DPJP) dan tim PPA (Profesional Permeri Asuhan) diberikan pembekalan pelayan kesehatan jiwa dan psikososial dengan menggunakan buku pedoman COVID 19.

- Pertahankan komunikasi positif dengan klien.
- Dukungan keluarga dan sosial

2) Klien COVID 19 yang dirawat di ICU

- Aspek fisik mengikuti standar pelayanan yang telah ditetapkan di RS sesuai dengan ruang isolasi.
- Pencegahan dan pemulihan masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Dapat dilakukan dengan melaksanakan tindakan untuk Orang Sehat (OS), OTG, dan ODP dan bila tidak ada perbaikan dapat berkonsultasi dengan tim kesehatan jiwa. Dokter penanggung jawab pelayanan pasien (DPJP) dan tim PPA (Profesional Permeri Asuhan) diberikan pembekalan pelayan kesehatan jiwa dan psikososial dengan menggunakan buku pedoman COVID 19.
- Pertahankan komunikasi positif dengan klien.
- Dukungan keluarga dan sosial

b. Klien COVID 19 yang sembuh dan pulang

6. Orang Rentan

Orang rentan adalah kelompok orang yang berisiko /peka terkena infeksi COVID-19 karena kondisi saat ini. Kelompok ini meliputi:

a. Lansia

- b. Orang dengan komorbid penyakit kronis
- c. Ibu hamil, pospartum dan menyusui
- d. Anak-anak
- e. Disabilitas fisik
- f. ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa)
- g. Keluarga pra sejahtera
- h. Petugas kesehatan yang menangani secara langsung klien COVID-19.

2.5.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang penting yaitu pencitraan toraks seperti foto toraks, CT Scan toraks atau USG paru. Pada pemeriksaan pencitraan dapat ditemukan: opasitas bilateral, tidak menjelaskan oleh karena efusi, lobar atau kolaps paru atau nodul. Sumber dari edema tidak sepenuhnya dapat dijelaskan oleh gagal jantung atau kelebihan cairan, dibutuhkan pemeriksaan objektif lain seperti ekokardiografi untuk mengeksklusi penyebab hidrostatis penyebab edema jika tidak ada faktor risiko. Penting dilakukan analisis gas darah untuk melihat tekanan oksigen darah dalam menentukan tingkat keparahan ARDS serta terapi. Pada stage awal, terlihat bayangan multiple plak kecil dengan perubahan interstisial yang jelas menunjukkan di perifer paru dan kemudian berkembang menjadi bayangan multiple ground-glass dan infiltrate di kedua paru. Pada kasus berat, dapat ditemukan konsolidasi paru bahkan “*white-lung*” dan efusi pleura (jarang)(Z et al., 2020).

1. Kultur Darah

Ambil kultur darah untuk pemeriksaan jenis bakteri yang menyebabkan pneumonia dan sepsis, jika memungkinkan sebelum pemberian terapi antimikrobia. Jangan menunda terapi antimikrobia untuk mengambil kultur darah (WHO, 2020d).

2. Pengambilan Spesimen dari saluran Pernafasan (WHO, 2020d)

Saluran napas atas dengan swab tenggorok (nasofaring dan orofaring). Saluran napas bawah (sputum, bilasan bronkus, BAL, bila menggunakan endotrakeal tube dapat berupa aspirat endotrakeal). Untuk Ambil spesimen dari saluran pernapasan atas (SPA; nasofaringeal dan orofaringeal), jika secara klinis masih diragukan dan spesimen SPA negatif, ambil spesimen dari saluran pernapasan bawah saat sudah tersedia (SPB; dahak yang dikeluarkan, aspirat endotrakea, atau bilasan bronkoalveolar pada klien berventilasi) untuk uji virus COVID-19 dengan RT-PCR dan pewarnaan/kultur bakteri.

Pada klien terkonfirmasi COVID-19 di rumah sakit, sampel SPA dan SPB dapat diambil berulang kali untuk menunjukkan bahwa virus sudah bersih. Frekuensi pengambilan spesimen bergantung pada ciri dan sumber daya epidemik setempat. Untuk pemulangan dari rumah sakit klien yang secara klinis sudah pulih, dianjurkan dilakukan dua uji negatif yang berjarak setidaknya 24 jam.

1. Bronkoskopi
2. Pungsi pleura sesuai kondisi
3. Pemeriksaan Kimia Darah

4. Darah perifer lengkap
5. Leukosit dapat ditemukan normal atau menurun; hitung jenis limfosit menurun. Pada kebanyakan klien LED dan CRP meningkat.
6. Analisis gas darah
7. Fungsi hepar (Pada beberapa klien, enzim liver dan otot meningkat
8. Fungsi ginjal
9. Gula darah sewaktu
10. Elektrolit
11. Faal hemostasis (PT/APTT, d Dimer), pada kasus berat, Ddimer meningkat
12. Prokalsitonin (bila dicurigai bakterialis)
13. Laktat (Untuk menunjang kecurigaan sepsis) (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)
14. Pemeriksaan feses dan urin (untuk investigasi kemungkinan penularan).

2.5.7 Penatalaksanaan

1. Tatalaksana Klien di Rumah Sakit Rujukan
 - a. Terapi Suportif Dini dan Pemantauan
 - 1) Berikan terapi suplementasi oksigen segera pada klien ISPA berat dan distress pernapasan, hipoksemia, atau syok.
 - a) Terapi oksigen dimulai dengan pemberian 5 L/menit dengan nasal kanul dan titrasi untuk mencapai target $SpO_2 \geq 90\%$ pada anak dan

orang dewasa yang tidak hamil serta $SpO_2 \geq 92\%$ - 95% pada klien hamil.

- b) Pada anak dengan tanda kegawatdaruratan (obstruksi napas atau apneu, distres pernapasan berat, sianosis sentral, syok, koma, atau kejang) harus diberikan terapi oksigen selama resusitasi untuk mencapai target $SpO_2 \geq 94\%$;
 - c) Semua klien dengan ISPA berat dipantau menggunakan pulse oksimetri dan sistem oksigen harus berfungsi dengan baik, dan semua alat-alat untuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) harus digunakan sekali pakai.
 - d) Terapkan kewaspadaan kontak saat memegang alat-alat untuk menghantarkan oksigen (nasal kanul, sungkup muka sederhana, sungkup dengan kantong reservoir) yang terkontaminasi dalam pengawasan atau terbukti COVID-19.
- b. Gunakan manajemen cairan konservatif pada klien dengan ISPA berat tanpa syok.
- Klien dengan ISPA berat harus hati-hati dalam pemberian cairan intravena, karena resusitasi cairan yang agresif dapat memperburuk oksigenasi, terutama dalam kondisi keterbatasan ketersediaan ventilasi mekanik.
- c. Pemberian antibiotik empirik berdasarkan kemungkinan etiologi.
- Pada kasus sepsis (termasuk dalam pengawasan COVID-19) berikan antibiotik empirik yang tepat secepatnya dalam waktu 1 jam.

- d. Jangan memberikan kortikosteroid sistemik secara rutin untuk pengobatan pneumonia karena virus atau ARDS di luar uji klinis kecuali terdapat alasan lain.

Penggunaan jangka panjang sistemik kortikosteroid dosis tinggi dapat menyebabkan efek samping yang serius pada klien dengan ISPA berat/SARI, termasuk infeksi oportunistik, nekrosis avaskular, infeksi baru bakteri dan replikasi virus mungkin berkepanjangan. Oleh karena itu, kortikosteroid harus dihindari kecuali diindikasikan untuk alasan lain.

- e. Lakukan pemantauan ketat klien dengan gejala klinis yang mengalami perburukan seperti gagal napas, sepsis dan lakukan intervensi perawatan suportif secepat mungkin.
- f. Pahami klien yang memiliki komorbid untuk menyesuaikan pengobatan dan penilaian prognosisnya

2. Manajemen Gagal Napas Hipoksemi dan ARDS

- a. Mengenali gagal napas hipoksemi ketika klien dengan distress pernapasan mengalami kegagalan terapi oksigen standar

Klien dapat mengalami peningkatan kerja pernapasan atau hipoksemi walaupun telah diberikan oksigen melalui sungkup tutup muka dengan kantong reservoir (10 sampai 15 L/menit, aliran minimal yang dibutuhkan untuk mengembungkan kantong; FiO₂ antara 0,60 dan 0,95). Gagal napas hipoksemi pada ARDS terjadi akibat ketidaksesuaian ventilasi-perfusi atau pirau/pintasan dan biasanya membutuhkan ventilasi mekanik.

- b. Oksigen nasal aliran tinggi (High-Flow Nasal Oxygen/HFNO) atau ventilasi non invasif (NIV) hanya pada klien gagal napas hipoksemi tertentu, dan klien tersebut harus dipantau ketat untuk menilai terjadi perburukan klinis.
- 1) Sistem HFNO dapat memberikan aliran oksigen 60 L/menit dan FiO₂ sampai 1,0; sirkuit pediatrik umumnya hanya mencapai 15 L/menit, sehingga banyak anak membutuhkan sirkuit dewasa untuk memberikan aliran yang cukup. Dibandingkan dengan terapi oksigen standar, HFNO mengurangi kebutuhan akan tindakan intubasi. Klien dengan hiperkapnia (eksaserbasi penyakit paru obstruktif, edema paru kardiogenik), hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran seharusnya tidak menggunakan HFNO, meskipun data terbaru menyebutkan bahwa HFNO mungkin aman pada klien hiperkapnia ringan-sedang tanpa perburukan. Klien dengan HFNO seharusnya dipantau oleh petugas yang terlatih dan berpengalaman melakukan intubasi endotrakeal karena bila klien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera. Saat ini pedoman berbasis bukti tentang HFNO tidak ada, dan laporan tentang HFNO pada klien MERS masih terbatas.
 - 2) Penggunaan NIV tidak direkomendasikan pada gagal napas hipoksemi (kecuali edema paru kardiogenik dan gagal napas pasca operasi) atau penyakit virus pandemik (merujuk pada studi SARS dan pandemi influenza). Karena hal ini menyebabkan keterlambatan dilakukannya

intubasi, volume tidal yang besar dan injuri parenkim paru akibat barotrauma. Data yang ada walaupun terbatas menunjukkan tingkat kegagalan yang tinggi ketika klien MERS mendapatkan terapi oksigen dengan NIV. Klien hemodinamik tidak stabil, gagal multi-organ, atau penurunan kesadaran tidak dapat menggunakan NIV. Klien dengan NIV seharusnya dipantau oleh petugas terlatih dan berpengalaman untuk melakukan intubasi endotrakeal karena bila klien mengalami perburukan mendadak atau tidak mengalami perbaikan (dalam 1 jam) maka dilakukan tindakan intubasi segera.

- 3) Publikasi terbaru menunjukkan bahwa sistem HFNO dan NIV yang menggunakan interface yang sesuai dengan wajah sehingga tidak ada kebocoran akan mengurangi risiko transmisi airborne ketika klien ekspirasi.

- c. Intubasi endotrakeal harus dilakukan oleh petugas terlatih dan berpengalaman dengan memperhatikan kewaspadaan transmisi *airborne*

Klien dengan ARDS, terutama anak kecil, obesitas atau hamil, dapat mengalami desaturasi dengan cepat selama intubasi. Klien dilakukan preoksigenasi sebelum intubasi dengan Fraksi Oksigen (FiO₂) 100% selama 5 menit, melalui sungkup muka dengan kantong udara, bag-valve mask, HFNO atau NIV dan kemudian dilanjutkan dengan intubasi. Ventilasi mekanik menggunakan volume tidal yang rendah (4-8 ml/kg prediksi berat badan, Predicted Body Weight/PBW) dan tekanan inspirasi rendah (tekanan plateau <30 cmH₂O).

d. Sangat direkomendasikan untuk klien ARDS dan disarankan pada klien gagal napas karena sepsis yang tidak memenuhi kriteria ARDS.

- 1) Perhitungkan PBW pria = $50 + 2,3$ [tinggi badan (inci) -60], wanita = $45,5 + 2,3$ [tinggi badan (inci)-60]
- 2) Pilih mode ventilasi mekanik
- 3) Atur ventilasi mekanik untuk mencapai tidal volume awal = 8 ml/kg PBW
- 4) Kurangi tidal volume awal secara bertahap 1 ml/kg dalam waktu \leq 2 jam sampai mencapai tidal volume = 6ml/kg PBW
- 5) Atur laju napas untuk mencapai ventilasi semenit (tidak lebih dari 35 kali/menit)
- 6) Atur tidal volume dan laju napas untuk mencapai target pH dan tekanan plateau

Hipercapnia diperbolehkan jika pH 7,30-7,45. Protokol ventilasi mekanik harus tersedia. Penggunaan sedasi yang dalam untuk mengontrol usaha napas dan mencapai target volume tidal. Prediksi peningkatan mortalitas pada ARDS lebih akurat menggunakan tekanan driving yang tinggi (tekanan plateau-PEEP) di bandingkan dengan volume tidal atau tekanan plateau yang tinggi.

- a. Pada klien ARDS berat, lakukan ventilasi dengan prone position > 12 jam per hari

Menerapkan ventilasi dengan prone position sangat dianjurkan untuk klien dewasa dan anak dengan ARDS berat tetapi membutuhkan sumber daya manusia dan keahlian yang cukup.

- b. Manajemen cairan konservatif untuk klien ARDS tanpa hipoperfusi jaringan

hal ini sangat direkomendasikan karena dapat mempersingkat penggunaan ventilator.

- c. Pada klien dengan ARDS sedang atau berat disarankan menggunakan PEEP lebih tinggi dibandingkan PEEP rendah

Titrasi PEEP diperlukan dengan mempertimbangkan manfaat (mengurangi atelektotrauma dan meningkatkan rekrutmen alveolar) dan risiko (tekanan berlebih pada akhir inspirasi yang menyebabkan cedera parenkim paru dan resistensi vaskuler pulmoner yang lebih tinggi). Untuk memandu titrasi PEEP berdasarkan pada FiO_2 yang diperlukan untuk mempertahankan SpO_2 . Intervensi recruitment manoueuvers (RMs) dilakukan secara berkala dengan CPAP yang tinggi [30-40 cm H₂O], peningkatan PEEP yang progresif dengan tekanan driving yang konstan, atau tekanan driving yang tinggi dengan mempertimbangkan manfaat dan risiko.

- d. Pada klien ARDS sedang-berat ($td_2/FiO_2 < 150$) tidak dianjurkan secara rutin menggunakan obat pelumpuh otot.

- e. Pada fasyankes yang memiliki Expertise in Extra Corporal Life Support (ECLS), dapat dipertimbangkan penggunaannya ketika menerima rujukan klien dengan hipoksemi refrakter meskipun sudah mendapat lung protective ventilation. Saat ini belum ada pedoman yang merekomendasikan penggunaan ECLS pada klien ARDS, namun

ada penelitian bahwa ECLS kemungkinan dapat mengurangi risiko kematian.

- f. Hindari terputusnya hubungan ventilasi mekanik dengan klien karena dapat mengakibatkan hilangnya PEEP dan atelektasis. Gunakan sistem closed suction kateter dan klem endotrakeal tube ketika terputusnya hubungan ventilasi mekanik dan klien (misalnya, ketika pemindahan ke ventilasi mekanik yang portabel).

3. Manajemen Syok Septik

a. Kenali tanda syok septik

- 1) Klien dewasa: hipotensi yang menetap meskipun sudah dilakukan resusitasi cairan dan membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan $MAP \geq 65$ mmHg dan kadar laktat serum > 2 mmol/L.
- 2) Klien anak: hipotensi (Tekanan Darah Sistolik (TDS) $<$ persentil 5 atau > 2 standar deviasi (SD) di bawah normal usia) atau terdapat 2-3 gejala dan tanda berikut: perubahan status mental/kesadaran; takikardia atau bradikardia (HR < 90 x/menit atau > 160 x/menit pada bayi dan HR < 70 x/menit atau > 150 x/menit pada anak); waktu pengisian kembali kapiler yang memanjang (> 2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan bounding pulse; takipnea; mottled skin atau ruam petekie atau purpura; peningkatan laktat; oliguria; hipertermia atau hipotermia. Apabila tidak ada pemeriksaan laktat, gunakan MAP dan tanda klinis gangguan perfusi untuk deteksi syok. Perawatan standar meliputi deteksi dini dan tatalaksana dalam 1 jam; terapi antimikroba dan

pemberian cairan dan vasopresor untuk hipotensi. Penggunaan kateter vena dan arteri berdasarkan ketersediaan dan kebutuhan klien.

- b. Resusitasi syok septik pada dewasa: berikan cairan kristaloid isotonik 30 ml/kg. Resusitasi syok septik pada anak-anak: pada awal berikan bolus cepat 20 ml/kg kemudian tingkatkan hingga 40-60 ml/kg dalam 1 jam pertama.
- c. Jangan gunakan kristaloid hipotonik, kanji, atau gelatin untuk resusitasi.
- d. Resusitasi cairan dapat mengakibatkan kelebihan cairan dan gagal napas. Jika tidak ada respon terhadap pemberian cairan dan muncul tanda-tanda kelebihan cairan (seperti distensi vena jugularis, ronki basah halus pada auskultasi paru, gambaran edema paru pada foto toraks, atau hepatomegali pada anak-anak) maka kurangi atau hentikan pemberian cairan.
 - 1) Kristaloid yang diberikan berupa salin normal dan Ringer laktat. Penentuan kebutuhan cairan untuk bolus tambahan (250-1000 ml pada orang dewasa atau 10-20 ml/kg pada anak-anak) berdasarkan respons klinis dan targetperfusi. Target perfusi meliputi MAP >65 mmHg atau target sesuai usia pada anak-anak, produksi urin (>0,5 ml/kg/jam pada orang dewasa, 1 ml/kg/jam pada anak-anak), dan menghilangnya mottled skin, perbaikan waktu pengisian kembali kapiler, pulihnya kesadaran, dan turunnya kadar laktat.
 - 2) Pemberian resusitasi dengan kanji lebih meningkatkan risiko kematian dan *acute kidney injury* (AKI) dibandingkan dengan pemberian

kristaloid. Cairan hipotonik kurang efektif dalam meningkatkan volume intravaskular dibandingkan dengan cairan isotonik. Surviving Sepsis menyebutkan albumin dapat digunakan untuk resusitasi ketika klien membutuhkan kristaloid yang cukup banyak, tetapi rekomendasi ini belum memiliki bukti yang cukup (*low quality evidence*).

- e. Vasopresor diberikan ketika syok tetap berlangsung meskipun sudah diberikan resusitasi cairan yang cukup. Pada orang dewasa target awal tekanan darah adalah MAP ≥ 65 mmHg dan pada anak disesuaikan dengan usia.
 - f. Jika kateter vena sentral tidak tersedia, vasopresor dapat diberikan melalui intravena perifer, tetapi gunakan vena yang besar dan pantau dengan cermat tanda-tanda ekstrasvasasi dan nekrosis jaringan lokal. Jika ekstrasvasasi terjadi, hentikan infus. Vasopresor juga dapat diberikan melalui jarum intraoseus.
 - g. Pertimbangkan pemberian obat inotrop (seperti dobutamine) jika perfusi tetap buruk dan terjadi disfungsi jantung meskipun tekanan darah sudah mencapai target MAP dengan resusitasi cairan dan vasopresor.
- 1) Vasopresor (yaitu norepinefrin, epinefrin, vasopresin, dan dopamin) paling aman diberikan melalui kateter vena sentral tetapi dapat pula diberikan melalui vena perifer dan jarum intraoseus. Pantau tekanan darah sesering mungkin dan titrasi vasopresor hingga dosis minimum yang diperlukan untuk mempertahankan perfusi dan mencegah timbulnya efek samping.

2) Norepinefrin dianggap sebagai lini pertama pada klien dewasa; epinefrin atau vasopresin dapat ditambahkan untuk mencapai target MAP. Dopamine hanya diberikan untuk klien bradikardia atau klien dengan risiko rendah terjadinya takiaritmia. Pada anak-anak dengan *cold shock* (lebih sering), epinefrin dianggap sebagai lini pertama, sedangkan norepinefrin digunakan pada klien dengan *warm shock* (lebih jarang).

h. Tatalaksana spesifik untuk COVID-19 (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020)

Saat ini belum ada penelitian atau bukti tatalaksana spesifik pada COVID-19. Belum ada tatalaksana antiviral untuk infeksi Coronavirus yang terbukti efektif. Pada studi terhadap SARSCoV, kombinasi lopinavir dan ritonavir dikaitkan dengan memberi manfaat klinis. Saat ini penggunaan lopinavir dan ritonavir masih diteliti terkait efektivitas dan keamanan pada infeksi COVID-19. Tatalaksana yang belum teruji / terlisensi hanya boleh diberikan dalam situasi uji klinis yang disetujui oleh komite etik atau melalui Monitored Emergency Use of Unregistered Interventions Framework (MEURI), dengan pemantauan ketat. Selain itu, saat ini belum ada vaksin untuk mencegah pneumonia COVID-19 ini.

