**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA PERILAKU KEKERASAN PADA TN.D DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG**

**GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

akper3

**Oleh :**

**RAHMATULLAH**

**NIM. 172.0058**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA PERILAKU KEKERASAN PADA TN.D DENGAN DIAGNOSA**

**MEDIS SKIZOFRENIA TAK TERINCI DI RUANG**

**GELATIK RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

**PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat**

**Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

akper3

**Oleh :**

**RAHMATULLAH**

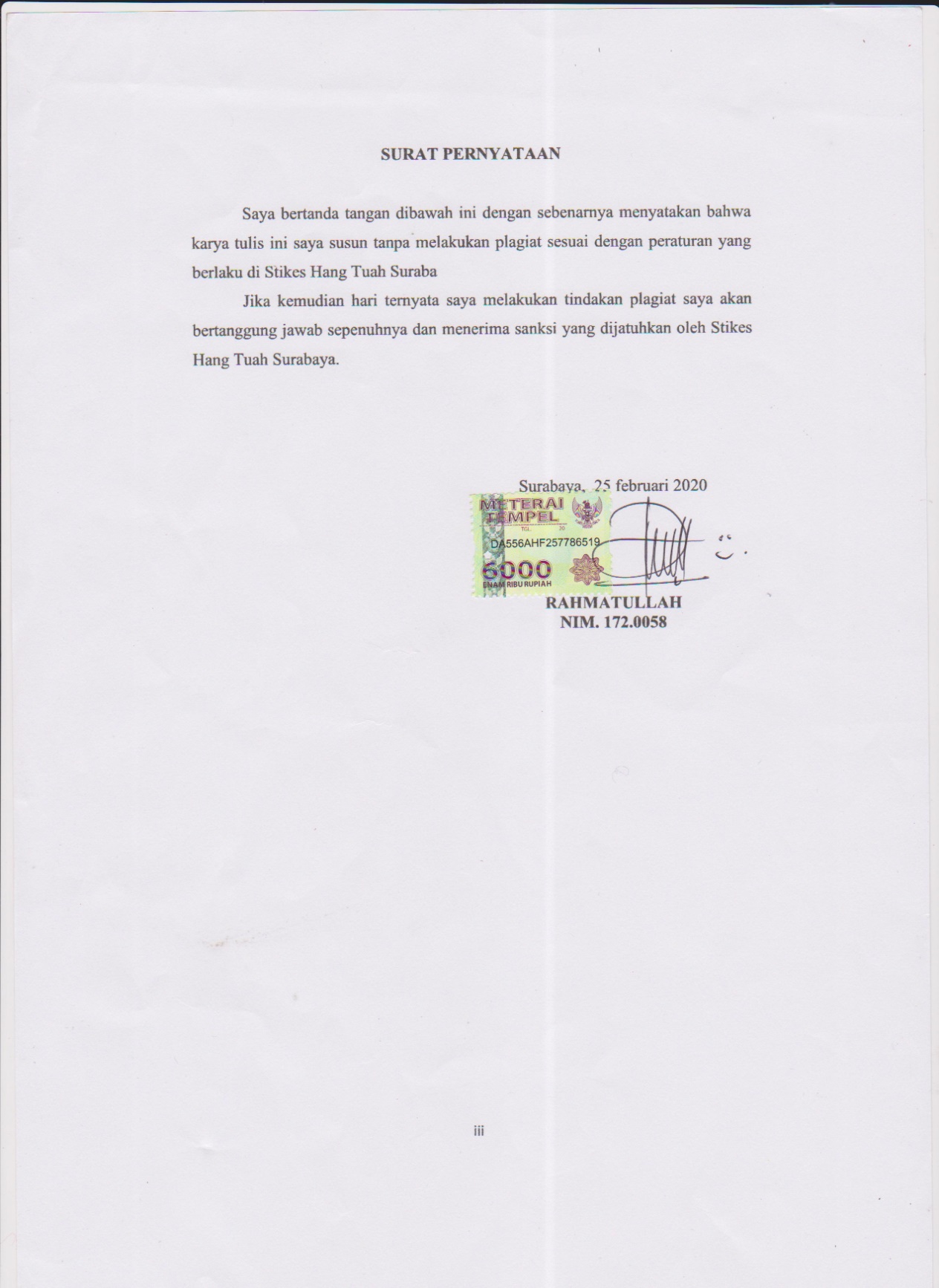
**NIM. 172.0058**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**SURAT PERNYATAAN**



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

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

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : RAHMATULLAH

NIM : 172.0058

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

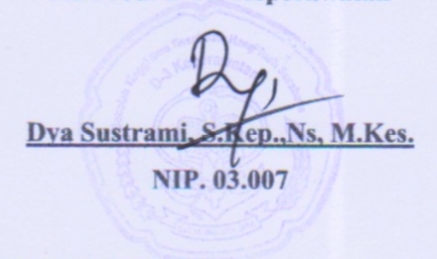
Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Menur Profinsi Jawa Timur

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

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

Surabaya, 25 Februari 2020

**Pembimbing**



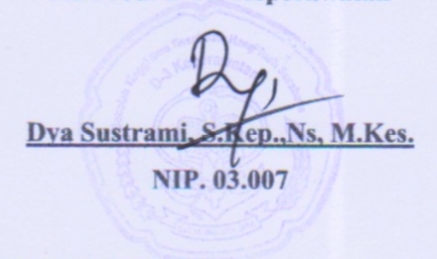
**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns,M.Kes**