2.5.9 Tindakan Pencegahan

Menurut (Ikatan Dokter Paru Indonesia, 2020) dalam buku pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid 19 menjelaskan bahwa berdasarkan penelitian dan bukti yang tersedia, COVID-19 ditularkan melalui kontak dekat dan droplet, bukan melalui transmisi udara. Orang-

orang yang paling berisiko terinfeksi adalah mereka yang berhubungan dekat dengan klien COVID-19 atau yang merawat klien COVID-19. Tindakan pencegahan dan mitigasi merupakan kunci penerapan di pelayanan kesehatan dan masyarakat. Langkah-langkah pencegahan yang paling efektif di masyarakat meliputi (WHO, 2020a):

1. Cuci tangan anda dengan sabun dan air setidaknya selama 20 detik. Gunakan hand sanitizer berbasis alkohol yang setidaknya mengandung alkohol 60 %, jika air dan sabun tidak tersedia.
2. Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
3. Sebisa mungkin hindari kontak dengan orang yang sedang sakit.
4. Saat anda sakit gunakan masker medis. Tetap tinggal di rumah saat anda sakit atau segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai, jangan banyak beraktifitas di luar.
5. Tutupi mulut dan hidung anda saat batuk atau bersin dengan tissue. Buang tissue pada tempat yang telah ditentukan.
6. Bersihkan dan lakukan disinfeksi secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh.
7. Menggunakan masker medis adalah salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas, termasuk infeksi COVID-19. Akan tetapi penggunaan masker saja masih kurang cukup untuk melindungi seseorang dari infeksi ini, karenanya harus disertai dengan usaha pencegahan lain. Penggunaan masker harus dikombinasikan dengan hand hygiene dan usaha-usaha pencegahan lainnya.

8. Penggunaan masker medis tidak sesuai indikasi bisa jadi tidak perlu, karena selain dapat menambah beban secara ekonomi, penggunaan masker yang salah dapat mengurangi keefektifitasannya dan dapat membuat orang awam mengabaikan pentingnya usaha pencegahan lain yang sama pentingnya seperti hygiene tangan dan perilaku hidup sehat.

Selain itu menjaga lingkungan tetap bersih juga harus diperhatikan seperti :

1. Bersihkan dengan cairan desinfektan pada area yang sering disentuh seperti pinggiran meja, gagang pintu. Gunakan alkohol dengan kadar minimal 70%
2. Bersihkan kamar mandi dengan desinfektan sama seperti poin 1
3. Cuci pakaian, sprei tempat tidur, handuk, dan handuk cuci tangan yang digunakan gunakan sabun cuci pakaian biasa dan air atau mesin cuci pada 60-90 derajat dengan sabun cuci deterjen dan keringkan segera.
(United Nation, 2020)

Pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) merupakan komponen penting yang harus diterapkan dalam manajemen kasus infeksi. Berikut strategi PPI untuk mencegah atau membatasi penularan infeksi di fasilitas kesehatan meliputi (WHO, 2020c):

1. Triage, deteksi dini dan pengontrolan sumber.
2. Penerapan standard pencegahan untuk semua klien

3. Penerapan tindakan pencegahan tambahan secara empiris (droplet dan kontak dan pencegahan airborne lain) untuk kasus yang dicurigai infeksi COVID-19.
4. Penerapan kontrol administrative
5. Penggunaan kontrol lingkungan dan engineering

2.5.9 Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Pencegahan penularan yang dapat dilakukan secara individu, sebagai berikut:

1. Jarak Sosial (*social distencing*) adalah jarak interaksi sosial minimal 2 meter, tidak berjabat tangan, dan tidak berpelukan sehingga penularan virus dapat dicegah. Jarak sosial ini sepertinya membuat interaksi menjadi semakin jauh, rasa sepi dan terisolasi. Hal ini dapat diatasi dengan meningkatkan intensitas interaksi sosial melalui media sosial yang tidak berisiko terkena percikan ludah.
2. Jarak fisik (*Physical distancing*): Jarak fisik adalah jarak antar orang dimanapun berada minimal 2 meter, artinya walaupun tidak berinteraksi dengan orang lain jarak harus dijaga dan tidak bersentuhan. Tidak ada jaminan baju dan tubuh orang lain tidak mengandung virus COVID-19 sehingga jarak fisik dapat mencegah penularan.
3. Cuci tangan dengan sabun pada air yang mengalir sebelum dan sesudah memegang benda. Tangan yang memegang benda apa saja mungkin sudah ada virus COVID-19, sehingga cuci tangan pakai sabun dapat menghancurkan kulit luar virus dan tangan bebas dari virus. Hindari

menyentuh mulut, hidung dan mata, karena tangan merupakan cara penularan yang paling berbahaya.

4. Pakai masker kain yang diganti setiap 4 jam. Pada situasi pandemi tidak diketahui apakah orang lain sehat atau OTG (yang tidak memperlihatkan tanda dan gejala pada hal sudah mengandung virus corona), jadi pemakaian masker kain bertujuan tidak menularkan dan tidak ketularan.
5. Setelah pulang ke rumah. Pada situasi yang terpaksa harus ke luar rumah, maka saat pulang ke rumah upayakan meninggalkan sepatu di luar rumah, lalu segera mandi dan pakaian segera dicuci.

Oleh karena itu setiap orang diminta tinggal di rumah (*stay at home*) artinya bekerja dari rumah, belajar dari rumah, beribadah dari rumah dan semua aktifitas dilakukan di rumah. Hindari pertemuan.

2.5.10 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

1. Kesehatan Fisik pada ODGJ

Orang dengan gangguan jiwa yang berada di masyarakat dan yang dirawat di rumah sakit jiwa mempunyai risiko yang sama terhadap penularan COVID-19. Oleh karena itu semua tindakan pada OS, OTG, ODP, PDP, dan konfirmasi COVID-19 berlaku untuk mereka. Orang dengan gangguan

jiwa diberikan edukasi promosi kesehatan dan pencegahan penularan COVID-19 oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Orangtua/caregiver mendampingi ODGJ dalam melakukannya.

2. Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada ODGJ

Pandemi COVID-19 merupakan tambahan stresor bagi ODGJ yang memungkinkan ODGJ yang telah pulih berisiko kambuh. Untuk itu perlu dilakukan beberapa dukungan kesehatan jiwa dan psikososial kepada ODGJ. Cara memberikan dukungan kepada klien ODGJ selama wabah COVID-19, sbb :

- a. Keluarga/Caregiver sebaiknya selalu memperhatikan gejala-gejala klinis yang timbul pada klien ODGJ karena berita yang ada serta pembatasan dalam ruang gerak individu dapat meningkatkan gejala-gejala psikiatris klien ODGJ. Apabila gejala psikiatrik semakin meningkat segera konsultasikan dengan penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa di layanan primer atau dokter yang merawat untuk melakukan tindakan lanjutan yang diperlukan sesuai kondisi klinis.
- b. Keluarga/Caregiver mendapatkan psikoedukasi baik dalam mengatasi gejala-gejala psikiatrik oleh perawat dan dokter pelayanan kesehatan primer yang bertanggung jawab untuk pelayanan kesehatan jiwa.
- c. Tokoh masyarakat diharapkan dapat membantu memberikan perhatian kepada ODGJ seperti: Ketua RT/RW/Lurah dan kader kesehatan jiwa di masyarakat.

- d. Perawat dan dokter penanggung jawab kesehatan jiwa di puskesmas atau pelayanan kesehatan primer memantau dan melakukan follow up kontinuitas perawatan dan pengobatan klien ODGJ.
- e. Perlakuan dan perhatian khusus terhadap ODGJ terlantar dan gelandangan, bekerja sama dan merujuk pada layanan tempat sosial setempat.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 tinjauan kasus akan menjelaskan mengenai hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Jiwa yang dimulai pada tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 15 sampai 19 Juli 2020 di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2020 dimulai pukul 09.30 WIB di Ruang Gelatik RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur dengan sumber informasi yaitu klien dan petugas.

3.1.1 Identita Klien

Klien bernama Tn. X seorang Laki-laki berusia 56 tahun beragama islam, berstatus menikah. Klien adalah seorang suami dengan 3 orang anak.

3.1.2 Alasan masuk

Klien datang ke IGD RS Jiwa Menur diantar oleh istrinya pada tanggal 14 Juli 2020 pukul 13.00 WIB. Istri klien membawa klien ke igd karena 2 minggu ini klien sering menyendiri di kamar, tidak mau bergaul dengan orang lain sejak klien di PHK dari pekerjaannya dan tidak minum obat jiwa selama 4 hari sebelum masuk rumah sakit, klien sudah pernah masuk rumah sakit (MRS) 4 kali di RS Jiwa Menur. 2 hari ini bertambah parah klien sering marah-marah, membanting barang dan memecah perabotan dirumah. Pagi tadi Klien sempat memukul istrinya. Klien mengatakan “ojok cerewet ahe.....tak antemi lho...”. Sehingga istri

klien meminta bantuan tim 112 untuk membawa klien ke IGD RS Jiwa Menur.

3.1.3 Keluhan utama

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan “mosok wong wedok kok cerewet ahe, tak antem pisan...wes pusing “

Masalah Keperawatan: Perilaku Kekerasan

3.1.4 Faktor predisposisi

1. Klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu dengan pengobatan sebelumnya kurang berhasil. Klien mengatakan “saya pernah dirawat disini empat kali waktu sebelum menikah 2 kali dan sesudah menikah 2 kali terakhir ngamar 1 tahun yang lalu”
2. Klien mengatakan “setelah keluar dari rumah sakit jiwa saya jarang minum obat dan akhirnya kembali tidak bisa mengontrol diri lagi”

Masalah Keperawatan: Ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik

3. Klien mengatakan “saya pernah melakukan kekerasan terhadap istri saya dan juga pernah membanting perabotan dirumah”

Masalah Keperawatan: Resiko Mencederai diri sendiri dan orang lain.

4. Klien mengatakan “bahwa saya sudah dua kali ini diPHK dari pabrik dan setelah itu sikap istri saya meski selalu berubah dari kebiasaan ketika saya bekerja”

Masalah Keperawatan: Sindrom pasca trauma

3.1.5 Pemeriksaan fisik

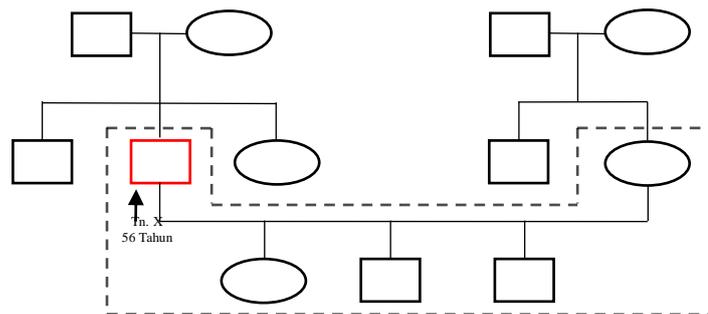
Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik Klien tidak mengeluh sakit apapun serta didapatkan hasil tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 36,4 oC pernafasan 20 x/menit.

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Psikososial

Pada pengkajian psikososial penulis mengkaji genogram, konsep diri, hubungan sosial dan spiritual pasien dengan hasil sebagai berikut:

1. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Klien Tn. X

Keterangan:

-  : Perempuan
-  : Laki - Laki
-  : Klien Tn. X
-  : Tinggal Satu Rumah

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Klien mengatakan “Tubuh saya memang tidak kurus tapi saya paling suka dengan bentuk muka saya”.

b. Identitas

Klien Mengatakan “sebelum dirawat saya adalah seorang pegawai sebuah pabrik dan saya puas terhadap setatus dan posisi saya saat ini”.

c. Peran

Klien mengatakan “saya adalah seorang ayah dengan tiga orang anak”.

d. Ideal Diri

Klien mengatakan “saya ingin segera sembuh dan segera dapat berkumpul kembali dengan keluarga”.

e. Harga Diri

Klien mengatakan “saat ini saya sangat percaya diri dan saya harus bisa sembuh”

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3. Hubungan Sosial

a. Sebelum masuk rumah sakit

Klien mengatakan “saat dirumah sering mengikuti kegiatan sosial seperti pengajian dan kegiatan lainnya yang diadakan oleh masyarakat”.

b. Saat Masuk Rumah Sakit

Pada saat dirumah sakit klien tampak sering menyendiri didalam

kamar jarang mengikuti kegiatan yang diadakan diruangan klien mengatakan “saya malu bila bergaul dengan teman-teman karena saya tidak berguna”.

Masalah Keperawatan: Isolasi Sosial Menarik Diri

4. Spritual

Pada saat pengkajian didapatkan klien adalah seorang laki-laki yang beragama islam dan jarang melakukan ibadah shalat saat di Rumah Sakit.

Masalah Keperawatan: Distress Spritual

3.1.7 Status Mental

1. Penampilan

Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa klien berpenampilan tidak rapi, rambut tidak di sisir dan badan bau.

Masalah keperawatan: Defisit Perawatan Diri

2. Pembicaraan

Pengkajian pada pembicaraan didapatkan bahwa pasien dalam berbicara dengan nada keras dan membentak seperti pasien mengatakan “pergi sana pak gak usah Tanya lagi”

Masalah Keperawatan: Perilaku Kekerasan

3. Aktifitas Motorik

Klien tampak selalu mondar mandir disekitar tempat tidur dengan wajah tegang dan gelisah.

Masalah Keperawatan: Resiko Menciderai diri dan orang lain

4. Alam Perasaan.

Pada saat pengkajian didapatkan klien selalu nampak tegang, bingung, dan bicara keras.

Masalah Keperawatan: Resiko Mencederai diri dan Orang lain

5. Afek

Pada pengkajian afek terdapat afek klien labil karena emosi yang cepat berubah-ubah seperti pada saat ditanya mengenai istri klien, klien tampak langsung memukul meja dan juga dengan tangan menggam serta berbicara dengan keras.

Masalah Keperawatan: Perilaku kekerasan

6. Interaksi Selama Berwawancara

Interaksi selama wawancara klien tampak bermusuhan ditandai dengan klien mengatakan “sudah pergi sana” sambil mata tampak melotot dan berkata kasar.

Masalah Keperawatan: Perilaku Kekerasan

7. Presepsi Halusinasi

Pada pengkajian presepsi halusinasi didapatkan hasil bahwa klien mengatakan “saya tidak pernah mendengar suara-suara makhluk lain serta tidak pernah melihat makhluk kasat mata, dan mencium hal-hal yang aneh-aneh”.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

8. Proses Pikir

Pada pengkajian proses pikir didapatkan proses pikir klien yaitu tangensial yang memiliki arti bahwa pembicaraan yang berbelit-belit

namun tidak sesuai tujuan ditandai pada saat ditanya mengenai acara tv apa yang sedang tonton klien menjawab “ayo ikut nonton tv ini, saya juga punya tv yang lebih besar dirumah”.

Masalah Keperawatan: Gangguan Proses Pikir

9. Isi Pikir

a. Pada pengkajian isi pikir klien didapatkan bahwa isi pikir klien yaitu obsesi terutama terhadap dirinya sendiri ditandai dengan klien mengatakan “saya ini tidak berguna”.

Masalah Keperawatan: Harga diri rendah

b. Pada pengkajian tentang waham tidak didapatkan klien mengalami tanda gejala dari waham, ditandai dengan klien mengatakan “saya disini sebagai pasien mas”.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

10. Tingkat Kesadaran

a. Klien tampak bingung, mondar mandir sendirian pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan “saya mau ngapain ya disini”.

Masalah Keperawatan: Gangguan Proses Pikir

b. Pada pengkajian orientasi didapatkan bahwa klien menyebutkan secara benar ketika diberi pertanyaan tentang orientasi waktu dan tempat yaitu klien mengatakan “sekarang hari rabu tanggal 15 Juli 2020 dan sekarang kita berada di ruang gelatik”.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

11. Memori

Pada pengkajian tentang memori didapatkan klien mengatakan “pasien adalah seorang lulusan SMA”, selain itu klien mengatakan “tadi saya makan sayur bening dan ikan tempe”.

Masalah Keperawatan: Tidak masalah keperawatan.

12. Tingkat Konsentrasi Berhitung

Pada pengkajian tentang tingkat konsentrasi dan berhitung klien diberi pertanyaan yaitu lima tambah enam dan klien mampu menjawab “sebelas”.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

13. Kemampuan Penilaian

Pada kemampuan penilaian klien dapat membuat keputusan yang sederhana tanpa dibantu orang lain seperti saat diberi pertanyaan mandi dulu atau membersihkan tempat tidur terlebih dahulu dan klien menjawab dengan mengatakan “membersihkan tempat tidur dahulu”.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

14. Daya Tilik Diri

Pada daya tilik diri klien mengetahui penyakitnya dengan mengatakan “saya disini sakit jiwa”.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.8 Kebutuhan Persipan Pulang

1. Kemampuan Klien Memnuhi Kebutuhan

Dalam pengkajian kebutuhan persiapan pulang didapatkan klien mampu memenuhi dan menyediakan kebutuhan seperti makan,

pakaian transportasi dan tempat tinggal. Dalam memenuhi kegiatan hidup sehari-hari klien masih mampu merawat diri dengan tanpa bantuan seperti mandi, makan, buang air besar, buang air kecil, mengganti pakaian. klien juga mampu memenuhi kebutuhan nutrisi seperti makan sehari minimal 3 kali sehari maksimal 8 kali sehari. Klien juga mampu dalam menjaga pola tidur hanya terbangun pada saat siang hari tidak mengalami kesulitan dalam tidur.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

2. Sistem Pendukung Klien

Klien memiliki sistem pendukung yaitu istri klien sendiri dengan data subjektif sebagai berikut klien mengatakan “saat ini yang mengerti saya hanya istri saya dan yang selalu mendukung saya untuk segera sembuh”.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.9 Mekanisme Koping

Pada pengkajian mekanisme koping didapat beberapa mekanisme koping yang mal adaptif yaitu ketika diberi pertanyaan bagaimana cara bapak menyelesaikan masalah jika ada masalah yang tidak dapat terselesaikan dengan mudah, klien menjawab dengan mengatakan “jika ada masalah seperti itu biasanya dengan cara klien masuk kedalam kamar membanting pintu dan marah-marah”.

Masalah Keperawatan: Koping individu tidak efektif.

3.1.10 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pada pengkajian tentang masalah psikososial dan lingkungan didapatkan hasil bahwa terdapat masalah dengan dukungan kelompok secara spesifik yaitu klien mengatakan “saya sangat jengkel dengan istri saya”. Selain itu terdapat

masalah dengan pelayanan kesehatan secara spesifik yaitu klien mengatakan “Tidak senang jika dilarang sama perawat dan dokter”.

Masalah Keperawatan: Koping Individu In Efektif

3.1.11 Pengetahuan Kurang

Pada pengkajian tentang pengetahuan didapatkan hasil bahwa klien mengetahui bahwa ia sedang mengalami sakit jiwa namun klien mengatakan “Tidak rutin mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan oleh dokter serta tidak mengetahui jenis obat yang diberikan”.

Masalah Keperawatan: Kurang Pengetahuan Tentang Obat.

3.1.12 Aspek Medik

Pasien terdiagnosa secara medis yaitu skizofrenia (F.23.2) dengan pemberian terapi medis yaitu haloperidol 5 mg 2x1 hari (1-1-0) pada pagi dan sore hari, Hexymer 2 mg 2x1 hari (1-0-1) pada pagi dan malam hari Clorpromazine 100 mg 3x1 hari (1-1-1) hari pada pagi, siang dan malam hari.

3.1.13 Daftar Masalah Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan jiwa maka didapatkan masalah keperawatan yaitu:

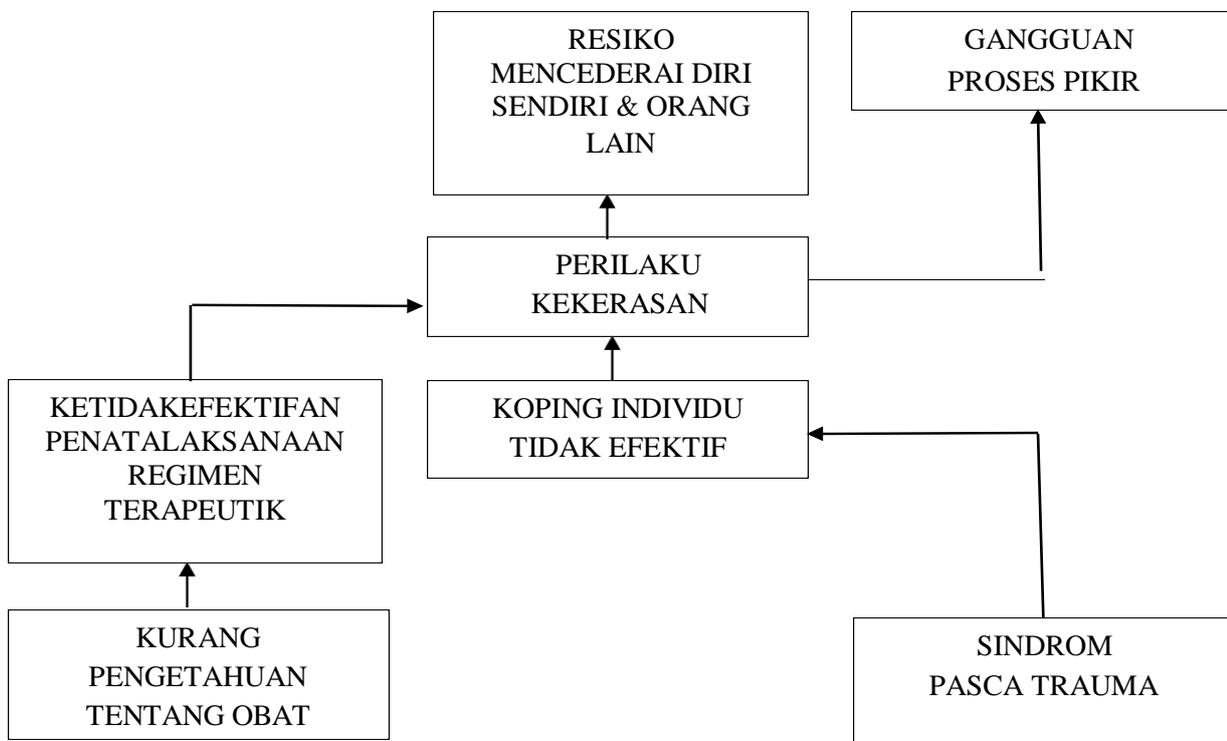
1. Perilaku Kekerasan,
2. Isolasi Sosial Menarik Diri
3. Harga Diri Rendah
4. Defisit Perawatan Diri
5. Resiko Mencederai Diri Sendiri Dan Orang Lain,
6. Sindrom Pascatrauma,

7. Gangguan Proses Pikir
8. Koping Individu Tidak Efektif,
9. Kurang Pengetahuan Tentang Obat.

3.2 Diagnosis Keperawatan

Perilaku Kekerasan

3.3 Pohon Masalah



3.4 Analisis Data

Tanggal 15 Juli 2020

1) Data Subyektif

Klien mengatakan “mosok wong wedok kok cerewet ahe, tak antem pisan...wes pusing”.

Klien mengatakan “sudah pergi sana” sambil mata tampak melotot dan berkata kasar.

2) Data Obyektif

Klien nampak bingung, kadang terlihat mondar-mandir, gelisah wajah tegang, pandangan mata tajam, mata melotot, bicara nada keras.

Masalah: Perilaku Kekerasan

3) Data Subyektif

“Saya pernah melakukan kekerasan terhadap istri saya dan juga pernah membanting perabotan dirumah”

4) Data Obyektif

Klien sering terlihat tegang, nampak bingung saat pengkajian klien pernah memukul meja, pandangan mata tajam dan tangan mengepal

Masalah: Resiko Mencederai Diri Sendiri Dan Orang Lain

5) Data Subyektif

“Saya malu bila bergaul dengan teman-teman karena saya tidak berguna”.

6) Data Obyektif

Klien sering terlihat hanya diatas tempat tidur, banyak melamun sesekali hanya mondar-mandir di sekitar tempat tidur, tidak pernah berinteraksi dengan teman seruangan,

Masalah: Isolasi Sosial Menarik Diri

7) Data Subyektif

“Males mandi pak “

8) Data Obyektif

Penampilan klien lusuh, rambut tidak rapi, badan bau, kuku jari

tangan agak panjang,

Masalah: Defisit Perawatan Diri

9) Data Subyektif

“ Saya ini tidak berguna”

10) Data Obyektif

Klien tampak lebih sering duduk diatas tempat tidur, banyak melamun, wajah lusu, penampilan tidak rapi

Masalah: Harga Diri Rendah

11) Data Subyektif

“Jika ada masalah seperti itu saya masuk kedalam kamar membanting pintu dan marah-marah”.

12) Data Obyektif

Pada saat pengkajian didapatkan klien sering nampang bingung dan banyak melamun.

Masalah : Koping Individu Inefektif

3.5 Rencana Keperawatan

Nama Klien : Tn. X
 Ruang : Gelatik
 Diagnosa keperawatan : Perilaku kekerasan
 Perencanaan :
 Tujuan :

1. SP 1 Klien

Tujuan :

Klien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama.

Kriteria hasil:

- a. Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Klien dapat mengidentifikasi penyebab marah
- c. Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- d. Klien dapat menyebutkan tanda dan gejala yang dirasakan jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- e. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- f. Klien dapat menyebutkan cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan

Intervensi:

- a. Lakukan bina hubungan saling percaya perawat melakukan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak, topik, waktu, dan tempat
- b. Diskusikan bersama Klien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu
- c. Diskusikan bersama Klien tentang perilaku kekerasan yang pernah dilakukan secara verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri,

terhadap lingkungan

- d. Diskusikan bersama Klien tentang tanda dan gejala pasien yang dirasakan ketika terjadi perilaku kekerasan secara fisik, psikologi, intelektual spiritual dan social.
- e. Diskusikan bersama Klien tentang akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- f. Diskusikan bersama Klien tentang cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan baik secara verbal, fisik, obat dan spiritual

2. SP 2 Klien

Tujuan:

Klien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik yang kedua

Kriteria Hasil:

- a. Klien dapat melakukan latihan nafas dalam dan kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan
- b. Klien dapat menyusun jadwal latihan nafas dalam dan kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan

Intervensi:

- a. Lakukan latihan nafas dalam dan kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan
- b. Susun jadwal latihan nafas dalam dan kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan

3. SP 3 Klien

Tujuan:

Susun jadwal latihan nafas dalam dan kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan

Kriteria Hasil:

- a. Klien mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik
- b. Klien mampu menyusun jadwal mengungkapkan rasa marah secara verbal

Intervensi:

- a. Bantu Klien mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik
- b. Susun jadwal mengungkapkan rasa marah secara verbal

4. SP 4 Klien

Tujuan:

Klien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara Spiritual

Kriteria Hasil:

- a. Klien mampu mengendalikan marah dengan cara beribadah dan berdoa yang biasa dilakukan
- b. Klien mampu membuat jadwal beribadah dan berdoa

Intervensi :

- a. Bantu Klien mengendalikan marah secara spiritual dengan kegiatan

berdoa dan beribadah yang biasa dilakukan

- b. Buat jadwal beribadah dan berdoa

5. SP 5 Klien

Tujuan:

Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat.

Kriteria Hasil:

- a. Klien mampu meminum obat dengan cara teratur dengan prinsip lima benar serta kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat
- b. Klien mampu membuat jadwal minum obat secara teratur

Intervensi:

- a. Bantu Klien meminum obat dengan cara teratur dengan prinsip lima benar serta kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat
- b. Buat jadwal minum obat secara teratur

3.6 Implementasi dan Evaluasi

Nama Klien : Tn. X

Ruangan : Gelatik

Tanggal : 15 Juli 2020

Diagnosa Keperawatan : Perilaku Kekerasan

Implementasi :

Sp 1 Klien

- a. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan Klien

- b. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Mengidentifikasi tanda & gejala perilaku kekerasan
- d. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- e. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- f. Menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan
- g. Membantu Klien mempraktikkan latihan cara mengendalikan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam
- h. Menganjurkan Klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian ataupun ketika perasaan marah muncul

Evaluasi :

- a. Subyektif :
 - 1) Klien mengatakan “Nama saya Tn. X”, “iya sebentar saja ya”
 - 2) Klien mengatakan “Saya loh tidak pernah marah-marah, sok tau kamu”
 - 3) Klien mengatakan “Iya saya pernah seperti itu”
 - 4) Klien mengatakan “Sudah nggak usah banyak tanya deh”
 - 5) Klien tidak mau menjawab
 - 6) Klien mengatakan “Tidak tau mas, jangan banyak tanya”
 - 7) Klien mengatakan “Tidak usah mengajari saya deh, saya ini lebih senior dari kamu
 - 8) Klien mengatakan “Sudah pergi sana”
- b. Obyektif :
 - 1) Klien tampak melotot,
 - 2) Klien tampak menggebrak meja,

3) Klien tampak berperilaku mengusir perawat

4) Klien berbicara dengan nada tinggi

c. Assasmen :

NCP belum berhasil

d. Planning :

1) Lanjutkan NCP 1,2,3,4,5,6,7,8

2) Evaluasi Klien tentang cara bina hubungan saling percaya

3) Ulangi SP1

Tanggal 16 Juli 2020

Diagnosa Keperawatan : Perilaku Kekerasan

Implementasi : Keperawatan

Sp 1 Klien

- a. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan Klien
- b. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Mengidentifikasi tanda & gejala perilaku kekerasan
- d. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- e. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- f. Menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan
- g. Membantu Klien mempraktikkan latihan cara mengendalikan fisik 1
yaitu tarik nafas dalam
- h. Menganjurkan Klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian
ataupun ketika perasaan marah muncul

Evaluasi:

a. Subyektif

- 1) Klien mengatakan “Mas saya minta maaf ya dengan yang kemarin, karena saya lagi kesal aja, ayo mengobrol lagi mas”
- 2) Klien mengatakan “Saya itu marah karena saya jengkel dengan istri saya yang sering ngomel-ngomel”
- 3) Klien mengatakan “Iya mas saya kalau mau marah seperti itu mas”
- 4) Klien mengatakan “Saat marah pernah memukul istri dan memecah barang perabotan rumah mas”
- 5) Klien mengatakan “Anak-anak saya jadi takut sama saya mas”
- 6) Klien mengatakan “Biasanya saya kalau marah saya Tarik nafas dalam lalu istighfar, tapi kadang saya tidak bisa mengendalikannya mas
- 7) Klien mengatakan “Iya saya mau belajar cara mengendalikan marah saya”
- 8) Klien mengatakan “Baik mas saya akan latihan Tarik nafas dalam ketika mau marah dan setiap pagi dan sore mas”

b. Obyektif

- 1) Klien tampak rileks, kontak mata terarah
- 2) Klien dapat menjelaskan penyebab, tanda gejala, jenis, akibat, cara mencegah dari perilaku kekerasan dari perilaku kekerasan
- 3) Klien dapat mempraktikkan cara Tarik nafas dalam dengan baik

c. Assasmen

NCP berhasil Sebagian

d. Planning

- 1) Pertahankan NCP 1,2,3,4,5,6,7,8
- 2) Evaluasi tentang cara tarik nafas dalam
- 3) Lanjutkan SP2 pasien
- 4) Memasukan latihan nafas dalam kedalam jadwal harian maupun ketika akan marah

Tanggal 17 Juli 2020

Diagnosa Keperawatan : Perilaku kekerasan

Implementasi : Keperawatan

SP 2 Klien

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Klien
- b. Melatih Klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik dua yaitu melakukan pukul bantal
- c. Menganjurkan Klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian atau ketika saat perasaan ingin marah muncul

Evaluasi :

- a. Subyektif :
 - 1) Klien mengatakan “Saya sempat marah dengan salah satu pasien tapi saya tarik nafas dulu baru melanjutkan berbicara dengannya
 - 2) Klien mengatakan “Iya ayo mas kita lakukan mengendalikan marah dengan pukul bantal”
 - 3) Klien mengatakan “Iya mas nanti saya akan praktekan ketika sedang marah maupun saat pagi hari juga

- b. Obyektif :
 - 1) Kontak mata dengan perawat baik
 - 2) Klien kooperatif
 - 3) Pasien dapat menirukan kegiatan yang diarahkan
 - 4) Klien tampak memukul bantal sekuat tenaga
- c. Assasmen
NCP berhasil
- d. Planning
 - 1) Lanjutkan Sp 3 Pasien
 - 2) Melakukan kegiatan latihan sesuai dengan jadwal dan ketika perasaan marah muncul.

Tanggal 18 Juli 2020

Diagnosa keperawatan : Perilaku Kekerasan

Implementasi : Keperawatan

SP 3 Klien

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Klien
- b. Melatih pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal
- c. Menganjurkan pasien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian atau ketika saat perasaan ingin marah muncul

Evaluasi:

- a. Subyek:
 - 1) Klien mengatakan “Saya kemarin dan tadi sudah melakukan latihan meluapkan marah dengan pukul bantal mas, sedikit lega

dengan semua permasalahan yang ada”

- 2) Klien mengatakan “Pak jangan marahi saya terlalu keras, saya mengerti saya salah” Klien mengatakan “maaf saya tidak biasa melakukannya karena sedang ada kerjaan” Klien mengatakan “Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu”
- 3) Klien mengatakan “Iya mas nanti saya akan praktekan ketika sedang marah maupun saat pagi hari juga

b. Obyektif :

- 1) Klien tampak rileks
- 2) Kontak mata dengan perawat baik
- 3) Klien Kooperatif
- 4) Klien dapat menirukan kegiatan yang diarahkan

c. Assasmen

NCP Berhasil

d. Planning

- 1) Lanjutkan SP 4 Klien
- 2) Melakukan kegiatan latihan sesuai dengan jadwal dan ketika perasaan marah muncul

Tanggal 19 Juli 2020

Diagnosa Keperawatan : Perilaku kekerasan

Implementasi : Keperawatan

SP 4 Klien

- a. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian Klien

- b. Melatih Klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- c. Menganjurkan Klien memasukan kedalam jadwal kegiatan harian atau ketika saat perasaan ingin marah muncul

Evaluasi

- a. Subyek
 - 1) Klien mengatakan “Saya sekarang kalau minta tolong amblikan makan sudah seperti yang mas ajarkan, saya sering melakukan ibadah kok mas”
 - 2) Klien mengatakan “Saya biasanya melakukan sholat, wudhu serta saya coba beristigfar ya mas”
 - 3) Klien mengatakan “Iya mas nanti saya akan praktekan ketika sedang marah maupun saat pagi hari juga”
- b. Obyek
 - 1) Klien tampak rileks
 - 2) Kontak mata dengan perawat baik
 - 3) Klien Kooperatif
 - 4) Klien dapat menirukan kegiatan yang diarahkan
- c. Assaasmen

NCP Berhasil
- d. Planning
 - 1) Pertahankan NCP
 - 2) Evaluasi Kegiatan Klien
 - 3) Melanjutkan kegiatan yang telah diaajarkan

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.X dengan diagnosa medis Skizofrenia diruang Gelatik RS Jiwa Menur provinsi jawa timur yang dilaksanakan tanggal 15 April 2020 sampai dengan 18 April 2020 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

Proses pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan mengumpulkan data individu secara komperhensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual (Rutami & Setiawan, 2012). Pada tahap pengumpulan data penulis belum mampu membina hubungan saling percaya dengan klien pada awal pertemuan. Dalam hal ini penulis juga mengalami kesulitan karena klien lebih banyak marah dan tersinggung, klien akan bercerita apabila didampingi pada saat makan. Menurut Nihayati et al (2014) hubungan saling percaya antara perawat dengan klien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan oleh karenanya dapat membantu klien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya. Berdasarkan hal tersebut penulis berasumsi bahwa dalam melakukan bina hubungan saling percaya tidak hanya dari interaksi selama wawancara saja namun dapat melalui komunikasi secara terapeutik.

Saat melakukan pengkajian penulis mengumpulkan data klien hanya didapat berdasarkan hasil wawancara, mengamati perilaku klien dan dari rekam medis. Data tersebut yang selanjutnya akan dikelompokkan menjadi data objektif dan subjektif. Seperti halnya yang disebutkan oleh Nihayati *et al* (2014) bahwa yang dikelompokkan menjadi data objektif didapat melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat sedangkan data subjektif merupakan data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan/atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat. Berdasarkan hal tersebut penulis mengelompokkan data yang diperoleh dari klien menjadi data objektif dan subjektif yang pada saat pengkajian digali secara terstruktur sebagai berikut:

4.1.1. Alasan Masuk

Memperhatikan dari alasan masuk klien yang dikarenakan dua minggu terakhir setelah klien di PHK dari pekerjaannya, klien sering gelisah, mudah emosi, marah-marah membanting barang dirumah hal tersebut juga sesuai dengan pernyataan Abdul Muhith (2015) yang menyatakan bahwa pengkajian awal dapat diketahui alasan utama klien dibawah kerumah sakit adalah perilaku kekerasan dirumah. Yang dilakukan pengkajian dengan cara observasi: muka merah, pandangan tajam, otot tegang, nada suara tinggi, berdebat. Sering pula tampak klien memaksakan kehendak: merampas makanan, memukul jika tidak senang. Serta dengan cara wawancara diarahkan pada penyebab marah, perasaan marah, tanda-tanda marah yang dirasakan klien.

4.1.2. Faktor Predisposisi

Bila ditinjau dari segi factor predisposisi yaitu klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu sebanyak empat kali serta setelah keluar dari rumah

sakit klien pun jarang meminum obat. Klien juga mengatakan bahwa sudah dua kali ini di PHK dari pabrik yang masalah ini menyebabkan istrinya bersikap berubah dari kebiasaan sebelum klien di PHK. Hal tersebut menimbulkan masalah keperawatan yaitu sindrom pasca trauma serta perilaku kekerasan. Melihat dari pernyataan Yosep (2012) bahwa faktor predisposisi dapat dari biologis yaitu beragam komponen dari sistem syaraf seperti sinap, neurotransmitter, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan memengaruhi sifat agresif serta perilaku kekerasan. Maka dapat dinyatakan bahwa sindrom pasca trauma yang dialami klien diterima oleh sistem syaraf klien masih berfungsi yang selanjutnya mempengaruhi dari perilaku kekerasan.

4.1.3. Status Mental

Berdasarkan hasil pengkajian pada status mental klien didapatkan pada penampilan, persepsi halusinasi, isi pikir, memori, tingkat konsentrasi berhitung, kemampuan penilaian, daya tilik diri tidak terdapat masalah keperawatan. Namun pada Proses pikir didapatkan masalah yaitu gangguan proses pikir dikarenakan klien memiliki proses pikir yang tangensial yaitu pembicaraan yang berbeli-belit, namun tidak sesuai dengan tujuan. Menurut Bleuler dalam Maramis (2008) gejala primer dari skizofrenia dapat terdiri dari gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan serta autisme. Berdasarkan hal tersebut gangguan proses pikir yang dialami klien bagian dari gejala primer dari penyakit yang sedang dialami.

Selanjutnya pada pengkajian status mental didapatkan terdapat masalah keperawatan perilaku kekerasan serta resiko mencederai diri sendiri dan oranglain

dikarenakan pada pengkajian afek terdapat klien masih labil serta pada saata interaksi selama wawancara klien tampak bermusuhan. Menurut Stuart dan Laria (2010) melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Dalam asuhan keperawatan jiwa dengan diagnose keperawatan perilaku kekerasan pada Tn. X diruang Gelatik RSJ Menur Provinsi Jawa Timur terdapat sembilan masalah keperawatan yang muncul yang telah dipertimbangkan berdasarkan prioritas masalah, diantaranya adalah, perilaku kekerasan, isolasi social menarik diri, harga diri rendah, deficit perawatan diri, resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, sindroma pasca trauma, gangguan proses fikir, koiping individu tidak efektif dan kurang pengetahuan tentang obat. Dari beberapa masalah keperawatan tersebut didapatkan masalah utama perilaku kekerasan. Menurut Nihayati dkk (2015) masalah utama merupakan prioritas masalah dari beberapa masalah yang ada pada klien, yang bisa didapatkan dari alasan masuk atau keluhan utama saat dilakukan pengkajian. Berdasarkan hal tersebut tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori yang ada dengan tinjauan kasus yang telah dilakukan karena dalam memutuskan perilaku kekerasan sebagai masalah utama juga melihat data dari alasan masuk serta keluhan utama.