**NIP. 03.007**

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi D-III Keperawatan**



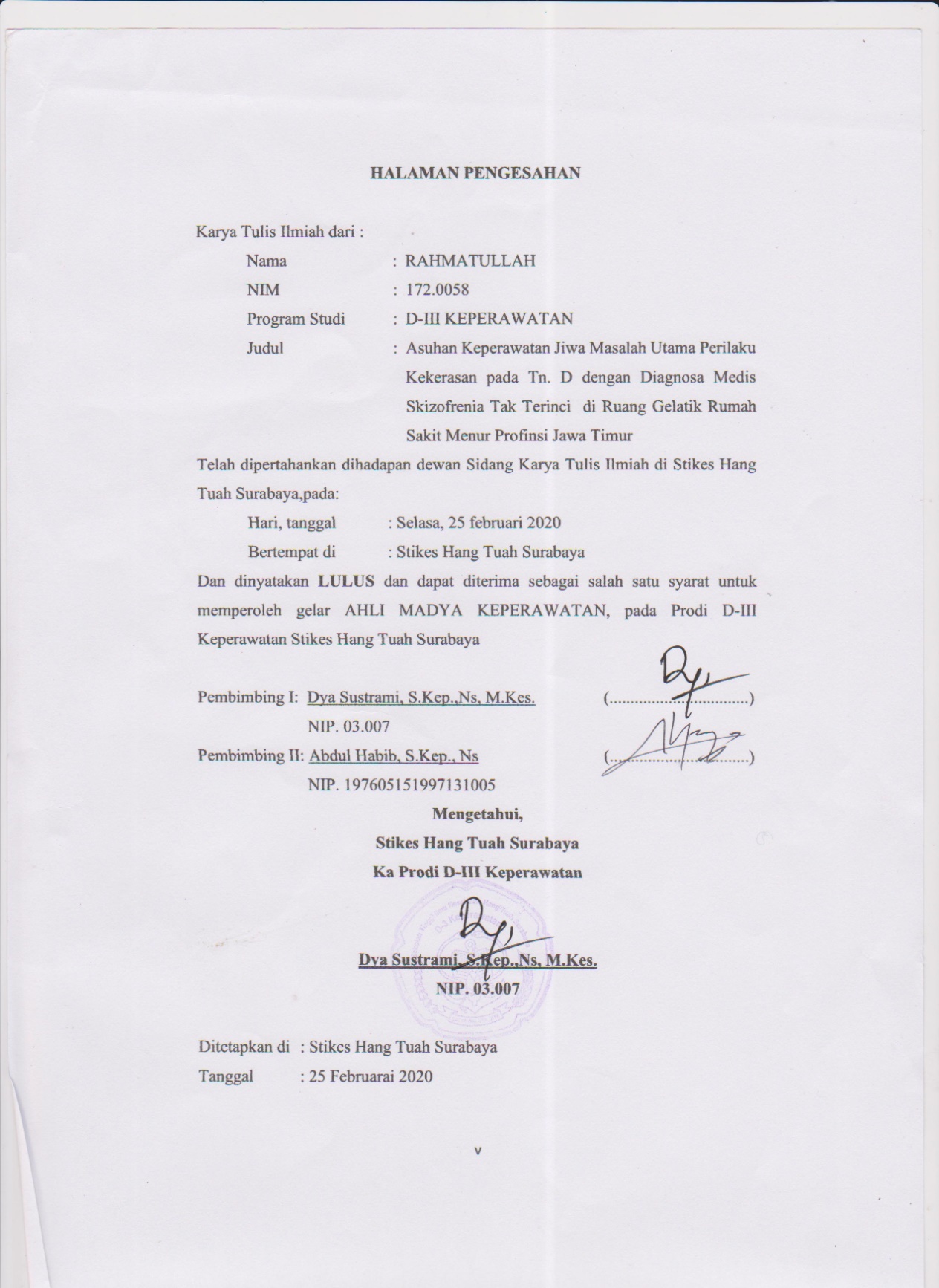
**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di :Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal :25 Februari 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**



Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : RAHMATULLAH

NIM : 172.0058

Program Studi : D-III KEPERAWATAN

Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn. D dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Tak Terinci di Ruang Gelatik Rumah Sakit Menur Profinsi Jawa Timur

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

Hari, tanggal : Selasa, 25 februari 2020

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

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

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

NIP. 03.007

Pembimbing II: Abdul Habib, S.Kep., Ns (.................................)

NIP. 197605151997131005

**Mengetahui,**

**Stikes Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi D-III Keperawatan**

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

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 25 Februarai 2020

**MOTTO & PERSEMBAHAN**

**Di saat kamu bermalas-malasan di saat kamu tidur-tiduran ingat lah di luar sana, ratusan bahkan ribuan pesainganmu berlatih dan berjuang keras untuk mengalahkanmu.**

**Kupersembahkan Karyaku Yang sederhana Ini kepada :**

1. **Allah SWT.**
2. **Untuk ke 4 orang tuaku yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidikku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.**
3. **Adikku dan Kakak tersayang yang selalu mendukungku hingga saat ini.**
4. **Untuk Adelia Octavidya yang selalu memberi semangat berjuang bersama hingga saat ini.**
5. **Untuk D-III Angkatan 23 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama hingga akhir.**
6. **Sahabat-sahabatku Rudi Irfan, Agustyan, Febri, dan satu kelas D3 B yang selalu ada dalam suka maupun duka dan selalu saling melengkapi.**
7. **Untuk Pembimbingku “ibu dya sustrami” yang telanh memberi ssemangat kepada anak -anak nya sampai akhir**
8. **Untuk Top Spiner terimakasih telah memberi semangat hingga saat ini.**

**KATA PENGANTAR**

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

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

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

1. Dr. Mujhammad Hafidin Ilham, SpAn., selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur memberi ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Wiwiek Liestyaningrum S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan sekaligus Pembimbing I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Abdul Habib, S.Kep., Ns. Selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Tuhan membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Surabaya,25 februari 2020

Rahmatullah

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL LUAR**   **i**

**HALAMAN JUDUL DALAM ii**

**SURAT PERNYATAAN iii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iv**

**HALAMAN PENGESAHAN v**

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN vi**

**KATA PENGANTAR vii**

**DAFTAR ISI ix**

**DAFTAR TABEL xi**

**DAFTAR GAMBAR xii**

**DAFTAR LAMPIRAN xiii**

**DAFTAR SINGKATAN xiv**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1. Latar Belakang 1
2. Rumusan Masalah 4
3. Tujuan Penulisan 4
   * 1. Tujuan Umum 4
     2. Tujuan Khusus 5
   1. Manfaat Penulisan 6
      1. Akademis 6
      2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat 6
   2. Metode Penulisan 6
      1. Metode 6
      2. Teknik Pengumpulan Data 7
      3. Sumber Data 7
      4. Studi Keputakaan 7
   3. Sistematika Penulisan 8

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

1. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan 9
2. Definisi Perilaku Kekerasan 9
3. Rentang Respon Perilaku Kekerasan 10
4. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan 11
5. Etiologi 12
6. Proses Terjadinya Marah 16
7. Penatalaksanaan Medis 16
8. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Perilaku Kekerasan 17
9. Pengkajian 17
10. Pohon Masalah 22
11. Diagnosa Keperawatan 22
12. Rencana Tindakan Keperawatan 23
13. Implementasi Keperawatan 28
14. Evaluasi Keperawatan 30
15. Konsep Skizofrenia 30
16. Definisi Skizofrenia 30
17. Etiologi Skizofrenia 26
18. Tanda dan Gejala Skizofrenia 27
19. Penggolongan Skizofrenia 28
20. Pengobatan Skizofrenia 32

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

1. Pengkajian 36
   * 1. Identitas Klien 36
     2. Alasan Masuk 36
     3. Faktor Predisposisi 36
     4. Pemeriksaan Fisik 37
     5. Psikososial 38
     6. Status Mental 40
     7. Kebutuhan Persiapan Pulang 42
     8. Mekanisme Koping 45
     9. Masalah Psikososial dan Lingkungan 45
     10. Pengetahuan Kurang Tentang 45
     11. Data Lain-lain 46
     12. Aspek Medik 46
     13. Daftar Masalah Keperawatan 46
     14. Daftar Diagnosis Keperawatan 47
2. Pohon Masalah 48
3. Analisa Data 49
4. Rencana Keperawatan 49
5. Implementasi dan Evaluasi 61