Penegakan masalah keperawatan perilaku kekerasan dibuktikan dengan data subjektif yaitu Klien mengatakan “*mosok wong wedok kok cerewet ahe, tak antem pisan...wes pusing*” klien mengatakan “*sudah pergi sana*” sambil mata

tampak melotot dan berkata kasar” dan data objektif yaitu Klien tampak mondar mandir dan gelisah pada saat pengkajian klien tampak memukul meja dengan keras dan posisi tangan menggengam. Bila ditinjau dari proses terjadinya 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) dalam Nihayati dkk (2015). Maka penulis berasumsi bahwa rasa marah dengan perilaku konstruktif akan memberikan kelegaan pada individu dan apabila diekspresikan dengan perilaku agresif akan menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif.

4.3. Rencana Keperawatan

Pada saat penulis melakukan penyusunan rencana keperawatan penulis mempertimbangkan *core problem* dari masalah keperawatan yang dialami oleh klien yaitu perilaku kekerasan, Rencana keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK). Pada tinjauan teori terdapat enam strategi pelaksanaan.

Menurut (Keliat dan Akemat, 2009) strategi pelaksanaan perilaku kekerasan, antara lain SP 1 Klien a) membina hubungan saling percaya, b) mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, c) mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, d) mengidentifikasi perilaku kekerasan, e) mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan f) menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan., g) membantu klien mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 1. SP 2 Klien a) Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan

cara fisik 1 dan memasukkan dalam jadwal. SP 3 Klien a) Melatih Klien mengendalikan PK dengan cara verbal dan memasukkan dalam jadwal. SP 4 Klien a) Mempraktekkan latihan secara spiritual dan memasukkan dalam jadwal. SP 5 Klien mempraktekkan latihan cara minum obat teratur dan memasukkan dalam jadwal. SP pada Keluarga a) diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, b) diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku tersebut).

Namun kali ini penulis berfokus pada penatalaksanaan Klien terlebih dahulu dikarenakan tidak ada kesempatan bertemu keluarga sebab di musim pandemi covid-19 keluarga klien tidak boleh menunggu di ruangan. Rencana keperawatan pada Tn. X yang mengalami perilaku kekerasan berupa strategi pelaksanaan yang menurut Keliat (2009) bertujuan agar klien mampu mengatasi atau mengendalikan perilaku kekerasan. Penulis berasumsi bahwa tidak terdapat kesenjangan antara. Tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena perencanaan keperawatan disusun sesuai dengan strategi pelaksanaan yang berada pada tinjauan teori.

4.4. Tindakan Keperawatan

Menurut keliat (2011) implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas Klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan

kondisi klien saat ini, hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa medis skizofrenia dengan masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. X di ruang gelatik RSJ menur Provinsi Jawa Timur

Penatalaksanaan SP 1 pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 15 Juli 2020 yang kegiatannya mencakup: mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan, membantu mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik dengan latihan napas dalam dan pukul bantal/kasur. serta menganjurkan klien memasukkan latihan cara mengontrol fisik I dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pelaksanaan belum terjalin hubungan saling percaya antara perawat dan klien hal tersebut disebabkan karena diawali pada peranyaan penulis bertanya tentang penyebab marah kemudian direspon oleh klien dengan nada marah sehingga penulis diusir oleh klien namun penulis tetap melanjutkan pertanyaan dengan harapan pelaksanaan beberapa poin dari SP 1 tercapai namun hal tersebut menyebabkan komunikasi tidak terjalin dengan baik serta belum dapat melakukan kontrak pada pertemuan selanjutnya, sehingga untuk strategi penatalaksanaan berikutnya tetap dilakukan SP 1. Penulis berasumsi bahwa belum terjalinnya bina hubungan saling percaya dikarenakan respon marah dalam rentang amuk hal ini didukung oleh pernyataan

Nihayati *et al* (2012) bahwa pada rentang amuk klien akan mengalami perilaku dekstruktif yang tidak terkontrol.

Penatalaksanaan SP 1 kembali dilakukan pada tanggal 16 Juli 2020 yaitu SP 1 pertemuan kedua dikarenakan pada respon awal klien tampak melotot, klien tampak menggebrak meja, klien berperilaku mengusir perawat serta klien berbicara dengan nada tinggi. Pada saat penatalaksanaan SP 1 di hari yang kedua hubungan saling percaya antara klien dan perawat sudah terjalin diawali dengan klien yang mengajak berkomunikasi serta klien mengatakan *"Mas saya minta maaf ya dengan yang kemarin, karena saya kemarin lagi kesal aja, ayo ngobrol lagi mas"*. Pada kesempatan ini penulis berusaha tetap menjaga hubungan saling percaya agar lebih terjaga, dengan tetap menjaga kontak mata serta tersenyum lalu direspon oleh klien dengan sikap yang kooperatif. Pada proses penatalaksanaan SP 1 klien sangat antusias dan mengungkapkan perasaan secara terbuka. Pada tahapan kontrak klien sangat antusias dan ingin melakukan cara pengendalian perilaku kekerasan, sehingga penatalaksanaan SP 1 berjalan dengan lancar serta tujuan dari penatalaksanaan SP 1 dapat tercapai. Selanjutnya untuk pertemuan berikutnya dilaksanakan SP yang kedua. Penulis berasumsi bahwa SP 1 pada pertemuan kedua telah berjalan dengan baik karena bina hubungan saling percaya antara perawat dengan klien telah berjalan dengan baik Hal ini didukung oleh pernyataan Nihayati *et al* (2015) bahwa hubungan saling percaya antara perawat dengan klien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Penatalaksanaan SP 2 pertemuan ketiga dilakukan pada tanggal 17 Juli 2020 yang kegiatannya mencakup mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih

klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 2 serta menganjurkan klien memasukkan latihan cara mengontrol fisik I dalam jadwal kegiatan harian. Didalam pelaksanaan klien tampak kooperatif, klien dapat menirukan kegiatan yang telah diarahkan sehingga tujuan dari penatalaksanaan SP 2 dapat tercapai dengan baik. Pada proses latihan manajemen marah dengan cara distraksi yaitu dengan pukul bantal, klien tampak melampiaskan amarahnya dengan sekuat tenaga dengan harapan klien dapat mengungkapkan marahnya dengan cara yang tidak merugikan orang lain. Setelah melakukan latihan manajemen marah dengan cara distraksi yaitu dengan pukul bantal penulis melakukan kontrak kepada klien untuk pertemuan berikutnya dan disambut oleh klien dengan sangat antusias. Kontrak yang dilakukan yaitu latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu mengungkapkan perasaan, menolak dan meminta dengan baik. Selanjutnya untuk pertemuan berikutnya dilaksanakan SP yang ketiga. Penulis berasumsi bahwa SP 2 dapat berjalan dengan baik karena dalam proses latihan dilakukan dengan proses belajar yang asertif. Hal ini didukung oleh pernyataan Rusdi dan Deden (2013) bahwa dalam pengelolaan klien perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan proses belajar yang asertif.

Pada tanggal 18 Juli 2020 penulis melaksanakan dua strategi pelaksanaan yaitu SP 3 dan SP4 dikarenakan pada saat pelaksanaan SP 3 pertemuan ke empat yang dilakukan pada pukul 09.00 klien tampak antusias dan bersedia dilakukan SP 4 pada siang hari berikutnya yaitu pada pukul 13.00. Pada pelaksanaan SP 3 yang kegiatannya mencakup mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara meminta dengan verbal/ berkata

baik dengan orang lain, menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pelaksanaan SP 3 klien tampak kooperatif dan mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan rasa perasaan dengan baik. Pada proses penatalaksanaan SP 3 klien sangat kooperatif dan saat melakukan klien melakukan yang telah diajarkan seperti meminta dengan baik dibuktikan dengan klien mengatakan "*pak jangan marahi saya terlalu keras saya ngerti saya salah*" selanjutnya menolak dengan baik dibuktikan dengan klien mengatakan "*maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan*" selanjutnya mengungkapkan perasaan kesal dengan baik klien mengatakan "*saya jadi ingin marah dengan perkataanmu*". Pada tahapan kontrak, klien sangat antusias sehingga penatalaksanaan SP 4 dilaksanakan pada pukul 13.00 WIB dikarenakan pada saat itu kondisi klien tampak stabil dan patuh terhadap yang diarahkan. Penulis berasumsi bahwa pada saat dilakukan SP 3 pertemuan ke empat rentang respon yang dimiliki klien pada rentang asertif sehingga dapat dilakukan SP 4 pertemuan kelima dalam hari yang sama. Menurut Nihayati *et al* (2012) pada perilaku asertif kemarahan yang diungkapkan klien dilakukan tanpa menyakiti orang lain.

Pelaksanaan SP 4 pertemuan ke lima yang dilakukan pada tanggal 19 Juli 2020 pukul 13.00 WIB yang kegiatannya mencakup mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara latihan spiritual beribadah dan berdoa, menganjurkan klien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian. Dalam pelaksanaan SP 4 klien tampak kooperatif dan mampu menirukan kegiatan yang diarahkan.pada saat proses pelaksanaan SP 4

klien dapat menentukan ibadah yang biasa dilakukan, klien mencoba melakukan ibadah dengan istigfar. Pada saat melakukannya klien tampak kooperatif dan hikmat dalam melakukannya klien memejamkan mata, setelah selesai melakukan penatalaksanaan SP 4 klien tidak melanjutkan penatalaksanaan SP 5 dikarenakan waktu yang ditentukan telah berakhir sehingga penulis melakukan evaluasi tindakan keperawatan. Selanjutnya penulis melakukan evaluasi kegiatan serta untuk penatalaksanaan SP 5 di serta terimakan kepada perawat ruangan. Dalam pernyataan Rokhman (2009) bahwa terapi secara spiritual memiliki pengaruh yang signifikan dalam mereduksi amarah Penulis berasumsi bahwa pelaksanaan SP 4 dilakukan dengan lancar karena klien memiliki latar belakang belajar agama yang baik sehingga pada diskusi tentang kegiatan keagamaan yang dilakukan ketika marah klien langsung merespon dengan baik dan memberikan contoh pelaksanaannya.

4.5. Evaluasi

Penulis melakukan Evaluasi klien dengan melihat respon klien yang kemudian di dokumentasikan dalam format *Subjectif, Objectif, Assesment, Planing* hal ini selaras dengan pernyataan Dermawan dan Rusdi (2013) yang menyatakan bahwa evaluasi Klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif.

Evaluasi keperawatan jiwa dilakukan setiap penulis melaksanakan strategi pelaksanaan berdasarkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor, menurut Nihayati *et al* (2015) kemampuan kognitif diperlukan untuk menyelesaikan penyebab dari masalah keperawatan, kemampuan afektif diperlukan agar klien

dapat percaya akan kemampuan menyelesaikan masalah serta pada kemampuan psikomotor diperlukan agar penyebab dapat selesai. Melihat dari hal tersebut pada tinjauan kasus telah melakukan evaluasi berdasarkan tiga aspek tersebut yaitu aspek kognitif, afektif dan psikomotor.

Hasil evaluasi pada pelaksanaan SP 1 pertemuan pertama penulis mendapatkan hasil evaluasi berdasarkan tiga aspek yaitu berdasarkan aspek kognitif klien belum dapat mengidentifikasi penyebab marah, klien belum dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, klien belum dapat menyebutkan tanda dan gejala yang dirasakan jika terjadi penyebab perilaku kekerasan, klien belum dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan, klien belum dapat menyebutkan cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan, berdasarkan aspek afektif Klien menunjukkan sikap perilaku kekerasan terhadap perawat, berdasarkan aspek psikomotor klien belum mampu melakukan BHSP dengan perawat. Melihat dari hal tersebut bahwa tujuan dari penatalaksanaan SP 1 pada pertemuan pertama belum tercapai seperti yang dalam pernyataan Akemat dan Keliat (2010) yaitu tujuan dari SP 1 perilaku kekerasan adalah membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, akibat dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama yaitu latihan nafas dalam. Penulis berasumsi bahwa hasil evaluasi berdasarkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor yang mengarah pada ketidakberhasilan pada penatalaksanaan SP 1 dikarenakan hubungan saling percaya antara perawat dan klien belum terbina dengan baik. Hal ini didukung oleh pernyataan Nihayati

et al (2015) bahwa hubungan saling percaya antara perawat dengan klien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Hasil evaluasi pada pelaksanaan SP 1 pertemuan kedua penulis mendapatkan hasil evaluasi berdasarkan tiga aspek yaitu berdasarkan aspek kognitif, klien mampu mengidentifikasi penyebab marah, klien mampu menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, klien mampu menyebutkan tanda dan gejala yang dirasakan jika terjadi penyebab perilaku kekerasan, klien mampu menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan, klien mampu menyebutkan cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan, berdasarkan aspek afektif klien menunjukkan sikap antusias selama interaksi dalam mempelajari cara mengendalikan perilaku kekerasan, berdasarkan aspek psikomotor klien mampu melakukan BHSP dengan perawat, klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan caralatihan fisik 1 yaitu latihan nafas dalam. Melihat dari hal tersebut bahwa tujuan dari penatalaksanaan SP 1 pada pertemuan kedua sudah tercapai seperti yang dalam pernyataan Akemat dan Keliat (2010) yaitu tujuan dari SP 1 perilaku kekerasan adalah membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, akibat dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama yaitu latihan nafas dalam. Penulis berasumsi bahwa hasil evaluasi berdasarkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor telah menunjukkan perkembangan klien terhadap perilaku kekerasan yang telah dilakukan dengan perilaku konstruktif. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Nihayati *et al* (2012) bahwa mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan sikap dan kata-kata

yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu.

Hasil evaluasi pada pelaksanaan SP 2 pertemuan ketiga penulis mendapatkan hasil evaluasi berdasarkan tiga aspek yaitu berdasarkan aspek kognitif klien mampu memasukan latihan pengendalian perilaku kekerasan secara fisik 2 kedalam latihan, klien mampu menyebutkan langkah-langkah pengendalian perilaku kekerasan secara fisik 2, berdasarkan aspek afektif, klien menunjukkan sikap antusias selama interaksi dalam mempelajari cara mengendalikan perilaku kekerasan, berdasarkan aspek psikomotor klien mampu melakukan latihan nafas dalam dan pukul bantal, Melihat dari hal tersebut bahwa tujuan dari penatalaksanaan SP 2 pada pertemuan ketiga sudah tercapai seperti yang dalam pernyataan Akemat dan Keliat (2010) yaitu tujuan dari SP 2 perilaku kekerasan melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 dan memasukkan dalam jadwal. Penulis berasumsi bahwa hasil evaluasi berdasarkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor telah menunjukkan klien dapat mengungkapkan rasa marah tanpa menyakiti orang lain sehingga platihan fisik 2 ini dapat menimbulkan kelegaan pada seseorang hal ini didukung oleh pernyataan Rusdi dan Deden (2013) bahwa perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyakiti orang lain sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.

Hasil evaluasi pada pelaksanaan SP 3 pertemuan keempat penulis mendapatkan hasil evaluasi berdasarkan tiga aspek yaitu berdasarkan aspek kognitif klien mampu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik, klien mampu menyusun jadwal mengungkapkan rasa

marah secara verbal. berdasarkan aspek afektif klien menunjukkan sikap antusias selama interaksi dalam mempelajari cara mengendalikan perilaku kekerasan berdasarkan aspek psikomotor klien mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal. Melihat dari hal tersebut bahwa tujuan dari penatalaksanaan SP 3 pada pertemuan keempat sudah tercapai seperti yang dalam pernyataan Akemat dan Keliat (2010) yaitu tujuan dari SP 3 perilaku kekerasan melatih Klien mengendalikan PK dengan cara verbal dan memasukkan dalam jadwal. Penulis berasumsi bahwa hasil evaluasi berdasarkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor telah menunjukkan rentang respon marah yang asertif hal ini didukung oleh pernyataan Nihayati *et al* (2012) yaitu rentang respon asertif merupakan kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Hasil evaluasi pada pelaksanaan SP 4 pertemuan kelima penulis mendapatkan hasil evaluasi berdasarkan tiga aspek yaitu berdasarkan aspek kognitif klien mampu menyebutkan ibadah yang perlu dilakukan untuk mengendalikan perilaku kekerasan, berdasarkan aspek afektif, klien menunjukkan sikap antusias selama interaksi dalam mempelajari cara mengendalikan perilaku kekerasan, berdasarkan aspek psikomotor klien mampu mengendalikan marah dengan cara beribadah dan berdoa, Melihat dari hal tersebut bahwa tujuan dari penatalaksanaan SP 4 pada pertemuan kelima sudah tercapai seperti yang dalam pernyataan Akemat dan Keliat (2010) yaitu tujuan dari SP 4 perilaku kekerasan mempraktekkan latihan secara spiritual dan memasukkan dalam jadwal. Penulis berasumsi bahwa hasil evaluasi berdasarkan aspek kognitif, afektif dan psikomotor telah menunjukkan penatalaksanaan secara spiritual dalam mengendalikan perilaku kekerasan dapat berjalan dengan baik hal ini didukung

oleh pernyataan Rokhman (2009) bahwa terapi secara spiritual memiliki pengaruh yang signifikan dalam mereduksi amarah.

BAB V

PENUTUP

Bab 5 penutup ini menyajikan tentang simpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan pada bab sebelumnya.

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil pembahasan tentang asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan maka dapat diambil simpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa didapatkan pasien mengalami perilaku kekerasan karena memiliki faktor predisposisi yaitu sindrom pasca trauma serta ketidakefektifan penatalaksanaan regimen terapeutik. Pasien menunjukkan tanda-tanda perilaku kekerasan dengan tampak mondar-mandir, cemas, gelisah, posisi tangan menggenggam, bicara keras dan pandangan mata tajam.
2. Pada diagnosa keperawatan jiwa yang muncul pada pasien yaitu dengan masalah utama perilaku kekerasan disertai masalah keperawatan isolasi sosial menarik diri, harga diri rendah, defisit perawatan diri, resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, sindrom pasca trauma, gangguan proses pikir, coping individu tidak efektif dan kurang pengetahuan tentang obat.
3. Pada rencana keperawatan jiwa disesuaikan dengan masalah utama yang muncul dengan menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada perilaku kekerasan.

4. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan jiwa yang dibuat, namun pada pelaksanaan strategi pelaksanaan pertama dilakukan sebanyak dua kali karena membutuhkan hubungan saling percaya yang lebih baik lagi sebelum dapat melakukan tindakan keperawatan lebih lanjut.
5. Pada evaluasi keperawatan jiwa didapatkan hasil evaluasi yang melihat dari tiga aspek yaitu aspek psikomotor, aspek kognitif dan aspek afektif yang dimana pasien sudah dapat melakukan pengendalian perilaku kekerasan namun harus tetap dengan pengawasan.

5.2. Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan, dan pengalaman bagi penulis dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa yang dapat bermanfaat bagi dunia kesehatan pada umumnya dan didunia keperawatan pada khususnya

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan karya ilmiah ini dapat digunakan dalam pengelolaan asuhan keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan, pengalaman profesi keperawatan mengenai asuhan keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan karya ilmiah ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan

DAFTAR PUSTAKA

- Damaiyanti, Mukhriyah dan Iskandar. (2012). Asuhan Keperawatan Jiwa. Bandung: Refika Aditama.
- Dermawan, R & Rusdi. (2013). Keperawatan Jiwa: Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Direja, AHS. (2011). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta : Salemba Medika
- Elvira, Syilvia D. (2013). Buku ajar psikiatri. Jakarta : FKUI
- Hawari, Dadang. (2009). Psikiater Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa. Skizofrenia. Jakarta : FK UI
- Ibrahim, H Ayub Sani. (2011). Skizofrenia; Spliting Personality. Tangerang : Jelajah Nusantara.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2014). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. (M. Ester, Ed.). Jakarta : EGC.
- Keliat, Budi Anna. (2010). Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: EGC
- Keliat, Budi Anna., dan Pasaribu, Jesika (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Jakarta : Elsevier.
- Kemenkes RI. (2013). RISET KESEHATAN DASAR. Jakarta: Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.
- Kusumawati, Farida & Hartono, Yudi. (2012). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika.
- Maramis. 2010. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi 2. Surabaya : Airlangga.
- Maslim, Rusdi. 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.
- Nanda. (2012). Nursing Diagnoses; Definitions & Clasifications. Jakarta: EGC Nihayati Hanik, Rizky Fitryasari, Yusuf (2015) Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika
- Nasir, A & Muhith, A. (2011). Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurjannah, Intan Sari. (2008). Penanganan Klien Dengan Masalah

Psikiatri Kekerasan(Agresi). Yogyakarta : Mocomedica

Rusdi, Deden (2013) Keperawatan Jiwa Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa Jakarta : Gosyen Publishing

Stuart, G. . (2013). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Singapore: Elsevier.

Undang-undang Kesehatan No 18 (2014). Tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta : Kementrian Kesehatan

Undang-undang Kesehatan No 36 (2009). Tentang Kesehatan. Jakarta : Kementrian Kesehatan

Videbeck, Sheila L. (2008). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC.

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

Yosep, Iyus. 2014. Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi).Bandung; PT Refika Aditama.

Yusuf, AH et all. 2015. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : Salemba Medika.

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. X DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan : Ke 1
Hari / Tanggal : Rabu, 15 Juli 2020
Waktu : 09.30 WIB

1. Proses Keperawatan :

a. Kondisi Klien :

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak dengan muka merah dan tegang, bicara kasar dengan suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam orang secara verbal atau fisik

b. Diagnosa Keperawatan :

Perilaku Kekerasan

c. Tujuan Umum :

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 3) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- 5) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- 6) Mengidentifikasi cara mengendalikan perilaku kekerasan
- 7) Memperaktikkan latihan cara mengendalikan dengan tehnik nafas dalam

d. Tujuan khusus :

Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama.

e. Tindakan Keperawatan :

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

Lampiran 1

- 3) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- 5) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- 6) Mengidentifikasi cara mengendalikan perilaku kekerasan
- 7) Memperaktikkan latihan cara mengendalikan dengan tehnik nafas dalam

2. Strategi Komunikasi dan Pelaksanaan :

a. Orientasi :

1) Salam Terapeutik :

“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya Ilham mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang akan dinas diruangan ini selama satu minggu. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang akan merawat bapak selama seminggu ini. Nama bapak siapa ? Biasanya dipanggil siapa pak?”

2) Evaluasi Validasi :

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ? masih ada perasaan kesal atau marah ? bagaimana kalau kita berbincang-bincang sebentar ?”

3) Kontrak :

Topik : “kita berbincang-bincang tentang perasaan kesal dan marah bapak.”

Waktu : “Berapa lama Bapak X mau berbincang-bincang dengan saya?” “Bagaimana kalau 10 menit pak?”

Tempat : “Dimana enaknya kita bercakap-cakap Pak?” “Bapak mau disini, di depan atau ditaman Pak?” “Baik pak kita akan berbincang-bincang di kamar saja.”

b. Kerja :

“Apa yang menyebabkan bapak marah? Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Terus apa yang menyebabkan bapak marah? Samakah dengan yang sekarang? Oh..iya jadi itu (sebutkan) yang menyebabkan bapak marah.

Lampiran 1

“Apakah bapak merasa kesal, kemudian dada bapak berdebar-debar, ,
rahang terkutup rapat dan mengepalkan tangan?”

“Setelah itu apa yang bapak lakukan? Apa bapak memukul orang atau
merusak benda?”

“Apakah dengan cara itu amarah bapak terkendali atau berkurang?” “Apa
akibatnya jika bapak lakukan itu?”

“Apakah bapak punya cara lain untuk mengontrol emosi yang lebih
baik?”. “Apa bapak mau belajar cara mengungkapkan emosi dengan baik tanpa
merugikan orang?”

“Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan kemarahan yaitu cara fisik
pertama napas dalam, fisik kedua memukul bantal atau kasur, bercerita atau
berkata baik, spiritual atau istighfar dan minum obat dengan teratur, bagaimana
kalau kita latihan napas dalam terlebih dulu?”

“bapak, kalau sudah merasa marah dengan orang lain, bapak ambil napas
dalam dengan cara pertama ambil napas dalam atau duduk terus ambil napas
dalam melewati hidung tahan selama tiga detik terus keluarkan lewat mulut
seperti mengeluarkan kemarahan bapak. Ayo coba bapak ulangi lagi cara napas
yang saya lakukan tadi? Bagus pak”.

c. Terminasi :

1) Evaluasi Subyektif :

“Bagaimana perasaan bapak setelah dapat mengetahui cara
mengontrol marah bapak dengan cara nafas dalam?”

2) Evaluasi Objektif :

“iya jadi itu penyebab bapak marah...(sebutkan) dan yang bapak
rasakan...(sebutkan) dan yang bapak lakukan...(sebutkan) serta
akibatnya...(sebutkan)

Lampiran 1

“selama saya tidak ada, bapak ingat-ingat ya, bagaimana cara mengontrol marah jika rasa kesal timbul, coba praktikan apa yang sudah diajarkan tadi.”

3) **Rencana Tindak Lanjut :**

“Bapak, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam dan pukul bantal atau kasur kedalam jadwal kegiatan bapak sehari-hari?”

4) **Kontrak yang Akan Datang :**

Topik : latihan perilaku kekerasan

Waktu : “besok kita berbincang-bincang lagi ya pak. Bapak mau jam berapa kita berbincang-bincang ? bagaimana kalau jam 09.00 WIB ?

Tempat : “bapak mau dimana ? bagaimana kalau disini pak ?

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN (SP 1 PASIEN)

Pertemuan : Ke 2
Hari / Tanggal : Kamis, 16 Juli 2020
Waktu : 09.00 WIB

1. Proses Keperawatan :

a. Kondisi Klien :

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak dengan muka merah dan tegang, bicara kasar dengan suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam orang secara verbal atau fisik

b. Diagnosa Keperawatan :

Perilaku Kekerasan

c. Tujuan khusus :

Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama

d. Tindakan Keperawatan :

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 3) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- 5) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- 6) Mengidentifikasi cara mengendalikan perilaku kekerasan
- 7) Mempraktikkan latihan cara mengendalikan dengan tehnik nafas dalam

Lampiran 1

2. Strategi Komunikasi dan Pelaksanaan :

a. Orientasi :

1) Salam Terapeutik :

“Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Jaya mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang akan dinas diruangan ini selama satu minggu. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang akan merawat Bapak selama seminggu ini. Nama Bapak siapa ? Biasanya dipanggil siapa Pak?”

2) Evaluasi Validasi :

“Bagaimana perasaan Bapak hari ini ? masih ada perasaan kesal atau marah ? bagaimana kalau kita berbincang-bincang sebentar ?”

3) Kontrak :

Topik : “kita berbincang-bincang tentang perasaan kesal dan marah Bapak.”

Waktu : “berapa lama Bapak mau kita berbincang-bincang ? kalau 20 menit?”

Tempat : “bagaimana kalau kita berbincang-bincang di meja panjang?”

b. Kerja :

“Apa yang menyebabkan Bapak marah? Apakah sebelumnya Bapak pernah marah? Terus apa yang menyebabkan Bapak marah? Samakah dengan yang sekarang? Oh..iya jadi itu (sebutkan) yang menyebabkan “Apakah Bapak merasa kesal, kemudian dada Bapak berdebar-debar, , rahang terkatup rapat dan mengepalkan tangan?”

“ Setelah itu apa yang Bapak lakukan? Apa Bapak memukul orang atau merusak benda? Apakah dengan cara itu amarah Bapak terkendali atau berkurang?” “ Apa akibatnya jika Bapak lakukan itu?”

“Apakah Bapak punya cara lain untuk mengontrol emosi yang lebih baik?lain?”. Apa Bapak mau belajar cara mengungkapkan emosi dengan baik tanpa merugikan orang?”

Lampiran 1

“ Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan kemarahan yaitu cara fisik pertama napas dalam, fisik kedua memukul bantal atau kasur, bercerita atau berkata baik, spiritual atau istighfar dan minum obat dengan teratur. Bagaimana kalau kita latihan napas dalam terlebih dulu?”

“Bapak, kalau sudah merasa marah dengan orang lain, Bapak ambil napas dalam dengan cara pertama ambil napas dalam atau duduk terus ambil napas dalam melewati hidung tahan selama tiga detik terus keluarkan lewat mulut seperti mengeluarkan kemarahan Bapak. Ayo coba Bapak ulangi lagi cara napas yang saya lakukan tadi?.Bagus Pak”

c. Terminasi :

1) Evaluasi Subyektif :

“bagaimana perasaan Bapak setelah dapat mengetahui cara mengontrol marah Bapak dengan cara nafas dalam?”

2) Evaluasi Objektif :

“iya jadi itu penyebab Bapak marah...(sebutkan) dan yang Bapak rasakan...(sebutkan) dan yang Bapak lakukan...(sebutkan) serta akibatnya...(sebutkan)

“selama saya tidak ada, Bapak ingat-ingat ya, bagaimana cara mengontrol marah jika rasa kesal timbul, coba peraktikkan apa yang sudah diajarkan tadi.”

3) Rencana Tindak Lanjut :

“Bapak, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam dan pukul bantal atau kasur kedalam jadwal kegiatan Bapak sehari-hari?”

4) Kontrak yang Akan Datang :

Topik : latihan perilaku kekerasan

Waktu : “besok kita ngobrol lagi ya Pak. Bapak mau jam berapa kita ngobrol ? bagaimana kalau jam 09.00 ?

Lampiran 1

Tempat : “Bapak mau dimana ? bagaimana kalua di, meja panjang ini?”

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. X DENGAN PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan : Ke 3
Hari / Tanggal : Jumat, 17 Juli 2020
Waktu : 16.00 WIB

1. Proses Keperawatan :

a. Kondisi Klien :

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak dengan muka merah dan tegang, bicara kasar dengan suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam orang secara verbal atau fisik

b. Diagnosa Keperawatan :

Perilaku kekerasan

c. Tujuan khusus :

Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik yang kedua

d. Tindakan Keperawatan :

- 1) Lakukan latihan nafas dalam dan kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan.
- 2) Susun jadwal latihan nafas dalam dan kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan

2. Strategi Komunikasi dan Pelaksanaan :

a. Orientasi :

1) Salam Terapeutik :

“Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Jaya mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang dinas pagi hari ini dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang merawat Bapak selama seminggu ini.”

Lampiran 1

2) **Evaluasi Validasi :**

Bagaimana perasaan Bapak hari ini ? masih ada perasaan kesal atau marah ? bagaimana kalau kita berbincang-bincang sebentar ?”

3) **Kontrak :**

Topik : Sekarang kita akan belajar cara mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk yang kedua

Waktu : Mau berapa lama? Bagaiman kalua 20 menit?

Tempat : Dimana kita berbicara?

b. **Kerja :**

“Kalau ada yang menyebabkan Bapak marah dan muncul perasaan berdebar-debar, mata melotot, selain nafas dalam Bapak dapat memukul bantal.”

“Sekarang mari kita latihan memukul bantal. Mana kamar Bapak?jadi kalua ingin marah, langsung kekamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul bantal. Nah, coba Bapak lakukan, pukul bantal. Ya bagus sekali Bapak melakukannya.”

“Lampiaskan kekeksalan Bapak dibantal itu”

“Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya.”

c. **Terminasi :**

1) **Evaluasi Subyektif :**

“bagaimana perasanan Bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”

2) **Evaluasi Objektif :**

“ada beberapa cara yang sudah kita latih, coba Bapak sebutkan lagi? Bagus.”

3) **Rencana Tindak Lanjut :**

“Mari kita masukan kedalam jadwalkegiatan sehari-hari Bapak. Pukul berapa Bapak mau mempraktikan memukul bantal? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Jadi jam 5 pagi Pak. Lalu kalua ada

Lampiran 1

keinginan marah itu muncul sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi
Pak

4) Kontrak yang Akan Datang :

Topik : cara mengendalikan marah dengan belajar bicara yang baik

Waktu : “besok kita ngobrol lagi ya Pak. Bapak mau jam berapa
kita ngobrol ? bagaimana kalau jam 09.00 ?

Tempat : “Bapak mau dimana ? bagai manakalau disini,?”

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. X DENGAN PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan : Ke 4
Hari / Tanggal : Sabtu, 18 Juli 2018
Waktu : 10.00 WIB

1. Proses Keperawatan :

a. Kondisi Klien :

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak dengan muka merah dan tegang, bicara kasar dengan suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam orang secara verbal atau fisik

b. Diagnosa Keperawatan :

perilaku kekerasan

c. Tujuan Khusus :

Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal

d. Tindakan Keperawatan :

- 1) Bantu pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik
- 2) Susun jadwal latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal

2. Strategi Komunikasi dan Pelaksanaan :

a. Orientasi :

1) Salam Terapeutik :

“Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Jaya mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang dinas pagi hari ini dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang merawat Bapak selama seminggu ini.”

2) Evaluasi Validasi :

Bagaimana perasaan Bapak hari ini ? masih ada perasaan kesal atau marah ? bagaimana Pak sudah melakukan latihan nafas dalam dan pukul bantal? Apa yang dirasakan setelah melakukannya?

Lampiran 1

3) Kontrak :

Topik : “Bagaimana kalau kita sekarang berbicara yang baik untuk mencegah marah?”

Waktu : “Berapa lama Bapak mau kita berbincang bincang? Bagaimana kalau 30 menit?”

Tempat : “Dimana kita berbincang bincang? Bagaimana ditempat ini saja?”

b. Kerja :

“sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kasur dan bantal, dan sudah lega, kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah.

Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya karena orang tua marah dirumah. Coba Bapak

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN (SP 4 PASIEN)

Pertemuan : Ke 5
Hari / Tanggal : Minggu, 19 Juli 2020
Waktu : 10.00 WIB

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi Pasien

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak dengan muka merah dan tegang, mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar dengan suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam orang secara verbal atau fisik, tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasan.

b. Diagnosa Keperawatan

Perilaku Kekerasan

c. Tujuan Khusus

Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan spritual

d. Tindakan Keperawatan

- 1) Bantu pasien mengungkapkan rasa marah secara spiritual dengan kegiatan berdoa dan beribadah yang biasa dilakukan.
- 2) Buat jadwal beribadah dan berdoa.

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Orientasi

1) Salam Terapeutik

“Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Jaya mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang dinas pagi hari ini dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang merawat Bapak selama seminggu ini.”

Lampiran 1

2) Evaluasi/Validasi

Bagaimana perasaan Bapak hari ini ? masih ada perasaan kesal atau marah ? bagaimana Pak latihan yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan Bapak setelah melakukan latihan tersebut?

b. Kontrak Topik

“Bagaimana kalau sekarang kita latihan mengendalikan rasa marah dengan ibadah?”

Waktu

Berapa lama kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?

Tempat

Dimana kita akan berbincang? Bagaimana kalau ditempat ini?

c. Kerja

“coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan! Bagus.” “baik yang mana yang mau dicoba? ”

“nah, kalau Bapak sedang marah coba Bapak langsung duduk dan tarik nafas dalam.” “jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks.”

“apa kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan?”

“kegiatan ibadah mana yang mana yang mau dicoba selama dirumah sakit? Coba pilih dua kegiatan yang ingin Bapak lakukan.”

“mari coba lakukan. Bagus sekali!”

“Bapak bisa melakukan ibadah secara teratur untuk meredakan kemarahan.”

d. Terminasi

1) Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita bercakap-cakap tentang kegiatan ketiga ini?”

2) Obyektif

“Jadi sudah beberapa cara yang kita pelajari? Bagus coba Bapak sebutkan lagi tentang cara ibadah apa saja yang bias dilakukan”

3) Tindak Lanjut Klien

“setelah ini mari Pakk lakukan kegiatan ibadah ini sesuai dengan jadwal yang telah dibuat”

Lampiran 1

4) Kontrak yang akan datang

Topik : evaluasi kegiatan

Waktu : -

Tempat : -

Lampiran 2

ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Nama Mahasiswa	: Ilham Koirul Anas, S.Kep.
Tanggal	: 15 Juli 2020
Waktu	: 09.30 WIB
Tempat	: Ruang Gelatik
Inisial Klien	: Tn. X
Interaksi Ke	: 1 (satu)
Lingkungan	: Depan Taman, berhadapan dengan klien,
Deskripsi klien	: Penampilan tampak rapi, pasien memakai kerudung ekspresi muka tampak tegang,
Tujuan Komunikasi	: Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama

Lampiran 2

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>Perawat “Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Ilham mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang akan dinas diruangan ini selama satu minggu. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang akan merawat Bapak selama seminggu ini. Nama Bapak siapa ?</p> <p>Pasien “Nama saya TN. X</p>	<p>Perawat Perawat tersenyum menatap , bicara dengan nada ceria dan ramah sambil mengajak berjabat tangan</p> <p>Pasien Pasien tidak membalas senyum perawat dan tidak mau berjabat tangan dengan perawat</p>	<p>Ingin membina hubungan saling percaya</p>	<p>Klien tampak tidak kooperatif</p>	<p>Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang</p>
<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak hari ini ?</p> <p>Pasien Biasa aja</p>	<p>Perawat Memandang pasien, mempertahankan kontak mata,menekan nada suara.</p> <p>Pasien Pasien menjawab dengan jelas,nada suara keras</p>	<p>Ingin mengetahui apa yang dirasakan pasien</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada jelas dan cepat</p>	<p>Mengkaji kondisi emosi pasien</p>

Lampiran 2

<p>Perawat masih ada perasaan kesal atau marah ?</p> <p>Pasien Marah gimana sih mas</p>	<p>Perawat Memandang pasien, mempertahankan kontak mata, menekan nada suara.</p> <p>Pasien Pasien menjawab dengan cepat nada suara keras.</p>	<p>Ingin mengetahui apa yang dirasakan pasien</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras dan cepat.</p>	<p>Mengkaji kondisi emosi pasien</p>
<p>Perawat bagaimana kalau kita berbincang- bincang sebentar ?”</p> <p>Pasien Iya sebentar saja</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Nada suara keras, wajah tegang</p>	<p>Mencoba melakukan bina hubungan saling percaya</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras</p>	<p>Mengajak pasien dalam memulai topik pembicaraan</p>
<p>Perawat “kita berbincang-bincang tentang perasaan kesal dan marah Bapak.”</p> <p>Pasien Hhhmmmm</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Nada suara keras, wajah tegang</p>	<p>Mencoba melakukan bina hubungan saling percaya</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras</p>	<p>Kontrak topik merupakan bagian dari cara meningkatkan hubungan saling percaya.</p>
<p>Perawat “berapa lama Bapak mau kita berbincang- bincang ? kalau 20 menit?</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p>	<p>Berusaha mengontrak waktu dengan pasien</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras</p>	<p>Kontrak waktu merupakan bagian dari cara meningkatkan</p>

Lampiran 2

Pasien Iya sebentar saja	Pasien Nada suara keras, wajah tegang			hubungan saling percaya.
Perawat “bagaimana kalau kita berbincang-bincang di meja panjang depan ?” Pasien Iya	Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata. Pasien Nada suara keras, wajah tegang	Berusaha mengontrak tempat dengan pasien	Pasien menjawab dengan nada keras	Kontrak tempat dan merupakan bagian dari cara meningkatkan hubungan saling percaya
Perawat “Apa yang menyebabkan Bapak marah?” Pasien Saya loh tidak pernah marah- marah, sok tau kamu	Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata. Pasien Nada suara keras, wajah tegang	Mencoba menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan.	Pasien menjawab dengan nada keras	Mengidentifikasi penyebab marah pasien
Perawat Apakah sebelumnya Bapak pernah marah? Pasien Iya pernah	Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata. Pasien Nada suara keras, wajah tegang	Mencoba menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan.	Pasien menjawab dengan nada keras	Mengidentifikasi penyebab marah pasien

Lampiran 2

<p>Perawat Terus apa yang menyebabkan Bapak marah?</p> <p>Pasien (pasien tidak menjawab)</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Pasien memalingkan muka dan kontak mata hilang</p>	<p>Mencoba menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan.</p>	<p>Pasien tidak menjawab</p>	<p>Mengidentifikasi penyebab marah pasien</p>
<p>Perawat Samakah dengan yang sekarang?</p> <p>Pasien Kalau sekarang kamu yang menyebabkan saya marah</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Nada suara keras, wajah tegang</p>	<p>Menggali tanda-tanda pasien kalau marah</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras</p>	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.</p>
<p>Perawat “Apakah Bapak merasa kesal, kemudian dada Bapak berdebar-debar, , rahang terkatup rapat dan mengepalkan tangan?”</p> <p>Pasien Iya pernah seperti itu</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Nada suara keras, wajah tegang</p>	<p>Menggali tanda-tanda pasien kalau marah</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras</p>	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.</p>