**BAB 4 PEMBAHASAN**

1. Pengkajian 65
2. Diagnosa Keperawatan 66
3. Rencana Keperawatan 67
4. Pelaksanaan 70
5. Evaluasi 72

**BAB 5 PENUTUP**

1. Kesimpulan 74
2. Saran 75

**DAFTAR PUSTAKA 77**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Analisa Data 48

Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Tn. D di Ruang Gelatik 49

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi 61

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah ...10

Gambar 2.2 Pohon Masalah ...22

Gambar 3.1 Genogram ...38

Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku kekerasan ...48

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien 78

Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien 81

Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Pasien 84

Lampiran 4 Evaluasi Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pasien 87

**DAFTAR SINGKATAN**

CPZ = Chlorpromazine

HLP = Haloperidol

TUK = Tujuan Khusus

TUM = Tujuan Umum

SP = Strategi Pelaksanaan

SST = Sarjanan Sains Terapan

RS = Rumah Sakit

RSJ = Rumah Sakit Jiwa

DO = Data Obyektif

Dr = Doktor

DS = Data Subyektif

kg = Kilogram

Tn = Tuan

mmHg = Milimeter Hektogram

No = Nomor

O = Obyektif

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar belakang**

Terjadinya perang konflik, dan lilitan krisis ekonomi berkepanjangan merupakan salah satu pemicu yang memunculkan stress, depresi, dan berbagai gangguan kesehatan jiwa pada manusia. Menurut world health organization (WHO), masalah gangguan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius.WHO (2001) menyatakan, paling tidak, ada satu empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO mempekirakan ada sekitar 450 juta orang yang dialami gangguan kesehatan jiwa semetara itu,menurut machatar refei,di rektur WHO wilayah asia tenggara, hampir satu pertiga dari pendududk di wilayah ini pernah mengalami gangguan neuropskiatri. Kelaiana jiwa dan rasa cemas, depresi, ,stress penyalagunaan obat kenakalan remaja sampai skizofrenia (iyus yosep, 2011) . Tipe gangguan jiwa yang lebih berat, di sebut gangguan psikotik. Klien yang menunjukkan gejala perilaku yang abnormal secara kasat mata. Inilah orang yang kerap mengocep tidak karuan, dan melakukan hal-hal yang bisa membahayakan dirinya dan orang lain, seperti mengamuk. Peningkatan gangguan jiwa yang terjadi saat ini akan menimbulkan masalah baru yang disebabkan ketidakmampuan dan gejala-gejala yang ditimbulkan oleh penderita (Riskesdas 2013). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seorang secara fisik maupun npsikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat di lakukan secara verbal,diarahkan pada diri sendiri.orang lain,dan

lingkungan.Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau atau riwayat perilaku kekerasan. (Deden Dermawan, 2013)

Data *American Phisiatric Association* APA (2014) menyebutkan 1% populasi penduduk dunia menderita skizofrenia. 75% penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun. Usia remaja dan dewasa muda paling beresiko karena pada tahap ini, kehidupan manusia penuh dengan berbagai tekanan (Stresor) (Ababar, 2011). Menurut WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini adalah 236 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan 0,17% menderita gangguan jiwa berat, 14,3% diantaranya mengalami pasung. Terc atat sebanyak 6% penduduk berusia 15-24 tahun mengalami gangguan jiwa. Dari 34 provinsi di Indonesia, Sumatera Barat merupakan peringkat ke 9 dengan jumlah gangguan jiwa sebanyak 50.608 jiwa dan prevalensi masalah skizofrenia pada urutan ke-2 sebanyak 1,9 permil. Berdasarkan hasil pencatatan hasil penelitian data Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur ditemukan masalah keperawatan pada klien rawat inap yaitu, pada tahun 2020 di temukan masalah keperawatan 5 bulan terakhir yang berjumlah 2.875 orang, dengan rician perilaku kekerasan 52 %, halusinasi 25 %, harga diri rendah 8 %, defisit perawatan diri 2,3 %, isolasi social 10 %, sedangkan waham 1,7 %, dan resiko bunuh diri 1 %.

Perilaku kekerasan disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun faktor predisposisi perilaku kekerasan antara lain faktor biologis terdiri dari neurologi faktor, faktor genetik, faktor biokimia, *intelectual drive theory*. Faktor psikologis terdiri dari teori psikoanalisa*, imitation, learning theory dan existensi theory.* Faktor sosial kultural terdiri dari *social environment theory dan social leraning theory.* Faktor presipitasi perilaku kekerasan meliputi faktor internal kelemahan dan rasa percaya menurun, faktor eksternal yaitu penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai dan kritik.(Azizah, 2016)

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang di tandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yangb kuat disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan(Kasliat, 1991). Amuk adalah respon marah terhadap adanya stress, rasa cemas, garga diri rendah, rasa bersalah, putus asa ketidak nerdayaan, secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal, dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respon marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal. (2) menekan, dan (3) menantang. Mengeprsikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa penyakit orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabilah perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif menantang, biasanya di lakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku distruktif dan amuk. (Ah.Yusuf, 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. (Azizah Lilik M, Zainuri I, 2016)

**1.2 Rumusan Masalah**

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

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

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengkaji klien dengan masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa pada klien masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
5. Mengevaluasi asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.D dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa Gelatik. Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
   1. **Manfaat**

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

* + 1. **Akademis**

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

* + 1. **Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat :**

1. Bagi pelanyanan keperawatan di rumah sakit

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

1. Bagi peneliti

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

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai ilmu tambahan bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan Perilaku kekerasan.

* 1. **Metode Penulisan**
     1. **Metode**

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

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

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

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan labolatorium yang dapat menunjang menegakan diagnose dan penanganan selanjutnya.

* + 1. **Sumber Data**

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari klien.

1. Data sekunder

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

* + 1. **Studi Kepustakaan**

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

* 1. **Sistematika Penulisan**

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

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

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

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

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

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

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

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

* 1. **Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**
     1. **Definisi Perilaku Kekerasan**

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang di arahkan pada diri sendiri,orang lai,atau lingkungan.perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penalantaran diri.prilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang di tunjukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua ada yang di lingkungan. Pasien yang di bawah ke rumah sakit jiwa sebagai besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali peneyebab perilaku kekerasan yang di lakukan selama di rumah. (Ah.usuf 2014)

Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk.marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak tterpenuhi) yang di

rasakan sebagai ancaman. (Satuard dan Sundeen, 1991) dalam buku (Ah. Yusuf 2014)

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

* + 1. **Rentang Respon Perilaku Kekerasan**

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

**Respon adaptif Respon maladaptif**

**Asertif Frustasi Pasif Agresif Amuk**

**Gambar 2.1 : Rentang respon marah (Ah.Yusuf (2014)**

Keterangan :

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.

Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk:Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

* + 1. **Tanda dan Gejala**

Dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teori dan aplikasi praktik klinik Amar Akbar (2016), Perawat dapat mengindentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Fisik
2. Muka marah dan tegang
3. Mata melotot/pandangan tajam
4. Tangan mengepal
5. Rahang mengatup
6. Wajah memerah dan tegang
7. Postur tubuh kaku
8. Pandangan tajam
9. Mengatupkan rahang dengan kuat
10. Mengepalkan tangan
11. Jalan mondar-mandir
12. Verbal
13. Bicara kasar
14. Suara tinggi,membentak atau berteriak
15. Mengancam secara verbal atau fisik
16. Mengumpat dengan kata-kata kotor
17. Suara keras
18. ketus
19. Perilaku
20. Melempar atau memkul benda/orang lain
21. Menyerang orang lai
22. Melukai diri sendiri/orang lain
23. Merusak lingkungan
24. Amuk/agresif
25. Emosi

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

1. Intelktual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkassme.

1. Spiritual

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

1. Sosial

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

1. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan sosial.

* + 1. **Etiologi**

1. Faktor predisposisi
2. Psikoanalis

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

1. Psikologis

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

1. Biologis

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

1. Sistem limbik

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

1. Lobus temporal

Organ yang berfungsi sebagai penyimpanan memori dan melakukan inprestasi pendengaran.

1. Lobus frontal

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

1. Neurotransmiter

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

1. Perilaku (behavioral)
2. Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespons positif terhadap frustasi.
3. Penekanan emosi berlebihan (over rejection) pada anak-anak atau godaan (seduction) orang tua memengaruhi (trust) dan percaya diri (self sistem) individu.
4. Perilaku kekersan di usia muda, baik korban kekersan pada anak (child abuse) atau mengebsorvasi kekersan dala keluarga mempegaruhi penggunaan kekerasan sebagai koping.

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

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

Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendenifisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan saksi. Kadang kontrol sosial yang sangat ketat (strict) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan menyebabkan indivuidu memilih cara yang malabdatif lainya.

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

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

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

Semua faktor ancaman antara lain sebagai berikut :

1. Internal
2. Kelemahan.
3. Rasa percaya menurun.
4. Takut sakit.
5. Hilang kinterol.
6. Eksternal
7. Penganiayaan fisik.
8. Kehilangan orang yang di cintai.
9. Kritik

Dalam Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Ah, Yusuf, (2014)

* + 1. **Proses Terjadinya Marah**

Amuk merupakan respon kemarahan yang paling madalatif yang di tandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat di sertai hilangnya kontrol,yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lai, atau lingkungan (Keliat,1991) Amuk adalah respon marah terhadap adanaya stres, rasa cemas, harga diri rendah, rasa bersalah,putus asa, dan ketidakberdayaan.

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

Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap sterosor yang di hadapi oleh seorang, yang di tunjukan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik diri sendiri maupun orang lain, secara verbal maupun non verbal, bersetujuan untuk melukai orang secara fisik maupun psikologis (Berkowits, 2000). perilaku kekersan merupakan salah satu respons marah yang di ekspresikan dengan melakukan ancaman,mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik diri sendiri,orang lain,maupun lingkungan.(Akbar Amar, 2016)

* + 1. **Penatalaksanaan Medis**

1. Farmakoterapi
   1. Respiredon
   2. Clozapine
2. Terapi Kelompok

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

* 1. **Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan**
     1. **Pengkajian**

Dalam Buku Keperawan Jiwa Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa. (Deden Dermawan, 2013)

1. Faktor predisposisi

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

1. Faktor biologis
2. Instinctual Drive Theory (Teori Dorong Naluri)

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

1. Psychomatic Theory (Teori Psikomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respons psikologis terhadap stimulus eksternal,internal maupun di lingkungan. Dalam hal ini sistim limbik berperan sebagai pusat untuk mengepresikan maupun menhambat rasa marah.

1. Faktor psikologis
2. Frustation Anggresion Theory (Teori Agresif Frustasi)

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

1. Behavior theory (Teori Perilaku)

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

1. Ekstensial Theory (Teori Ekstensial)

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

1. Faktor sosial kultural
2. Social Environtment Theory (Teori Lingkungan Sosial)

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

1. Social Learning Theory (Teori Belajar Sosial)

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

1. Faktor Prespitasi

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

1. Mekanisme Koping

Perawat perlu mengindentifikasi mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengepresikan marahnya. Mekanisme koping yang konstruktif dalam mengepresikan marahnya. Mekanisme koping yang di gunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti”displasement” proyeksi, presepsi, denial dan reaksi formasi.

1. Perilaku

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan :

1. Meneyerang ataubMenghindar (fiht of flight)

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

1. Menyatakan secara asertif (Assertivenes)

Perilaku yang sering di tampilkan individu dalam menegepresikan kemarahan nya yaitu dengan perilkau pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengepresikan rasa marah tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk mengembangkan diri klien.

1. Memberontak (Acting Out)

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

1. Perilaku kekerasan

Tindakan kekersan atau amuk yang di tunjukkan kepada diri sendiri, orang lain maupum lingkugan.

Dalam buku Model Praktik Klinik Keperawataan Jiwa AIPVIKI (2018). (Sri Atun, 2018), terdapat data mayor dan minor yang akan terjadi pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1.Data Mayor

a.Subyektif

1. Mangancam
2. Mengumpat dengan kata-kata kasar
3. Bicara keras dan kasar

b. Obyektif

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

2. Data Minor

a.Subyektif

1. Mengatakan ada yang mengecek, mengancam
2. Mendengar adaa suara yang menjelekkan
3. Merasa orang lain mengancam dirinya
4. Mengelu kesal dan marah dengan orang lain

b.Obyektif

1. Menjauh dari orang lain
2. Katatonia
3. Muka tegang
4. Mata melotot
5. Mondar-mandir
   * 1. **Pohon Masalah**

**Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan**

**(*Efec)***

**RE R**

**Perilaku Kekerasan**

***(Core Problem)***

**Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah**

**(*Problem)***

**Gambar 2.2 : Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Ah. Yusuf 2014)**

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut Ah, Yusuf, 2014 dalam bukunya Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, ditemukan diagnosa keperawatan yaitu :

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

Menurut Amar Akbar, 2016 dalam bukunya, Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik, rencana tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan :

1. Tujuan Umum

Klien dapat melanjutkan hubungan peran sesuai denga tanggung jawab

1. Tujuan Khusus
2. TUK I : Klien dapat membina hubungan saling percaya
3. Kriteria Evaluasi
4. Klien mau membalas salam
5. Kien mau berjabat tangan
6. Klien mau menyebutkan nama
7. Klien mau kontak mata
8. Klien mau mengetahui nama perawat
9. Klien mau menyediakan waktu untuk kontak
10. Intervensi
11. beri salam dan panggil nama klien
12. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan
13. Jelaskan maksud hubungan interaksi
14. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat
15. Beri rasa aman dan sikap empati
16. Lakukan kontak singkat tapi sering
17. TUK II : Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
18. Kriteria Evauasi
19. Klien dapat mengungkapkan perasaannya
20. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/jengkel (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan)
21. Intervensi
22. Beri kesempatan mengungkapkan perasaannya
23. Bantu klien mengungkap perasaannya
24. TUK III : Kien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku
25. Kriteria Evaluasi
26. Klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah ataau jengkel
27. Klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami
28. Intervensi
29. Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami saat marah/jengkel
30. Observasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada klien
31. Simpulkan bersama klien tanda-tanda klien saat jengkel/marah yang dialami
32. TUK IV : Klien dapat mengidentifikasi perilakuk kekerasan yang biasa dilakukan
33. Kriteria Evaluasi
34. Klien dapatmengungkapkan perilaku kekerasan yang dilakukan
35. Klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang dilakukan
36. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyelesaikan masalah atau tidak
37. Intervensi
38. Anjurkan klien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien
39. Bantu klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
40. Bicarakan dengan klien apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai
41. TUK V : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
42. Kriteria Evaluasi
43. Klien dapat mengungkapkan akibat dari cara yang dilakukan klien
44. Intervensi
45. Bicarakan akibat kerugian dari cara yang dilakukan klien
46. Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang dilakukan oleh klien
47. Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat
48. TUK VI : Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan secara konstruktif
49. Kriteria Evaluasi
50. Klien dapat melakukan cara berespn terhadap kemarahan secara konstruktif
51. Intervensi
52. Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari car baru
53. Beri pujian jika klien menemukan cara yang sehat
54. Diskusikan dengan klien mengenai cara laiN
55. TUK VII : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan
56. Kriteria Evaluasi
57. Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan

Fisik : olahraga dan menyiram tanaman

Verbal : mengatakan secra langsung dan tidak menyakiti

Spiritual : sembahyang, berdoa/ibdah yang lain

1. Intervensi
2. Bantu klien memilih cara yang tepat untuk klien
3. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
4. Bantu klien menstimulasi cara tersebut
5. Berikan reinforcement positif atas keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut
6. Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipilihnya jika ia sedang kesal/jengkel
7. TUK VIII : Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan
8. Kriteria Evaluasi
9. Keluarga klien dapat menyebutkan cara merawat klien yang berperikalu kekerasan
10. Keluarga klien meras puas dalam merawat klien
11. Intervensi
12. Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selam ini
13. Jelaskan peran serta keluarga dalam perawatan klien
14. Jelaskan cara merawat klien
15. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat kien
16. Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi
17. TUK IX : Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program pengobatan)
18. Kriteria Evaluasi
19. Klien dapat meyebutkan obat-batan yang diminum dan kegunaannya
20. Klien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan
21. Intervensi
22. Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien
23. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa izin dokter
    * 1. **Implementasi Keperawatan**

Menurut buku ajar keperawatan kesehatan jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik Amar Akbar 2016 , Strategi Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan dapat dilakukan SP pada pasien dan keluarga :

1. Strategi Pelakasanaan Pasien:
2. SP 1
   * + 1. Mengidentifikasi penyebab PK
       2. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK
       3. Mengidentifikasi PK yang dilakuakn
       4. Mengidentifikasi akibat PK
       5. Menyebutkan cara mengontrol PK
       6. Membantu pasien mempratekkan latihan cara fisik 1: Nafas Dalam
       7. Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian
3. SP 2
4. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
5. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik 2: pukul bantal/Kasur
6. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
7. SP 3
8. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
9. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal: meminta/menolak/mengungkapkan dengan asertif
10. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
11. SP 4
12. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
13. Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual
14. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
15. SP 5
16. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien
17. Menjelaskan cara mengontrol PK dengan memanfaatkan/meminum obat
18. Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian
19. Strategi Pelaksanaan Keluarga
20. SP 1
21. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
22. Menjelaskan pengertian PK, tada dan gejala, serta proses terjadiya PK
23. Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK
24. SP 2
25. Melatih keluarga mempratekkan cara merawat pasien dengan PK
26. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK
27. SP 3
28. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (discharge planning)
29. Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

**2.2.6 Evaluasi**

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

**2.3 Konsep Skizofrenia**

**2.3.1 Definisi Skizofrenia**

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utma pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, efek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataaan, terutama karena waham dan halusinasi asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkhorensi, efek dan emosi perilaku bizar.Skizfrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak di jumpai di mana-mana namun faktor penyebabnya belom dapat di dentifikasikan secara jelas.kraepelin menyebut gangguan ini sebagai dimensi precox. (Akbar Amar, 2016)

Skizofrenia adalah gangguan jiwa psikotik paling lazim dengan ciri hilangnya perasaan efektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antarapribadi 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. (Akbar Amar, 2016)

**2.3.2 Etiologi Skizofrenia**

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

1. Keturunan

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

1. 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.

1. Susunan Saraf Pusat

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

1. Teori Adolf Meyer

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyakit badaniah sebab hingga sekarang tidak dapat ditemukan kelainan patologis anatomis atau fisiologis yang khas pada SSP tetapi Meyer mengakui bahwa suatu konstitusi yang inferior atau penyakit badaniah dapat mempengaruhi timbulnya skizofrenia. Menurut Meyer Skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan (otisme).

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

**2.3.3 Gejala Skizofrenia**

Gejala menurut (Bleuler dalam Nanda NIC NOC, 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

* 1. 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
   * 1. **Penggolongan Skizofrenia**

Skizofrenia dapat dibedakan menjadi beberapa tipe menurut PPDGJ III, yaitu :

* + 1. Skizofrenia paranoid (F 20. 0)
       - 1. Memenuhi kriteria skizofrenia.
         2. 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.
         3. Gangguan afektif, dorongan kehendak, dan pembicaraan serta gejala katatonik relative tidak ada.
    2. Skizofrenia hebefrenik (F 20. 1)
       - 1. Memenuhi kriteria skizofrenia.
         2. Pada usia remaja dan dewasa muda (15-25 tahun).
         3. Kepribadian premorbid : pemalu, senang menyendiri.
         4. Gejala bertahan 2-3 minggu.
         5. 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.
         6. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan,mannerism, cenderung senang menyendiri, perilaku hampa tujuan, dan hampa perasaan.
         7. 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.
         8. Proses pikir disorganisasi, pembicaraan tak menentu, inkoheren
    3. Skizofrenia katatonik (F 20. 2)
       - 1. Memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia.
         2. Stupor (amat berkurang reaktivitas terhadap lingkungan, gerakan, atau aktivitas spontan) atau mutisme.
         3. Gaduh-gelisah (tampak aktivitas motorik tak bertujuan tanpa stimuli eksternal).
         4. Menampilkan posisi tubuh tertentu yang aneh dan tidak wajar serta mempertahankan posisi tersebut.
         5. Negativisme (perlawanan terhadap perintah atau melakukan ke arah yang berlawanan dari perintah).
         6. Rigiditas (kaku).
         7. Flexibilitas cerea (waxy flexibility) yaitu mempertahankan posisi tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar.
         8. Command automatism (patuh otomatis dari perintah) dan pengulangan kata-kata serta kalimat.
         9. Diagnosis katatonik dapat tertunda jika diagnosis skizofrenia belum tegak karena pasien yang tidak komunikatif.
    4. Skizofrenia tak terinci atau undifferentiated (F 20. 3)
       - 1. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia.
         2. Tidak paranoid, hebefrenik, katatonik.
         3. Tidak memenuhi skizofren residual atau depresi pasca-skizofrenia
    5. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F 20. 4)
       - 1. Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofernia selama 12 bulan terakhir ini.
         2. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).
         3. Gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu. Apabila pasien tidak menunjukkan lagi gejala skizofrenia, diagnosis menjadi episode depresif (F32.-).Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtipe skizofrenia yang sesuai (F20.0 - F20.3).
    6. Skizofrenia residual (F 20. 5)
       - 1. Gejala “negatif” dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktifitas yang menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara dan posisi tubuh, erawatan diri dan kinerja sosial yang buruk.
         2. Sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas dimasa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia.
         3. 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.
         4. Tidak terdapat dementia atau gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.
    7. Skizofrenia simpleks (F 20. 6)
       - 1. Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalanperlahan dan progresif dari:

Gejala “negatif” yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari episode psikotik.

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.

* + - * 1. Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan subtipe skizofrenia lainnya
    1. Skizofrenia lainnya (F.20.8)

Termasuk skizofrenia chenesthopathic (terdapat suatu perasaanyang tidaknyaman, tidak enak, tidak sehat pada bagian tubuh tertentu), gangguan skizofreniform YTI.

* + 1. Skizofrenia tak spesifik (F.20.7)

Merupakan tipe skizofrenia yang tidak dapat diklasifikasikan kedalam tipe yang telah disebutkan

* + 1. **Pengobatan Skizofrenia**

Pengobatan Skizofrenia menurut

* + - 1. Antipsikotik

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

* 1. Anti Psikotik Generasi pertama

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

* 1. Anti Psikotik Generasi Kedua

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

* + - 1. Rehabilitasi Psikososial
         1. Terapi Kognitif

Terapi kognitif secara signifikan meningkatkan fungsi sosial dan memperbaiki beberapa gejala, seperti delusi dan halusinasi. Penelitian oleh Morrinson et al., 2014 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., Interpretasi hasil penelitian menyatakan bahwa terapi kognitif akan lebih aman dan efektif jika diberikan pada penderita skizofrenia yang memilih untuk tidak menggunakan antipsikotik.

* + - * 1. *Social Skill Training*

Penelitian oleh Shimada et al., 2013 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., menunjukkan bahwa SST berpotensi meningkatkan fungsi kognitif karena adanya pengalaman belajar yang membutuhkan ingatan dan perhatian yang berpengaruh terhadap kehidupan sosial. Hal ini juga disebutkan oleh Kern et al., 2009 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018., yang menyatakan bahwa SST meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penderita skizofrenia.

* + - * 1. PANSS

Menurut Sadock, 2010 dalam jurnal penelitian Auliani Hafifah et al., 2018. PANSS digunakan pada pasien rawat inap skizofrenia untuk mengetahui status kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ditimbulkan, seperti gejala positif, negatif, dan psikopatologi umum. PANSS terdiri dari 30 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil. Keterbatasan PANSS terletak pada hasil skor yang mungkin dipengaruhi oleh faktor lain selain intervensi yang diberikan yang dapat menyebabkan hasil skor menjadi bias.

* + - * 1. LAI (Long-acting Injectable)

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

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 28 s.d 30 Januari 2020 dengan data sebagai berikut :

1. **Pengkajian**

Ruangan rawat : Ruang Gelatik Tanggal dirawat/MRS: 17-01-2020

* + 1. **Identitas Pasien**

Pasien adalah Tn.D dengan no.RM 05-77-XX seorang laki-laki berusia 50 tahun beragama Budha. Pasien adalah anak ke empat dari lima bersaudara dan sudah menikah.

* + 1. **Alasan Masuk**

Pasien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur di karenakan pasien marah – marah dan memukul istri, pasien di bawah ke IGD tanggal 15 januari 2020.

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

* + 1. **Faktor Predisposisi**

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa. Saat ditanya pasien mengatakan sudah 2 kali masuk ke Rumah sakit jiwa menur.yang pertama perilaku kekerasan dan kedua perilaku kekerasan.
2. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien tidak teratur minum obat.
3. Pasien mengatakan pernah melakukan aniaya fisik terhadap istrinya, dari catatan di file pasien didapatkan bahwa pasien pernah memukuli istrinya, sering kali pasien marah – marah jika tidurnya kurang,suami merasa menyesal.

**Masalah keperawatan : Resiko Mencederai Diri Sendiri, Orang lain,**

**dan Lingkungan**

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

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

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

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

* + 1. **Pemeriksaan Fisik** 
       1. **Tanda Vital**

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Nadi : 98 kali/menit

Suhu : 360C

Pernafasan : 18 kali/menit

* + - 1. **Ukur**

Tinggi Badan : 175 cm

Berat Badan : 70 Kg

* + - 1. **Keluhan Fisik**

Pasien tidak mengeluh adanya sakit pada fisiknya.

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

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

* + 1. **Psikososial**

G**enogram**

x

x

x

x

X

Keterangan:

: Laki-Laki

: Perempuan

: Meninggal

X

: Pasien

: Tinggal Satu Rumah

**Gambar 3.1 Genogram Tn.D**

Pasien tingal serumah dengan anak dan istrinya, istri dan kedua anak nya Tidak ditemukan adanya riwayat gangguan jiwa pada keluarganya.

**Konsep diri**

Gambaran diri ini

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

* 1. Identitas

Pasien mengatakan nama, usia yang sesuai, klien mengatakan dia seorang suami yang memiliki istri dan 2 anak

c. Peran

Pasien sadar peran nya sebagai suami menjadi tulang punggung keluarga dan bertanggung jawab setiap ada permasalahan di rumah.

1. Ideal diri

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

1. Harga diri

Pasien mengatakan merasa sungkan jika membaur dengan tetangganya karena etik yang berbeda,karena pasien pernah masuk rumah sakit jiwa.

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

1. **Hubungan Sosial**
   * + - 1. Orang yang berarti :

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah istri dan 2 anak nya,karena orang yang paling terdekat dan saling mendukung.

1. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat :

Pasien mengatakan sering mengikuti kegiatan di RS dan di rumah kegiatanya menjaga toko dan mengantar kan anaknya ke sekolah.

1. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :

Pasien mengatakan ada hambatan dalam behubungan dengan orang lain,karena pasien merasa sungkan jika membaur dengan tetangganya

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

1. **Spiritual** 
   * + - 1. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai agama.

* + - * 1. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan bahwa dirinya jarang melakukan ibadah.