Lampiran 2

<p>Perawat “Setelah itu apa yang Bapak lakukan?”</p> <p>Pasien Ya marah lah</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Nada suara keras, wajah tegang</p>	<p>Menggali tanda-tanda pasien kalau marah</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras</p>	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.</p>
<p>Perawat Apa Bapak memukul orang atau merusak benda?</p> <p>Pasien Sudah nggak usah banyak Tanya deh</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Nada suara keras, wajah tegang</p>	<p>Berharap pasien terbuka tentang tanda-tanda perilaku kekerasan yang di rasakan</p>	<p>Pasien menjawab dengan nada keras</p>	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.</p>
<p>Perawat Apakah dengan cara itu amarah Bapak terkendali atau berkurang?”</p> <p>Pasien (pasien tidak menjawab)</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p> <p>Pasien Pasien melotot terhadap perawat</p>	<p>Menggali perasaan pasien ketika berperilaku Kekerasan</p>	<p>Pasien tidak menjawab</p>	<p>Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan pasien</p>
<p>Perawat “Apa akibatnya jika Bapak lakukan itu?”</p>	<p>Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.</p>	<p>Menggali pengetahuan pasien tentang akibat</p>	<p>Pasien tidak menjawab</p>	<p>Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan pasien</p>

Lampiran 2

Pasien (pasien tidak menjawab)	Pasien Pasien melotot terhadap perawat	perilaku kekerasan yang dilakukan		
Perawat “Apakah Bapak punya cara lain untuk mengontrol emosi yang lebih baik?” Pasien Tidak tau mas jangan banyak Tanya	Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata. Pasien Nada suara keras, wajah tegang	Menggali pengetahuan pasien tentang akibat perilaku kekerasan yang dilakukan	Pasien menjawab dengan nada keras	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang cara mengontrol emosi
Perawat Apa Bapak mau belajar cara mengungkapkan emosi dengan baik tanpa merugikan orang?” Pasien Tidak usah mengajari saya deh , saya ini lebih senior dari kamu	Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata. Pasien Nada suara keras, wajah tegang	Menggali pengetahuan pasien tentang akibat perilaku kekerasan yang dilakukan	Pasien menjawab dengan nada keras	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang cara mengontrol emosi
Perawat “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan kemarahan yaitu cara fisik pertama napas dalam, fisik kedua memukul bantal atau kasur, bercerita atau berkata baik, spiritual atau istighfar dan minum obat dengan teratur.	Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata.	Menberi informasi tentang cara mengontrol emosi	Pasien tidak menjawab	Menberi informasi tentang cara mengontrol emosi

Lampiran 2

Pasien (pasien tidak menjawab)	Pasien Pasien memalingkan pandangan dari perawat			
Perawat Bagaimana kalau kita latihan napas dalam terlebih dulu?" Pasien Sudah pergi sana	Perawat Menekan nada suara mempertahankan kontak mata. Pasien Pasien membentak meja dengan posisi tangan menggenggam	Menberi informasi tentang cara mengontrol emosi	Pasien menjawab dengan nada keras dan mengusir perawat	Menberi informasi tentang cara mengontrol emosi

Kesan perawat :

Pasien belum terbina hubungan saling percaya dengan perawat

Lampiran 2

ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Nama Mahasiswa : Ilham Koirul Anas , S.Kep.
Tanggal : 16 Juli 2020
Waktu : 09.00 WIB
Tempat : Ruang Gelatik
Inisial Klien : Tn. X
Interaksi Ke : 2 (dua)
Lingkungan : Depan Taman, berhadapan dengan klien,
Deskripsi klien : Penampilan tampak rapi, pasien memakai kerudung ekspresi muka tampak tenang,
Tujuan Komunikasi : Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama

Lampiran 2

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>Perawat “Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Ilham mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang akan dinas diruangan ini selama satu minggu. Hari ini saya dinas pagi dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang akan merawat Bapak selama seminggu ini. Nama Bapak siapa? Biasanya dipanggil siapa Pak?”</p> <p>Pasien Mas saya minta maaf ya dengan yag kemarin, karena saya lagi kesal aja ayo mengobrol lagi mas, Nama saya Bpk. X, panggil saja Tn. X</p>	<p>Perawat Perawat tersenyum menatap wajah pasien, nada ramah duduk dihadapan pasien</p> <p>Pasien Pasien tersenyum melihat perawat</p>	<p>Berharap pasien mau berinteraksi dan terbuka, agar interaksi berjalan dengan lancar</p>	<p>Pasien tersenyum dan terlihat kooperatif</p>	<p>Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang</p>
<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak hari ini? masih ada perasaan kesal atau marah? bagaimana kalau kita berbincang - bincang sebentar?”</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p>	<p>Menggali perasaan emosi pasien</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi perkembangan perilaku kekerasan</p>

Lampiran 2

Pasien Iya mas tidak apa-apa	Pasien Pasien tersenyum terhadap perawat			
Perawat “Kita berbincang - bincang tentang perasaan kesal dan marah Bapak.” Pasien Iya mas ayo	Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata Pasien Pasien tersenyum terhadap perawat	Menggali perasaan emosi pasien	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengidentifikasi perkembangan perilaku kekerasan
Perawat “Berapa lama Bapak mau kita berbincang-bincang ? kalau 20 menit?” Pasien Boleh mas	Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata Pasien Pasien tersenyum terhadap perawat	Mencoba menjaga hubungan saling percaya dengan mengontrak waktu	Pasien kooperatif dan terbuka	Kontrak waktu merupakan bagian dari cara meningkatkan hubungan saling percaya
Perawat “Bagaimana kalau kita berbincang-bincang di meja panjang?” Pasien Iya Mas	Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata Pasien Pasien tersenyum terhadap perawat	Mencoba menjaga hubungan saling percaya dengan mengontrak tempat	Pasien kooperatif dan terbuka	Kontrak tempat merupakan bagian dari cara meningkatkan hubungan saling percaya

Lampiran 2

<p>Perawat “Apa yang menyebabkan Bapak marah? Apakah sebelumnya Bapak pernah marah? terus apa yang menyebabkan Bapak marah? Samakah dengan yang sekarang?”</p> <p>Pasien Beda mas, saya itu marah karena saya pernah gagal menikah terus saya frustrasi</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien mempertahankan kontak mata dengan perawat</p>	<p>Mencoba menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan.</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi penyebab marah pasien</p>
<p>Perawat “Apakah Bapak merasa kesal, kemudian dada Bapak berdebar- debar, rahang terkatup rapat dan mengepalkan tangan?”</p> <p>Pasien Iya mas saya kalau marah seperti itu</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien mempertahankan kontak mata dengan perawat</p>	<p>Mencoba menggali tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan.</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala marah pasien</p>
<p>Perawat “Setelah itu apa yang Bapak lakukan? Apa Bapak memukul orang atau merusak benda? Apakah dengan cara itu amarah</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p>	<p>Mencoba menggali tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan.</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi tanda dan gejala marah pasien</p>

Lampiran 2

<p>Bapak terkendali atau berkurang?”</p> <p>Pasien Saya kalau marah tidak pernah memukul orang mas, terakhir saya hancurkan barang bapak</p>	<p>Pasien Pasien mempertahankan kontak mata dengan perawat</p>			
<p>Perawat “ Apa Akibat jika Bapak lakukan itu?”</p> <p>Pasien Ibu saya mas biasanya menangis kalau saya bertengkar dengan bapak saya</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien tampak bersedih</p>	<p>Menggali akibat pasien kalau marah</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.</p>
<p>Perawat “Apakah Bapak punya cara lain untuk mengontrol emosi yang lebih baik? lain?. Apa Bapak mau belajar cara mengungkapkan emosi dengan baik tanpa merugikan orang?”</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p>	<p>Menggali cara mengontrol pasien kalau marah</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi cara mengontrol perilaku kekerasan.</p>

Lampiran 2

<p>Pasien Iya saya mau belajar cara mengendalikan marah saya tapi biasanya saya kalau marah saya Tarik nafas dalam lalu istigfar, tapi kadang saya tidak bisa mengendalikannya mas</p>	<p>Pasien Pasien menjaga kontak mata dan tampak tertarik</p>			
<p>Perawat “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan kemarahan yaitu cara fisik pertama nafas dalam, fisik kedua memukul bantal atau Kasur, bercerita atau berkata baik,, spiritual atau istighfar dan minum obat dengan teratur. Bagaimana kalau kita latihan nafas dalam terlebih dahulu?”</p> <p>Pasien Baik mas lalu?</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien mempertahankan kontak mata dengan perawat</p>	<p>Memberi informasi tentang cara mengontrol pasien kalau marah</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Memberi informasi tentang cara mengontrol perilaku kekerasan.</p>
<p>Perawat “Bapak, kalau sudah merasa marah dengan orang lain, Bapak ambil nafas dalam dengan cara pertama ambil nafas dalam atau duduk terus ambil nafas dalam</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p>	<p>Melatih pasien tentang mengendalikan perilaku kekerasan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Melatih pasien tentang mengendalikan perilaku kekerasan</p>

Lampiran 2

<p>melewati hidung tahan selama tiga detik terus keluarkan lewat mulut seperti mengeluarkan kemarahan Bapak. Ayo coba Bapak ulangi lagi cara nafas yang saya lakukan tadi?. Bagus Pak”</p> <p>Pasien Baik mas sudah saya lakukan</p>	<p>Pasien Pasien mengikuti langkah langkah yang dianjurkan perawat</p>			
<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak setelah dapat mengetahui cara mengontrol marah Bapak dengan cara nafas dalam?”</p> <p>Pasien Lebih lega mas</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien tersenyum</p>	<p>Menggali perasaan pasien setelah berlatih cara mengontrol berperilaku Kekerasan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi perasaan pasien setelah berlatih cara mengontrol berperilaku Kekerasan</p>
<p>Perawat “iya jadi itu penyebab Bapak Itu karena bapak di PHK</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p>	<p>Menggali pengetahuan pasien tentang akibat perilaku kekerasan yang dilakukan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan pasien</p>

Lampiran 2

<p>Perawat “Selama saya tidak ada, Bapak ingat-ingat ya, bagaimana cara mengontrol marah jika rasa kesal timbul, coba praktikan apa yang sudah diajarkan tadi.”</p> <p>Pasien Baik mas</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien tersenyum</p>	<p>Memastikan kembali tentang latihan yang telah diajarkan agar dilakukan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Memastikan kembali tentang latihan yang telah diajarkan agar dilakukan</p>
<p>Perawat “Bapak bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam kedalam jadwal kegiatan Bapak sehari-hari?”</p> <p>Pasien Baik mas saya akan latihan Tarik nafas dalam ketika mau marah dan setiap pagi dan sore mas</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien tersenyum dan mencatat dibuku pribadi pasien</p>	<p>Memastikan kembali tentang latihan yang telah diajarkan agar dilakukan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Memastikan kembali tentang latihan yang telah diajarkan agar dilakukan</p>
<p>Perawat “Besok kita ngobrol lagi ya Pak Bapak mau jam berapa kita</p>	<p>Perawat</p>	<p>Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutya</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutya</p>

Lampiran 2

<p>ngobrol ?Bagaimana kalau jam 09..00?”</p> <p>Pasien Baik mas setuju</p>	<p>Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien tampak tertarik dan bersemangat</p>			
<p>Perawat “Bapak mau dimana?bagaimana kalau di meja panjang ini?”</p> <p>Pasien Siap mas</p>	<p>Perawat Menekankan suara bicara, mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Pasien tampak tertarik dan bersemangat</p>	<p>Menberi informasi tentang cara mengontrol emosi</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Menberi informasi tentang cara mengontrol emosi</p>

Kesan perawat :

Pasien sudah mulai terbina hubungan saling percaya dengan perawat, namun masih perlu ditingkatkan agar dapat dipertahankan. Pasien nampak antusias dalam melakukan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan napas dalam dan pukul kasur/bantal, Kontrak yang jelas dan perhatian perawat dapat membuat rasa percaya klien pada perawat semakin baik. Terbukti klien sudah mengungkapkan apa yang klien rasakan.

Lampiran 2

ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Nama Mahasiswa : Ilham Koirul Anas , S.Kep.
Tanggal : 17 Juli 2020
Waktu : 09.00 WIB
Tempat : Ruang Gelatik
Inisial Klien : Tn. X
Interaksi Ke : 3(tiga)
Lingkungan : Depan Taman, berhadapan dengan klien,
Deskripsi klien : Penampilan tampak rapi, pasien memakai kerudung ekspresi muka tampak tenang,
Tujuan Komunikasi : Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik yang kedua

Lampiran 2

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>Perawat “Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Ilham mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang dinas pagi hari ini dari jam 07.00 – 14.00 . Saya yang merawat Bapak seminggu ini.”</p> <p>Pasien Selamat pagi juga, iya mas</p>	<p>Perawat Tersenyum menatap wajah pasien, nada ramah, duduk dihadapan pasien</p> <p>Pasien Pasien tampak tersenyum</p>	<p>Berharap hubungan saling percaya dengan pasien masih terjaga</p>	<p>Pasien tampak tersenyum</p>	<p>Membina hubungan saling percaya</p>
<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Masih ada perasaan kesal atau marah? Bagaimana kalau kita berbincang-bincang sebentar?”</p> <p>Pasien Ayo mas, mas tadi saya sempat marah dengan salah satu pasien tapi saya Tarik nafas dulu baru melanjutkan berbicara dengannya,</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Menggali perasaan emosi pasien</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi perkembangan perilaku pasien</p>

Lampiran 2

<p>Perawat “Sekarang kita akan belajar cara mengendalikan perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk yang kedua.”</p> <p>Pasien Ayo mas</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat dan bersemangat</p>	<p>Memberitahukan tentang cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Memberitahukan cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>
<p>Perawat “Mau berapa lama? bagaimana kalau 20 menit?”</p> <p>Pasien Boleh boleh</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat dan bersemangat</p>	<p>Mengontrak waktu dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengontrak waktu dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>
<p>Perawat “Dimana kita berbicara?”</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p>	<p>Mengontrak tempat dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengontrak tempat dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>

Lampiran 2

Pasien Disini saja mas	Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
Perawat “Kalau ada yang menyebabkan Bapak marah dan muncul perasaan berdebar-debar, mata melotot, selain nafas dalam Bapak dapat memukul bantal” Pasien Iya mas lalu?	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat	Menghubungkan tabda gejala yang dialami dengan tindakan yang akan dilakukan	Pasien kooperatif dan terbuka	Mebuat pasien lebih paham terhadap tindakan yang akan dilakukan
Perawat “Sekarang mari kita latihan memukul bantal. Mana kamar Bapak?jadi kalau ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul bantal. Nah, coba Bapak lakukan , pukul bantal. Ya bagus sekali Bapak melakukannya”	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata	Mempratekan latihan pukul bantal	Pasien mampu melampiaskan amarahnya	Pasien dapat melampiaskan marahnya dengan cara tidak merugikan orang lain

Lampiran 2

Pasien Iya mas saya sudah melakukannya	Pasien Memukul bantal dengan sekuat tenaga			
Perawat “Lampiaskan kekesalan Bapak dibantal itu.” Pasien Iya mas	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien Memukul bantal dengan sekuat tenaga	Mempratekan latihan pukul bantal	Pasien mampu melampiaskan amarahnya	Pasien dapat melampiaskan marahnya dengan cara tidak merugikan orang lain
Perawat “Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya.” Pasien Baik mas	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien menjaga kontak mata dengan perawat	Meyakinkan pasien terhadap efektivitas dari tindakan yang dilakukan	Pasien kooperatif dan terbuka	Pasien dapat tetap melakukan dengan kontrol diri
Perawat “Bagaimana perasaan Bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?”	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata	Menggali perasaan pasien setelah melakukan tindakan	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengidentifikasi emosi klien

Lampiran 2

<p>Pasien Lebih lega mas dari sebelumnya</p>	<p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>			
<p>Perawat “Ada beberapa cara yang sudah kita latih,coba Bapak sebutkan lagi?”</p> <p>Pasien Ada dua mas kemarin Tarik nafas dalam sekarang pukul bantal</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Memvolidasi tindakan yang telah dipelajari</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Pasien dapat mengingat kembali tindakan yang dilakukan</p>
<p>Perawat “Mari kita masukan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari Bapak. Pukul berapa Bapak mau mempraktikan memukul bantal ? Bagaimana kalau setiap bangun tidur?Jadi jam 5 pagi Pak. Lalu kalau ada keinginan marah itu muncul sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi Pak.”</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p>	<p>Mengajak pasien membuat jadwal latihan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Pasien dapat ingat melakukan latihan dengan adanya jadwal</p>

Lampiran 2

Pasien Iya mas nanti saya akan praktekkan ketika sedang marah maupun saat pagi hari juga	Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
Perawat :Besok kita ngobrol lagi ya Pak. Bapak mau jam berapa kita ngobrol?bagaimana kalau jam 09.00?" Pasien Siap mas	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat	Berharap pasien menyetujuinya	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengkontrak kembali pasien agar pentalaksanaan berikutnya berjalan dengan lancar
Perawat "Bapak mau dimana? Bagaimana kalau disini?" Pasien Siap mas	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat	Berharap pasien menyetujuinya	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengkontrak kembali pasien agar pentalaksanaan berikutnya berjalan dengan lancar

Kesan Perawat

Pasien sudah mulai terbina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien sudah dapat melatih mengendalikan marah dengan pukul bantal

Lampiran 2

ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Nama Mahasiswa : Ilham Koirul Anas, S.Kep.
Tanggal : 18 Juli 2020
Waktu : 09.00 WIB
Tempat : Ruang Gelatik
Inisial Klien : Tn. X
Interaksi Ke : 4 (empat)
Lingkungan : Depan Taman, berhadapan dengan klien,
Deskripsi klien : Penampilan tampak rapi, pasien memakai kerudung ekspresi muka tampak tenang,
Tujuan Komunikasi : Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal

Lampiran 2

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>Perawat “Selamat pagi Pak, perkenalkan nama saya Ilham mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang dinas pagi hari ini dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang merawat Bapak selama seminggu ini.”</p> <p>Pasien Selamat pagi juga, iya mas</p>	<p>Perawat Tersenyum menatap wajah pasien, nada ramah, duduk dihadapan pasien</p> <p>Pasien Pasien tampak tersenyum</p>	<p>Berharap hubungan saling percaya dengan pasien masih terjaga</p>	<p>Pasien tampak tersenyum</p>	<p>Membina hubungan saling percaya</p>
<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Masih ada perasaan kesal atau marah? Bagaimana Pak sudah melakukan latihan nafas dalam dan pukul bantal? Apa yang dirasakan setelah melakukannya?”</p> <p>Pasien Saya kemarin dan tadi sudah melakukan latihan meluapkan marah dengan pukul bantal mas,</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Menggali perasaan emosi pasien</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi perkembangan perilaku pasien</p>

Lampiran 2

sedikit lega dengan semua permasalahan yang ada.				
<p>Perawat “Bagaimana kalau kita sekarang berbicara yang baik untuk mencegah marah?”</p> <p>Pasien Oke mas</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Memberitahukan tentang cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Memberitahukan cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>
<p>Perawat “Bagaimana lama Bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?”</p> <p>Pasien Siap mas</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Mengontrak waktu dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengontrak waktu dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>
<p>Perawat “Dimana kita akan berbincang-bincang ? Bagaimana kalau ditempat ini saja?”</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p>	<p>Mengontrak tempat dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengontrak tempat dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>

Lampiran 2

Pasien Siap mas disini saja	Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
Perawat “sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah . kalau marah sudah disalurkan melalui Tarik nafas dalam atau pukul Kasur dan bantal, dan sudah lega, kita perlu bicara , kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya, Pak:” Pasien Caranya apa saja mas	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat dan bersemangat	Berharap pasien ingin mengetahui caranya	Pasien kooperatif dan ingin mengetahui caranya	Memberi tau cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal;
Perawat Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya karena orang tua marah dirumah. Coba Bapak bilang dengan baik, katakan, “pak jangan marahi saya	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata	Berharap pasien mengikuti	Pasien kooperatif dan terbuka	Melatih pasien untuk meminta dengan baik

Lampiran 2

<p>terlalu keras, Bapak mengerti Bapak salah.”</p> <p>Pasien Pak jangan marahi saya terlalu keras Bapak mengerti Bapak salah</p>	<p>Pasien Melakukan perintah yang diajarkan</p>			
<p>Perawat Yang kedua Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan, “maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan”</p> <p>Pasien Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Melakukan perintah yang diajarkan</p>	<p>Berharap pasien mengikuti</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Melatih pasien untuk menolak dengan baik</p>
<p>Perawat Mengungkapkan perasaan kesal. Jika perlakuan orang lain yang membuat kesal, baPak dapat mengatakan, “saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu.”</p> <p>Pasien saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Melakukan perintah yang diajarkan</p>	<p>Berharap pasien mengikuti</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Melatih pasien untuk mengungkapkan perasaan kesal dengan baik</p>