**Masalah keperawatan : Distress Spiritual**

* + 1. **Status Mental**

1. **Penampilan**

Saat pengkajian pasien tampak rapi, rambut rapi, kuku bersih

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

1. **Pembicaraan**

Pada saat dikaji mengenai kenapa dia di bawa ke rumah sakit jiwa, pasien mengatakan saya marah – marah karena tidur saya kurang.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. **Aktivitas Motorik**

Pasien mengatakan jika siang hari olahraga tidak tidur, jika malam terbangun pasien mondar mandir di kamar pasien merasa jengkel karena setiap malam tidak bisa tidur.

**Masalah keperawatan : Resiko Mencederai Diri**

1. **Alam Perasaan**

Pasien mengatakan bahwa dirinya sedih karena tidak bisa berkumpul dengan istri dan kedua anak nya.

**Masalah keperawatan : Ansietas**

1. **Afek:**

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

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. **Interaksi selama wawancara:**

Pasien kooperatif, kotak mata (+), dan menjawab dengan relevan

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. **Persepsi halusinasi**

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

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

1. **Proses pikir**

Pasien secara berfikir relavan atau realistik saat di ajak berbicara.

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. **Isi Pikir**

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

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

1. **Tingkat kesadaran**

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

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

1. **Memori**

Klien tidak ada masalah pada memori, dapat mengingat kesadaran.

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

1. **Tingkat konsentrasi dan berhitung**

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

**Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah keperawatan**

1. **Kemampuan Penilaian**

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

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

1. **Daya Titik Diri**

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

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

* + 1. **Kebutuhan Persiapan Pulang**

1. **Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan :**

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

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

1. **Kegiatan hidup sehari-hari**
2. **Perawatan Diri :**

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

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

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

1. **Nutrisi**
2. Apakah anda puas dengan pola makan anda? Ya
3. Apakah anda makan memisahkan diri? tidak

Jelaskan : pasien merasa kenyang saat setelah makan.

1. Frekuensi makan sehari 3 kali sehari
2. Frekuensi udapan sehari 3 kali sehari
3. Nafsu makan berlebih
4. BB tertinggi 70 kg BB terendah 68 kg
5. Diet Khusus : pasien tidak mendapatkan diet khusus

Jelaskan : pasien menghabiskan 1 porsi makanannya.

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

1. **Tidur**

Tidak ada masalah selama tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur dan pasien memiliki kebiasaan tidur siang. Saat tidur malam pasien mengatakan tidur jam 20.300 malam sampai dengan jam 02.30 pagi. Dan pada saat tidur siang pasien mengatakan dari jam 13.00 sampai dengan 15.00. Pasien mengatakan tidak mengalami sulit tidur, bangun terlalu pagi, semnabolisme, terbangun saat tidur, gelisah saat tidur, dan berbicara saat tidur.

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

1. **Kemampuan pasien dalam**

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

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

1. **Pasien memiliki sistem pendukung**

Pasien mengatakan istri dan anak nya yang paling berarti dalam hidupnya.

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

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

Pasien mengatakan bahwa dia mencari uang dengan cara menjual baju di toko.

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

* + 1. **Mekanisme Koping**

Saat ada masalah pasien biasanya selalu marah-marah dan terkadang ingin memukul istri dan emosi.

**Masalah keperawatan : Koping Individu Inefektif.**

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

1. Pasien tidak ada masalah dengan dukungan kelompok.
2. Pasien mengatakan merasa sungkan jika sedang berkumpul dengan tetangganya sehingga menyebabkan pasien jarang berkomonikasi dengan tetangganya.
3. Pasien tidak ada masalah dengan pendidikannya
4. Pasien mengatakan hanya bekerja menjaga toko baju bersama istri, apa bila toko sepi pasien tidak ada kegiatan lain.
5. Pasien mengatakan semua anggota keluarga dirumah baik tidak ada masalah
6. Pasien mengatakan tidak ada masalah keuangan dalam keluarga.
7. Pasien dibawa berobat ke RSJ Menur saat kambuh, semua dapat di jalankan dengan BPJS.
8. Masalah lainnya,spesifik : pasien mengatakan tidak ada masalah.

**Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah**

* + 1. **Pengetahuan Kurang Tentang**

Saat dikaji tentang penyakit jiwa serta obat- obatannya dan pencetus

penyakit jiwanya pasien mengatakan tidak tahu.

**Masalah keperawatan :** **Mekanisme Koping Rendah tidak efektif.**

* + 1. **Data Lain-lain :**

Hasil lab pada tanggal 16-01-2020

SGOT 20 U/L L : 37 P : 31

SGPT U/L L : 40 P : 31

WBC 8.7 10^3/uL 4.8 – 10.8

RBC 5.07 10^6/uL 4.2 – 6.1

HB 14.8 G/dL 12 – 18

HCT 44.8 % 37 – 52

* + 1. **Aspek Medik**

Diagnosa Medik : Skizofrenia tak terinci

Terapi Medik : Resperidon 2 x 2 mg (1-1-0)

Clozapine 25 mg (0-0-½)

* + 1. **Daftar Masalah keperawatan**
  1. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
  2. Gangguan konsep diri : HDR
  3. Isolasi Sosial
  4. Distress Spiritual
  5. Hambatan Komunikasi Verbal
  6. Ansietas
  7. Perubahan Proses Pikir
  8. Koping Individu Inefektif
  9. Perilaku Kekerasan
  10. Kurangnya Pengetahuan Tentang Penyakit
      1. **Diagnosa Keperawatan**

**Perilaku kekerasan**

Surabaya, 28 Januari 2020

**Rahmatullah**

**3.2. Pohon Masalah**

Akibat: Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

Masalah Utama: Perilaku Kekerasan

Penyebab: Harga Diri Rendah

**Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan**

**pada Tn “D”**

* 1. **Analisa Data**

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

**Nama : Tn. D NIRM : 05-77-XX RUANGAN : GELATIK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HARI/ TGL** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** | **TT Perawat** |
| Selasa,  27 Januari 2020 | **DS :**  Pasien mengatakan alasanya dibawa ke rumah sakit jiwa karena sering marah – marah karena memukul istri.  .  **DO :**   1. Pasien sering marah marah di saat tidurnya kurang 2. pasien pernah memukuli istrinya 3. Pasien mengatakan merasa sungkan jika membaur dengan tetangganya karena etik yang berbeda,karena pasien pernah masuk rumah sakit jiwa | Akibat: Resiko Mencederai Diri sendiri, Orang lain, Lingkungan  Perilaku Kekerasan  Penyebab: Harga Diri Rendah | Perilaku Kekerasan | Rahmat |

1. **Rencana Keperawatan**

Nama Klien : Tn. D Nama Mahasiswa : Rahmatullah

NIRM : 05-77-XX Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Bangsal/tempat : Gelatik