Lampiran 2

<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengendalikan marah degan cara yang baik?”</p> <p>Pasien Sedikit lega mas, nanti akan saya coba</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Menggali perasaan pasien setelah melakukan tindakan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi emosi klien</p>
<p>Perawat “Coba Bapak sebutkan lagi cara berbicara yang baik yang telah kita pelajari?”</p> <p>Pasien Meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan kesal.</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Memvalidasi tindakan yang telah dipelajari</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Pasien dapat mengingat kembali tindakan yang dilakukan</p>
<p>Perawat “Sekarang mari kita masukan ke dalam jadwal latihan sehari-hari, dan juga ketika meminta makan, obat?”</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p>	<p>Mengajak pasien membuat jadwal latihan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Pasien dapat ingat melakukan latihan dengan adanya jadwal</p>

Lampiran 2

Pasien iya mas nanti saya praktekan ketika sedang marah maupun saat pagi dan sore hari	akan	Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
Perawat “Nanti kita ngobrol lagi ya Pak. Bapak mau jam berapa ngobrol? Bagaimana kalau jam 13.00?”	kita	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata	Berharap pasien menyetujuinya	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengkontrak kembali pasien agar pentalaksanaan berikutnya berjalan dengan lancar
Pasien Siap mas		Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
Perawat “Bapak mau dimana?bagaimana kalau disini?”		Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata	Berharap pasien menyetujuinya	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengkontrak kembali pasien agar pentalaksanaan berikutnya berjalan dengan lancar
Pasien Okey		Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			

Kesan Perawat

Pasien sudah mulai terbina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien sudah dapat melatih mengendalikan marah dengan verbal

Lampiran 2

ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Nama Mahasiswa : Ilham Koirul Anas, S.Kep.
Tanggal : 19 Juli 2020
Waktu : 13.00 WIB
Tempat : Ruang Gelatik
Inisial Klien : Tn. X
Interaksi Ke : 5 (lima)
Lingkungan : Depan Taman, berhadapan dengan klien,
Deskripsi klien : Penampilan tampak rapi, pasien memakai kerudung ekspresi muka tampak tenang,
Tujuan Komunikasi : Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan spiritual

Lampiran 2

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
<p>Perawat “Selamat siang Pak, perkenalkan nama saya Ilham mahasiswa dari STIKES Hang Tuah Surabaya yang dinas pagi hari ini dari jam 07.00 – 14.00. Saya yang merawat Bapak selama seminggu ini.”</p> <p>Pasien Selamat siang juga, iya mas</p>	<p>Perawat Tersenyum menatap wajah pasien, nada ramah, duduk dihadapan pasien</p> <p>Pasien Pasien tampak tersenyum</p>	<p>Berharap hubungan saling percaya dengan pasien masih terjaga</p>	<p>Pasien tampak tersenyum</p>	<p>Membina hubungan saling percaya</p>
<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak hari ini ?masih ada perasaan kesal atau marah?bagaimana Pak latihan yang sudah dilakukan ? Apa yang dirasakan Bapak setelah melakukan latihan tersebut.”</p> <p>Pasien Saya sekarang kalau minta tolong ambilkan makan sudah seperti</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Menggali perasaan emosi pasien</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengidentifikasi perkembangan perilaku pasien</p>

Lampiran 2

yang mas ajarkan, saya sudah melakukan yang diajarkan mas				
<p>Perawat “Bagaimana kalau sekarang kita latihan mengendalikan rasa marah dengan ibadah?”</p> <p>Pasien Baik mas</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Memberitahukan tentang cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Memberitahukan cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>
<p>Perawat “Berapa lama kita akan berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?”</p> <p>Pasien Okey mas setuju</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Mengontrak waktu dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengontrak waktu dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>

Lampiran 2

<p>Perawat “Dimana kita akan berbincang?Bagaimana kalau ditempat ini</p> <p>Pasien Baik mas</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Mengontrak tempat dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengontrak tempat dalam rangka menjalin ubungan saling percaya</p>
<p>Perawat “Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan!</p> <p>Pasien Saya biasanya melakukan sholat wudhu serta beristigfar</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Berharap pasien ingin mengetahui caranya</p>	<p>Pasien kooperatif dan ingin mengetahui caranya</p>	<p>Memberi tau cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verba;</p>
<p>Perawat “Baik yang mana yang mau dicoba?”</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan</p>	<p>Berharappasien dapat menentukan tindakan spiritual yang mau dicoba</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Menggali tindakan spiritual yang akan dicoba</p>

Lampiran 2

<p>Pasien Beristigfar saja mas</p>	<p>mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>			
<p>Perawat “nah, kalau Bapak sedang marah coba Bapak langsung duduk dan tarik nafas dalam”</p> <p>Pasien Baik mas sudah</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	<p>Berharap pasien mau melakukan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Mengajukan tindakan spiritual yang dipilih</p>
<p>Perawat “Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks.”</p> <p>Pasien Nggih mas</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p>	<p>Berharap pasien mau melakkukan</p>	<p>Pasien kooperatif dan terbuka</p>	<p>Posisi rebahan dapat mem bantu mengendalikan emosi</p>

Lampiran 2

	Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
Perawat “apa kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan?” Pasien Beristigfar sama sholat mas	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat	Berharap pasien dapat menentukan tindakan spiritual yang mau dicoba	Pasien kooperatif dan terbuka	Menggali tindakan spiritual yang akan dicoba
Perawat “Kegiatan ibadah mana yang mana yang mau dicoba selama dirumah sakit? Coba pilih dua kegiatan yang ingin Bapak lakukan.”	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata	Berharap pasien mau melakukan	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengajukan tindakan spiritual yang dipilih

Lampiran 2

Pasien Istigfar saja mas	Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
Perawat “mari coba lakukan” Pasien Astagfirullahalazim	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien Pasien beristigfar sambil memejamkan mata	Berharap pasien mau melakukan	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengajarkan tindakan spiritual yang dipilih
Perawat “Bapak bias melakukan ibadah secara teratur untuk meredakan kemarahan” Pasien Biasanya begitu mas	Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata Pasien	Berharap pasien dapat meentukan dan mau melakukan tindakan spiritual yang dipilih	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengajarkan tindakan spiritual yang dipilih

Lampiran 2

	Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
<p>Perawat “Bagaimana perasaan Bapak setelah kita bercakap-cakap tentang kegiatan ketiga ini?”</p> <p>Pasien Senang mas karena berbicaraya sama mas</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	Menggali perasaan pasien setelah melakukan tindakan	Pasien kooperatif dan terbuka	Mengidentifikasi emosi klien
<p>Perawat “Jadi sudah beberapa cara yang kita pelajari? Bagus coba Bapak sebutkan lagi tentang cara ibadah apa saja yang biasa dilakukan”</p> <p>Pasien Ada 4 yaitu dengan cara Tarik nafas dalam, pukul bantal,</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien</p>	Memvalidasi tindakan yang telah dipelajari	Pasien kooperatif dan terbuka	Pasien dapat mengingat kembali tindakan yang dilakukan

Lampiran 2

berbicara dengan baik dan dengan cara agama	Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat			
<p>Perawat “Setelah ini mari Bapak lakukan kegiatan ibadah ini sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.”</p> <p>Pasien Iya mas nanti saya akan praktekan ketika sedang marah maupun saat pagi hari dan sore hari</p>	<p>Perawat Menekankan nada suara bicara dan mempertahankan kontak mata</p> <p>Pasien Tersenyum dan menjaga kontak mata dengan perawat</p>	Mengajak pasien membuat jadwal latihan	Pasien kooperatif dan terbuka	Pasien dapat ingat melakukan latihan dengan adanya jadwal

Kesan Perawat

Pasien sudah mulai terbina hubungan saling percaya dengan perawat, pasien sudah dapat melatih mengendalikan marah dengan spiritual

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT..... TANGGAL DIRAWAT.....

I. IDENTITAS PASIEN

Initial :.....(L/P) Tanggal Pengkajian :.....
 Umur :..... RMNo. :.....
 Informan :.....

II. ALASANMASUK

.....

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu? Ya Tidak
 2. Pengobatan sebelumnya: Berhasil Kurang Berhasil Tidak Berhasil
 3.

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya Fisik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aniaya Seksual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penolakan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kekerasan dalam Keluarga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tindakan Kriminal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Jelaskanno.1,2,3 :

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pasca trauma.
4. Risiko tinggi kekerasan.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Ya Tidak

	Gejala	Riwayat pengobatan/perawatan
Hubungan keluarga
.....

Masalah Keperawatan :

1. Koping keluarga ineffectif : ketidak mampuan koping.
2. Koping keluarga ineffectif : gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :
1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pasca trauma.

IV. FISIK

- 1. Tandavital : TD :..... N :..... S :..... P :.....
- 2. Ukur : TB :..... BB :.....
- 3. Keluhan Fisik : Ya Tidak

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Risiko tinggi perubahan suhu tubuh.
2. Hipotermia.
3. Hipertermia.
4. Defisit volume cairan.
5. Kelebihan volume cairan.
6. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.
7. Perubahan nutrisi : lebih dari kebutuhan tubuh.
8. Perubahan nutrisi : potensial lebih dari kebutuhan tubuh.
9. Kerusakan menelan.
10. Perubahan eliminasi feses.
11. Perubahan pola eliminasi urine.

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Koping keluarga inefektif : ketidak mampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif : gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

2. Konsepdiri

- a. Gambaran diri :
- b. Identitas :
- c. Peran :
- d. Ideal diri :
- e. Hargadiri :

Masalah Keperawatan:
1. Pengabaian unilateral.
2. Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis.
3. Gangguan konsep diri : harga diri rendah situasional.

3. Hubungan sosial :

- a. Orang yang berarti :
- b. Peran serta dalam kegiatankelompok/masyarakat :
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan oranglain :

Masalah Keperawatan :
1. Kerusakan komunikasi.
2. Perubahan kinerja peran.
3. Kerusakan interak sisosial.

- 4. Spiritual :
 - a. Nilai dan Keyakinan :
 - b. Kegiatan Ibadah :

Masalah Keperawatan:
1. Distres Spiritual.

VI. STATUS MENTAL

- 1. Penampilan :
 - Tidak rapi Penggunaan pakaian Cara berpakaian tidak sesuai tidak seperti biasanya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan:
1. Risiko tinggi perubahan fungsi pernapasan.

- 2. Pembicaraan :
 - Cepat Keras Gagap Inkoheren
 - Apatis Lambat Membisu Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Kerusakan komunikasi.

- 3. Aktivitas Motorik :
 - Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 - TIK Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Intoleransi aktivitas.
3. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah.

- 4. Alam Perasaan :
 - Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebih

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Risiko tinggi terhadap cedera. 4. Ketidak berdayaan.
2. Ansietas. 5. Ketidak mampuan.
3. Ketakutan. 6. Risiko tinggi membahayakan diri.

- 5. Afek :
 - Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Kerusakan komunikasi.
3. Perubahan peran.

- 6. Interaksi selama wawancara :
 - Bermusuhan Tidak Kooperatif Mudah Tersinggung
 - Kontak Mata Kurang Defensif Curiga

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Kerusakan komunikasi. 4. Risiko tinggi membahayakan diri.
2. Perubahan peran. 5. Risiko tinggi kekerasan.
3. Kerusakan interaksi sosial.

Lampiran 3

7. Persepsi :
- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pendengaran | <input type="checkbox"/> Pengelihatn | <input type="checkbox"/> Perabaan |
| <input type="checkbox"/> Pengecapn | <input type="checkbox"/> Penciuman | |

Masalah keperawatan :

Masalah Keperawatan : 1. PSP : Pengelihatn/Pendengaran/Kinetik/Pengecap/Perabaan/Penciuman

8. Proses Pikir :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sirkumtansial | <input type="checkbox"/> Tangensial | <input type="checkbox"/> Kehilangan Asosiasi |
| <input type="checkbox"/> <i>Fligh ofide as</i> | <input type="checkbox"/> <i>Blocking</i> | <input type="checkbox"/> Pengulangan Pembicaraan/Perseverasi |

Masalah Keperawatan : 1. Perubahan proses pikir
--

9. Isi Pikir :
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obsesi | <input type="checkbox"/> Fobia | <input type="checkbox"/> Hipokondria |
| <input type="checkbox"/> Depersonalisasi | <input type="checkbox"/> Ide yang terkait | <input type="checkbox"/> Pikir Anmagis |

Waham :

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agama | <input type="checkbox"/> Somatik | <input type="checkbox"/> Kebesaran | <input type="checkbox"/> Curiga |
| <input type="checkbox"/> Nihilistik | <input type="checkbox"/> Sisip pikir | <input type="checkbox"/> Siar pikir | <input type="checkbox"/> Kontrol pikir |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : 1. Perubahan proses pikir.

10. Tingkat Kesadaran :
- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bingung | <input type="checkbox"/> Sedasi | <input type="checkbox"/> Stupor |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|

Disorientasi

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Waktu | <input type="checkbox"/> Tempat | <input type="checkbox"/> Orang |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : 1. Risiko tinggi terhadap cedera. 2. Perubahan proses pikir.
--

11. Memori :
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gg daya ingat jangka panjang | <input type="checkbox"/> Gg daya ingat jangka pendek |
| <input type="checkbox"/> Gg daya ingat saat ini | <input type="checkbox"/> Konfabulasi |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : 1. Perubahan proses pikir.

12. Tingkat konsentrasi danberhitung :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudah Beralih | <input type="checkbox"/> Tidak Mampu Berkonsentrasi |
| <input type="checkbox"/> Tidak Mampu Berhitung Sederhana | |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : 1. Perubahan Proses Pikir. 2. Kerusakan Interaksi Sosial.

13. Kemampuan Penilaian :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gangguan Ringan | <input type="checkbox"/> Gangguan Bermakna |
|--|--|

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : 1. Perubahan Proses Pikir.

14. Daya Tilik Diri :

Mengingkari penyakit yang diderita Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1. Penatalaksanaan regimen terapeutikinefektif.
2. Risiko tinggiketidakpatuhan.
3. Perubahan prosespikir.

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :

	Ya	Tidak		Ya	Tidak
Makanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pakaian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keamanan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transportasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempat tinggal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perawatan kesehatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perilaku mencari bantuan kesehatan.

2. Kegiatan Hidup Sehari-Hari

a. Perawatan diri :	Bantuan Minimal	Bantuan Total
Mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAB/BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kebersihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganti pakaian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan eliminasi fekes.
3. Perubahan pola eliminasi urine.
4. Defisit aktivitas hiburan.
5. Risiko tinggi perubahan fungsi pernapasan.

b. Nutrisi :	Ya	Tidak
• Apakah Anda puas dengan pola makan Anda ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apakah Anda memisahkan diri ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika ya, jelaskan alasannya :		
• Frekuensi makan perhari :kali		
• Frekuensi kudapan perhari :kali		
• Nafsu makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• BB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diet khusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

1. Risiko tinggi terhadap infeksi.
2. Perubahan nutrisi : lebih dari kebutuhan tubuh.

c. Tidur :	Ya	Tidak
• Apakah ada masalah ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apakah Anda merasa segar setelah bangun tidur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apakah ada kebiasaan tidur siang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Apa yang menolong anda untuk tidur.....

Lampiran 3

- Waktu tidur malam, jam :, Waktu bangun, jam:.....
- Beri tanda “✓” sesuai dengan keadaan pasien :

Sulit untuk tidur	<input type="checkbox"/>	Terbangun saat tidur	<input type="checkbox"/>
Bangun terlalu pagi	<input type="checkbox"/>	Gelisah saat tidur	<input type="checkbox"/>
Somnabulisme	<input type="checkbox"/>	Berbicara dalam tidur	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Gangguan pola tidur.

3. Kemampuan pasien dalam :
- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Mengantisipasi kebutuhansendiri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mengatur penggunaan obat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Melakukan pemeriksaan kesehatan (<i>Follow Up</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif.
2. Ketidak patuhan.
3. Konflik pengambilan keputusan.

4. Pasien memiliki sistem pendukung :
- | | Ya | Tidak | | Ya | Tidak |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Keluarga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teman Sejawat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Profesional/Terapis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kelompok Sosial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Perilaku Mencari Bantuan Kesehatan.

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja, kegiatan yang menghasilkan atau hobi ? Ya Tidak

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :
1. Sindroma Disuse.

VIII. MEKANISME KOPING

- | Adaptif | Maladaptif |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain | <input type="checkbox"/> Minum alkohol |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebih |
| <input type="checkbox"/> Teknik relaksasi | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif | <input type="checkbox"/> Menghindar |
| <input type="checkbox"/> Olahraga | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | <input type="checkbox"/> Lainnya : |

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :
.....
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik :
.....
- Masalah dengan pendidikan, spesifik :
.....
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik :
.....

Masalah dengan perumahan, spesifik :

.....

Masalah ekonomi, spesifik :

.....

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik :

.....

Masalah lainnya, spesifik :

.....

- | | |
|--|-----------------------------|
| Masalah Keperawatan : | |
| 1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan. | 5. Tidak mampu. |
| 2. Perilaku mencari bantuan kesehatan. | 6. Gangguan konsep diri. |
| 3. Perubahan pola eliminasi urine. | 7. Konflik peran orang tua. |
| 4. Tidak berdayaan. | 8. Sindroma stres lokasi. |

X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

Penyakit jiwa

Sistem pendukung

Faktor presipitasi

Penyakit fisik

Koping

Obat-obatan

Lainnya :

- | | |
|--|----------------------------|
| Masalah Keperawatan : | |
| 1. Perilaku mencari bantuan kesehatan. | 3. Tidak patuhan. |
| 2. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif. | 4. Kurang pengetahuan..... |

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosis Medik :

.....

Terapi Medik :

.....

- | | |
|--|--|
| Masalah Kolaboratif : | |
| 1. PK : efek merugikan terapi obat-obatan. | 3. PK : efek merugikan terapi anti depresan. |
| 2. PK : efek merugikan terapi anti ansietas. | 4. PK : efek merugikan terapi anti psikotik. |

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

.....
.....
.....
.....

XIII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

.....
.....
.....
.....

Mahasiswa,

.....

PETUNJUK TEKNIS
PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN
KESEHATAN JIWA

Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat pasien dirawat dan tanggal dirawat.

I. IDENTITAS

1. Perawat yang merawat pasien melakukan perkenalan dan kontak dengan pasien tentang : nama perawat, nama pasien, panggilan perawat, panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.
2. Usia dan No. RM dapat dengan melihat rekam medis.
3. Mahasiswa menuliskan sumber data yang didapat.

II. ALASAN MASUK

Tanyakan kepada pasien/keluarga pertanyaan berikut.

1. Apa yang menyebabkan pasien/keluarga datang ke RS saat ini ?
2. Apa yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini ?
3. Bagaimana hasilnya ?

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Tanyakan kepada pasien/keluarga apakah pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bilaya, beritanda “√” pada kotak “Ya” dan bila tidak, maka beri tanda “√” pada kotak “Tidak”.
2. Apabila pada Poin 1 “Ya”, maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi dimasyarakat tanpa gejala-gejala gangguan jiwa, maka beritanda “√” pada kotak “Berhasil”. Apabila dia dapat beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa, maka beri tanda “√” pada kotak “Kurang Berhasil”. Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap, maka beritanda “√” pada kotak “Kurang Berhasil”.
3. Tanyakan pada pasien apakah pasien pernah melakukan dan atau mengalami dan/atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Beritanda “√” sesuai dengan penjelasan pasien/keluarga apakah pasien sebagai pelaku dan/atau korban, dan/atau saksi, maka beritanda “√” pada kotak pertama. Isi usia saat kejadian pada kotak kedua.

Jika pasien pernah sebagai pelaku, korban, dan saksi (dua atau lebih) tuliskan pada penjelasan.

- a. Beri penjelasan secara singkat dan jelas tentang kejadian yang dialami pasien terkait nomor 1,2,3.
 - b. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
4. Tanyakan kepada pasien/keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa. Jika ada, maka beritanda “✓” pada kotak “Ya” dan jika tidak, maka beri tanda “✓” pada kotak tidak.
 5. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, maka tanyakan bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga tersebut. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut.
 6. Tanyakan kepada pasien/keluarga tentang pengalaman yang tidak menyenangkan (kegagalan, kehilangan/perpisahan/kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami pasien pada masa lalu.

IV. FISIK

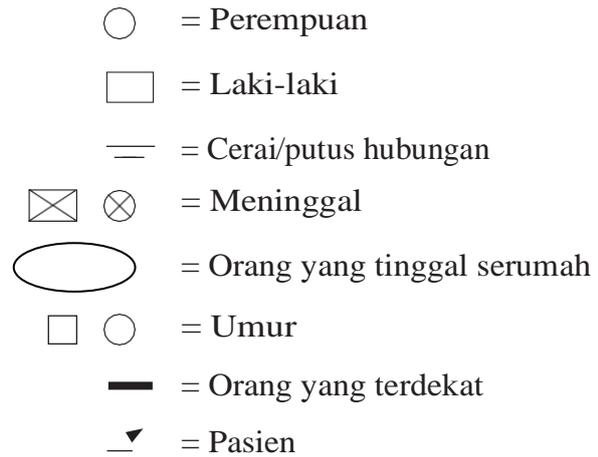
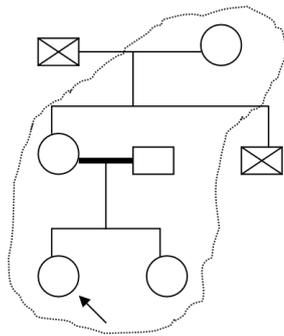
Pengkajian difokuskan pada sistem dan fungsi organ.

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan pasien.
2. Ukur tinggi badan dan berat badan pasien.
3. Tanyakan kepada pasien/keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh pasien, bila ada beri tanda “✓” pada kotak “Ya” dan bila tidak beri tanda “✓” pada kotak “Tidak”.
4. Kaji lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.
5. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada.

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram
 - a. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan pasien dan keluarga, misalnya sebagai berikut.:





b. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan, dan pola asuh.

c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Konsep Diri

a. Citra Tubuh

1) Tanyakan persepsi pasien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai, dan bagian yang tidak disukai.

b. Identitas diri, tanyakan tentang hal berikut.

1) Status dan posisi pasien sebelum dirawat.

2) Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok).

3) Kepuasan pasien sebagai laki-laki atau perempuan.

c. Peran, tanyakan mengenai hal berikut.

1) Tugas/peran yang diemban dalam keluarga/kelompok/masyarakat.

2) Kemana saja pasien dalam melaksanakan tugas/peran tersebut.

d. Ideal diri, tanyakan hal sebagai berikut.

1) Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas/peran.

2) Harapan pasien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat).

3) Harapan pasien terhadap penyakitnya.

e. Harga diri, tanyakan hal berikut.

1) Hubungan pasien dengan orang lain sesuai dengan kondisi No. 2a, b, c, dan d.

2) Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya.

f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Hubungan Sosial

a. Tanyakan pada pasien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, serta minta bantuan atau sokongan.

b. Tanyakan pada pasien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat.

c. Tanyakan pada pasien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok dimasyarakat.

d. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan, tanyakan hal berikut.

1) Pandangan dan keyakinan terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut.

2) Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.

b. Kegiatan ibadah, tanyakan hal berikut.

1) Kegiatan ibadah dirumah secara individu dan kelompok.

2) Pendapat pasien/keluarga tentang kegiatan ibadah.

c. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

VI. STATUS MENTAL

Beri tanda ✓ pada kotak sesuai dengan keadaan pasien boleh lebih dari satu.

1. Penampilan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

a. Penampilan tidak rapi jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi. Misalnya, rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.

b. Penggunaan pakaian tidak sesuai, misalnya pakaian dalam dipakai di luar baju.

c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya, jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi).

d. Jelaskan hal yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.

e. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

2. Pembicaraan

- a. Amati pembicaraan yang ditemukan pada pasien, apakah cepat, keras, gagap, membisu, apatis, dan/atau lambat.
- b. Bila pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat satu kekalimat yang lain yang tidak ada kaitannya, maka beri tanda “√” pada kotak in koheren.
- c. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
- d. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

3. Aktivitas Motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Lesu, tegang, gelisah sudah jelas.
- b. Agitasi : gerakan motorik yang menunjukkan kegelisahan.
- c. Tik : gerakan-gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol.
- d. Grimasen : gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol pasien.
- e. Tremor: jari-jari yang tampak gemetar ketika pasien menjulurkan tangan dan merentangkan jari-jari.
- f. Kompulsif : kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan, dan sebagainya.
- g. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan pasien dan kondisi lain yang tidak tercantum.
- h. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. Alam Perasaan

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Sedih, putu sasa, gembira yang berlebihan sudah jelas.
- b. Ketakutan : objek yang ditakuti sudah jelas.
- c. Khawatir : objek belum jelas.
- d. Jelaskan kondisi pasien yang belum tercantum.
- e. Masalah keperawatan ditulis sesuai data.

5. Afek

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga.

- a. Datar : tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan.

- b. Tumpul : hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang kuat.
 - c. Labil : emosi yang cepat berubah-ubah.
 - d. Tidak sesuai : emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada.
 - e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
 - f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
6. Interaksi Selama Wawancara
- Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat dan keluarga.
- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas.
 - b. Kontak mata kurang : tidak mau menatap lawan bicara.
 - c. Defensif : selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.
 - d. Curiga : menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain.
 - e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.
 - f. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.
7. Persepsi
- a. Jenis-jenis halusinasi sudah jelas, kecuali menghidung sama dengan penciuman.
 - b. Jelaskan isi halusinasi dan frekuensi gejala yang tampak pada saat pasien halusinasi.
 - c. Masalah keperawatan sesuai dengan masalah yang ada.
8. Proses Pikir
- Data diperoleh dari observasi pada saat wawancara.
- a. *Sirkumtansial* : pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai dengan tujuan pembicaraan.
 - b. *Tangensial* : pembicaraan yang berbelit-belit tetapi tidak sampai dengan tujuan pembicaraan.
 - c. Kehilangan asosiasi : pembicaraan tidak ada hubungannya antara satu kalimat satu dengan kalimat lainnya dan pasien tidak menyadarinya.
 - d. *Fligh to Fideas* : pembicaraan meloncat dari satu topik ketopik lainnya, masih ada hubungan yang tidak logis, dan tidak sampai pada tujuan.
 - e. *Blocking* : pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali.

Lampiran 3

- f. *Perseverasi* : pembicaraan yang diulang berkali-kali.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan pasien pada saat wawancara.
- h. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

9. Isi Pikir

Data didapatkan melalui wawancara.

- a. *Obsesi* : pikiran yang selalu muncul walaupun pasien selalu berusaha menghilangkannya.
- b. *Fobia* : ketakutan yang patologis/tidak logis terhadap objek/situasi tertentu.
- c. *Hipokondria* : keyakinan terhadap adanya gangguan organ dalam tubuh yang sebenarnya tidak ada.
- d. *Depersonalisasi* : perasaan pasien yang asing terhadap diri sendiri, orang, atau lingkungan.
- e. Ide yang terkait : keyakinan pasien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan dan terkait pada dirinya.
- f. Pikiran yang magis : keyakinan pasien tentang keyakinannya melakukan hal-hal mustahil/di luar kemampuannya.
- g. Waham.
 - 1) Agama : keyakinan pasien terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 2) Somatik : pasien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 3) Kebesaran : pasien mempunyai keyakinan berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 4) Curiga : pasien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok, yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
 - 5) Nihilistik : pasien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada didunia/meninggal yang dinyatakan secara berulang, tidak sesuai kenyataan.

Lampiran 3

Waham yang aneh (*bizarre*) antara lain sebagai berikut.

- 1) Sisip Pikir : pasien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- 2) Siar Pikir : pasien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- 3) Kontrol Pikir : pasien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.

h. Jelaskan apa yang dikatakan oleh pasien pada saat wawancara.

i. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

10. Tingkat Kesadaran

Data tentang bingung dan sedasi diperoleh melalui wawancara dan observasi, stupor diperoleh melalui observasi, orientasi pasien (waktu, tempat, orang) diperoleh melalui wawancara.

- a. Bingung : tampak bingung dan kacau.
- b. Sedasi : mengatakan merasa melayang-layang antara sadar/tidak sadar.
- c. Stupor : gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang diulang, anggota tubuh pasien dapat diletakkan dalam sikap canggung dan dipertahankan pasien, tapi pasien dapat mengerti semua yang terjadi dilingkungan.
- d. Orientasi waktu, tempat, orang jelas.
- e. Jelaskan data objektif dan subjektif yang terkait hal-hal diatas.
- f. Masalah keperawatan sesuai dengan data.
- g. Jelaskan apa yang dikatakan oleh pasien pada saat wawancara.

11. Memori

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

- a. Gangguan daya ingat jangka panjang : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan.
- b. Gangguan daya ingat jangka pendek : tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir.
- c. Gangguan daya ingat saat ini : tidak dapat mengingat kejadian yang barusaja terjadi.
- d. Konfabulasi : pembicaraan tidak sesuai kenyataan, dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.

Lampiran 3

- e. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- f. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

- a. Mudah dialihkan : perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.
- b. Tidak mampu berkonsentrasi : pasien minta selalu agar pertanyaan diulang/tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan.
- c. Tidak mampu berhitung.
- d. Jelaskan sesuai data terkait.
- e. Masalah keperawatan sesuai data.

13. Kemampuan Penilaian

- a. Gangguan kemampuan penilaian ringan : dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. Contohnya, berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, pasien dapat mengambil keputusan.
- b. Gangguan kemampuan penilaian bermakna : tidak dapat mengambil keputusan walaupun dibantu oranglain. Contohnya, berikan kesempatan pada pasien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberipenjelasan, maka pasien masih tidak mampu mengambil keputusan.
- c. Jelaskan sesuai dengan data terkait.
- d. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

14. Daya Tilik Diri

Data diperoleh melalui wawancara antara lain sebagai berikut.

- a. Mengingkari penyakit yang diderita : tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik,emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan.
- b. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : menyalahkan orang lain/lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini.
- c. Jelaskan dengan data terkait.
- d. Masalah keperawatan sesuai dengan data.

Lampiran 3

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantang), dan cara makan.
 - b. Observasi kemampuan pasien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.
2. BAB/BAK
 - a. Observasi kemampuan pasien untuk BAB/BAK.
 - 1) Pergi, menggunakan, dan membersihkan WC.
 - 2) Membersihkan diri dan merapikan pakaian.
3. Mandi
 - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, dancukur (kumis, jenggot, dan rambut).
 - b. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.
4. Berpakaian
 - a. Observasi kemampuan pasien dalam mengambil, memilih, serta mengenakan pakaian dan alas kaki.
 - b. Observasi penampilan dan dandan pasien.
 - c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian.
 - d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki pasien : mengambil, memilih, dan mengenakan pakaian.
5. Istirahat dan Tidur

Observasi dan tanyakan tentang hal berikut.

 - a. Lama dan waktu tidur siang/malam.
 - b. Persiapan sebelum tidur seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa.
 - c. Aktivitas sesudah tidur seperti : merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka, dan menyikat gigi.
6. Penggunaan Obat

Observasi dan tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang hal berikut.

 - a. Penggunaan Obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu, dan cara pemberian.
 - b. Reaksi Obat.
7. Pemeliharaan Kesehatan

Tanyakan kepada pasien dan keluarga tentang hal berikut.

 - a. Apa, bagaimana, kapan, dan kemandirian perawatan lanjut.

Lampiran 3

b. Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.

8. **Aktivitas didalam Rumah**

Tanyakan tentang kemampuan pasien dalam hal berikut.

- a. Merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan.
- b. Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel).
- c. Mencuci pakaian sendiri.
- d. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.

9. **Aktivitas diluar rumah**

Tanyakan kemampuan pasien dalam hal berikut.

- a. Belanja untuk keperluan sehari-hari.
- b. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.
- c. Aktivitas lain yang dilakukan diluar rumah (bayar listrik/telepon/air, kantor pos, dan bank).

10. **Jelaskan data terkait.**

11. **Masalah keperawatan ditulis sesuai data.**

VIII. MEKANISME KOPING

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarganya. Beri tanda pada kotak koping yang dimiliki pasien, baik adaptif maupun maladaptif.

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki pasien beri uraian spesifik, singkat, dan jelas.

X. PENGETAHUAN

Data didapatkan melalui wawancara pada pasien. Pada tiap item yang dimiliki oleh pasien simpulkan dalam masalah.

XI. ASPEK MEDIK

Tuliskan diagnosis medik pasien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obatan yang pasien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka, dan terapi lain.

Lampiran 3

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu data subjektif dan data objektif.
2. Buat pohon masalah dari data yang telah dirumuskan.

XIII. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Rumuskan diagnosis dengan rumusan P (Permasalahan) dan E (Etiologi) berdasarkan pohon masalah.
2. Urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.
3. Pada akhir pengkajian, tulis tempat dan tanggal pengkajian, serta tanda tangan dan nama jelas mahasiswa.

Lampiran 4

STANDAR PELAKSANAAN KOMUNIKASI (SP) DENGAN KLIEN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan ke-1 Klien

1. Orientasi

1.1. Salam

“Selamat pagi, saya Tini, perawata dari Puskesmas Mulya” “Siapa Namanya?” “ Senang dipanggil apa?” “Saya panggil Eko ya.” “Tanggal lahirnya?”

1.2. Evaluasi

“Apa yang Eko rasakan?” “ Jadi Eko sering kesal atau marah.” “Sudah berapa lama?”

1.3. Validasi

“Apa yang sudah dilakukan untuk mengatasinya?” “Apakah berhasil?”

1.4. Kontrak

1.4.1. Tindakan dan tujuan

“Bagaimana kalau saya periksa dulu tentang marah dan belajar cara mengendalikannya?”

1.4.2. Waktu

“Waktu 30 menit, apakah Eko setuju?”

1.4.3. Tempat

“Kita lakukan disini saja ya?”

2. Kerja

2.1. Pengkajian

2.1.1. Penyebab

“Apa yang menyebabkan Eko marah?” “Apakah disertai rasa kesal atau kecewa dan ingin memukul?”

2.1.2. Tanda/ gejala

“Apakah yang dirasakan saat marah, apakah merasa tegang, tangan terkepal, mengatupkah rahang dengan kuat?” “Apakah bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak?” “Apakah berjalan mondar-mandir dengan marah dan melemparkan barang-barang atau memukul orang?”

2.1.3. Akibat

“Apakah akibat dengan cara marah demikian?” “Apakah dengan cara seperti itu marahnya bisa hilang?”

Lampiran 4

2.2. Diagnosis

“Eko sering kesal dengan berteriak, melempar barang sampai memukul orang lain.” “Jadi Eko masih sulit mengendalikan marah sehingga bisa terjadi perilaku kekerasan.” Apakah Eko ingin belajar mengendalikannya?”

2.3. Tindakan

“Baiklah, saya akan bantu Eko untuk mengatasi marah dengan beberapa cara.”

2.3.1. Latihan relaksasi napas dalam, pukul bantal kasur, olahraga, bersihkan rumah dan pekarangan

- Contohkan : “Tarim napas panjang secara perlahan dari hidung, tahan sebentar dan keluarkan secara perlahan dari mulut seperti menghembuskan kekesalan Eko.” “Pukul bantal kasur saat kesal.” “Olah raga lari, pukul samsak atau latihan tinju, *push up*, bermain bola, berguna untuk menyalurkan energy marah.” “Jangan lupa, bersih-bersih juga bisa mengurangi marah dan membuat rumah menjadi bersih.”
- Dampingi : “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama,”Ya,benar seperti itu.”
- Mandiri : “Sekarang coba lakukan sendiri.” “Bagus, sudah benar.”
- Cara lain dapat dilatih dengan cara yang sama.

2.3.2. Latihan de-enskalasi (curhat)

- Contohkan : “ceritakan rasa kesal Eko alasannya, serta minta pendapat orang lain.” “Tuliskan perasaan marah ke dalam buku”
- Dampingi : “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama.” “Ya, benar seperti itu.”
- Mandiri : “Sekarang coba lakukan sendiri.” “Bagus, sudah benar.”
- Cara kedua adalah curhat dengan sahabat yang dipercaya.

2.3.3. Latihan bicara yang baik

- Contohkan : “Eko dapat berlatih cara meminta dengan santun, cara menolak dengan tepat, dan cara mengatakan rasa tidak senang.”
- Dampingi : “Nah sekarang ayo kita coba bersama-sama.” “Ya, benar seperti itu.”
- Mandiri : “Sekarang coba lakukan sendiri.” “Bagus, sudah benar.”

Lampiran 4

3. Terminasi

3.1. Evaluasi subyektif

“Bagaimana perasaan Bapak setelah kita berbicara tentang kesehatan keluarga?”

3.2. Evaluasi obyektif

“Coba sebutkan masalah kesehatan Eko. Apa cara merawatnya? Apa pula masalah kesehatan Bapak? Bagaimana cara merawatnya?”

3.3. Rencana tindak lanjut keluarga

“Jangan lupa mengajak anggota keluarga yang lain untuk bantu merawat Eko agar Eko mampu melakukan cara-cara mengendalikan marahnya dan membuat suasana nyaman di keluarga ya Pak”.

3.4. Rencana tindak lanjut perawat

“Baiklah, hari Kamis silahkan datang ke PKM, saya akan kembali memeriksa kondisi kesehatan Eko, dan diperiksa dokter. Jika dapat obat, saya akan jelaskan cara minum obat yang benar.

3.5. Salam

“Semoga keluarga bapak sehat!”

LAPORAN PENDAHULUAN STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (SP 1)

Senin, 15 Juli 2020

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien :

Bapak D mendengar suara-suara yang memaki-maki dirinya, ekspresi wajah tampak tegang, gelisah, dan mulut komat-kamit.

2. **Diagnosis/Masalah Keperawatan** : Gangguan sensori persepsi : halusinasi.

3. Tujuan :

TUM : Klien tidak mencederai, diri, orang lain, dan lingkungan

Tuk 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya

Tuk 2 : Klien dapat mengenal halusinasinya

Tuk 3 : Klien dapat mengontrol halusinasi

4. Tindakan Keperawatan :

- a. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik :
- b. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya dan diskusikan dengan klien mengenai isi, waktu, frekuensi halusinasi, situasi yang menimbulkan halusinasi, hal yang dirasakan jika berhalusinasi, hal yang dilakukan untuk mengatasi, serta dampak yang dialaminya.
- c. Identifikasi bersama klien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi halusinasi.
- d. Diskusikan cara baru untuk memutus/mengontrol timbulnya halusinasi.
- e. Bantu klien memilih satu cara yang sudah dianjurkan dan latih untuk mencobanya.

Lampiran 5

B. Strategi Pelaksanaan

Orientasi :

“Selamat pagi pak, nama saya Rizki, nama Bapak siapa ? Senang dipanggil apa?”

“Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana dengan tidurnya semalam?”

“ Tidak bisa tidur? Apa yang menyebabkan Bapak tidak bisa tidur?”

“Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang membuat bapak tidak bisa tidur ? Di mana kita duduk ? Diruang tamu ? Berapa lama ? Bagaimana kalau 20 menit”.

Kerja:

“Bapak D mendengar suara tanpa ada wujud ? Apa yang dikatakan suara itu?”

“ Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu ? Kapan yang paling sering Bapak D dengar suara ? Berapa kali sehari Bapak D alami ? Pada keadaan apa suara itu terdengar?”

“Saya mengerti Bapak D mendengar suara itu tapi saya sendiri tidak mendengarnya”. “Apa yang bapak D rasakan pada saat mendengar suara itu ?” “Apa yang Bapak D lakukan saat mendengar suara itu ? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang ? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?”

“Bapak D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-

Lampiran 5

cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang keempat minum obat dengan teratur.”

“Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik”.

“Caranya yaitu saat suara-suara itu muncul, langsung Bapak D bilang, ‘Pergi saya tidak mau dengar,... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu’. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba bapak D peragakan! Nah begitu,... bagus! "Coba lagi !" "Ya bagus Bapak D sudah bisa.”

“Sekarang cara yang sudah Bapak bisa itu kita masukkan ke dalam jadwal yah Pak ?”

“Jam berapa saja Bapak D mau latihan ?” “Selain jam 11 jam berapa lagi ?” “Yah jam 4 sore ya Pak, bagaimana kalau malam hari juga, karena Bapak D dengar suara itu malam hari, baiklah jam berapa Bapak D mau latihan untuk yang malam hari ?” “Jam 9 malam yah Bapak D ? Saya tulis disini Bapak D”.

Terminasi

“Bagaimana perasaan Bapak D setelah latihan tadi ? Bisa Bapak D ulang lagi cara apa saja yang bisa Bapak D lakukan untuk mengurangi suara-suara itu ?”

"Bagus sekali, Bapak D bisa peragakan kembali satu cara yang sudah kita praktikkan ?" "Bagusya Bapak D. Kalau Bapak lihat jadwal ini jam berapa saja Bapak D harus latihan ?" "Bagus Bapak D, jadi nanti jangan lupa di jam itu Bapak D harus latihan ya !" "Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua ? Jam berapa Bapak D ? Bagaimana kalau satu jam lagi ? Berapa lama kita akan bicara ? Di mana tempatnya. Sampai ketemu nanti ya Pak, selamat pagi Bapak D?"