**Tabel 3.2 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa keperawatan |  | Perencanaan |  | Rasional |
|  |  |  | Tujuan | Kriteria Evaluasi | Tindakan Keperawatan |  |
| 1. | 28 Januari2020 | Perilaku Kekerasan | Tujuan Umum (TUM) :  Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan klien tidak mencederai diri dan lingkungan  Tujuan Khusus  (TUK) :  1. Klien dapat membina hubungan saling percaya. | 1. Klien mau membalas salam. 2. Klien mau berjabat tangan. 3. Klien mau menyebutkan nama. 4. Klien mau tersenyum. 5. Klien mau kontak mata. 6. Klien mau mengetahui nama perawat. | 1. Beri salam / panggil nama   Sebutkan nama perawat.  Jelaskan maksud hubungan interaksi.  Jelaskan akan kontrak yang akan di buat.  Beri rasa aman dan sikap empati.  Lakukan kontak singkat tapi sering. | Hubungan saling percaya merupakan langkah awal untuk menentukan keberhasilan rencana selanjutnya. |
|  |  |  | 1. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan. | 1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan emosi (dari diri sendiri) | 1. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaanya. 2. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan emosi. | Dengan mengetahui penyebab perilaku kekerasan akan menentukan langkah intervensi selanjutnya. |
|  |  |  | 1. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan. | 1. Klien dapat mengungkapkan perasaan marah. 2. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala emosi yang dialaminya. | 1. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat emosi. 2. Observasi tanda-tanda dan gejala perilaku kekerasan kepada klien. 3. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala marah yang dialami | Dengan mengetahui tanda dan gejala perilaku kekerasan akan menentukan langkah intervensi selanjutnya. |
|  |  |  | 1. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. | 1. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. 2. Klien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. 3. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah. | 1. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien 2. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. 3. Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai. | Dengan mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. |
|  |  |  | 1. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan. | 1.Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan oleh klien:   1. Akibat pada klien sendiri 2. Akipat pada orang lain 3. Akibat pada lingkungan | 1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan oleh klien 2. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh klien 3. Tanyakan kepada klien “Apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat.” | Dengan Mengetahui akibat perilaku kekerasan klien dapat mengetahui akibatnya dan akan menentukan interve nsi selanjutnya |
|  |  |  | 1. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan | 1. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik: 2. Tarik nafas dalam 3. Pukul kasur dan bantal 4. Dll: kegiatan fisik 5. Klien dapat mengidentifikasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan. 6. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya. 7. Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun | 1. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien. 2. Beri pujian atas kegiatan fisik klien yang biasa dilakukan. 3. Diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu: tarik nafas dalam dan pukul kasur serta bantal   1.Diskusikan cara melakukan nafas dalam.  2.Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam.  3. Minta klien mengikuti contoh yang diberikan sebanyak 5 kali.  4. Beri pujian positif atas kemampuan klien mendemonstrasikan cara menarik nafas dalam.  5. Tanyakan perasaan  klien setelah selesai.  6.Anjurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah /jengkel.  1.Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan sendiri oleh klien.  2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah di pelajari.  1. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan, cara pencegahan perilaku kekerasan yang telah dilakukan dengan mengisi jadwal kegiatan harian *(self – evaluation).*  2. Validasi kemampuan klien dalam dalam melaksanakan latihan.  3. Berikan pujian atas keberhasilan klien.  4. Tanyakan kepada klien “apakah kegiatan cara pencegahan perilaku kekerasan dapat mengurangi perasaan marah”. | Agar klien dapat mengungkapkan marah tidak pada orang dan bisa mengontrol emosinya. |
|  |  |  | 1. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan | 1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.  * Meminta dengan baik * Menolak dengan baik * Mengungkapkan perasaan dengan baik  1. Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik. 2. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik. 3. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun. | 1. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien. 2. Beri contoh cara bicara yang baik :  * Meminta dengan baik. * Menolak denhgan baik. * Mengungkapkan perasaan dengan baik.   1. Meminta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik.   * Berbicara dengan baik “Saya tidak akan marah – marah lagi”. * Menolak dengan baik “Maaf, saya tidak bisa melakukan karena ada kegiatan lain. * Mengungkapkan perasaan dengan baik “Saya kesal menyesal karena marah – marah dengan istri saya” disertai dengan suara nada rendah.   2.Minta klien mengulang sendiri.  3. Beri pujian atas keberhasilan klien.  1. Diskusikandengan klien tentang waktu dankondisi cara bicara yang dapat dilatih di ruangan, misalnya : meminta obat, baju, dll; menolak ajakan merokok, tidur tidak tepat pada waktunya, menceritakan kekesalan pada perawat.  2. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari.  1. Klien mengevaluasi pelaksanaan latihan cara bicara yang baik dengan mengisi jadwal kegiatan *(self – evaluation).*  2. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan  3. Berikan pujian atas keberhasilan klien.  4. Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaannya setelah latihan bicara yang baik? Apakah keinginan marah berkurang?”. |  |
|  |  |  | 1. Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan. | 1. Klien dapatmenyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.   * Meminta dengan baik. * Menolak dengan baik. * Mengungkapkan perasaan dengan baik.   2.Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik.   1. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik.   4.Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun. | 1. Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah dilakukan.  2. Bnatu klien menilai kegiatan ibadah yang dapat dilakukan di ruang perawat.  3. Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukan.  1. Minta klien mendemontrasikan kegiatan ibadah yang dipilih.  2. Beri pujian atas keberhasilan klien.  3. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan.  1.Susun jadwal kegiatan untuk melatih kegiatan ibadah.  1. Klien mengevaluasi pelaksanaan kegiatan ibadah dengan mengisi jadwal kegiatan harian.  2.Validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi.  3. Berikan pujian atas keberhasilan klien.  4. Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaannya setelah teratur melaksanakan ibadah? Apakah keinginan marah berkurang?” |  |
|  |  |  | 1. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan. | 1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu minum obat itu (prinsip 5 benar : benar orang, dosis, waktu dan cara pemberian.  2.Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan.   1. Klien mengevaluasi kemampuannya dalam mematuhi minum obat. | 1. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya (nama, warna, besarnya): waktu minum obat (jika 3 kali : pukul 07.00); 13.00, 19.00; cara minum obat)  2. Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur :   * Beda perasaan sebelum minum obat dan sesudah minum obat. * Jelaskan bahwa jenis obat hanya boleh diubah oleh dokter. * Jelaskan mengenai akibat minum obat yang tidak teratur, misalnya penyakitnya kambuh.   1. Diskusikan tentang proses minum obat :   * Klien meminta kepada perawat kepada perawat (jika di RS) kepada keluarga (jika di rumah). * Klien memeriksa obat sesuai dosisnya. * Klien meminum obat pada waktu yang tepat.   2.Susun jadwal minum obat bersama klien.  1. Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat dengan mengisi jadwal kegiatan harian.  2. Validasi pelaksanaan minum obat klien  3. Beri pujian atas keberhasilan klien  4. Tanyakan kepada klien “bagaimana perasaannya dengan minum obat secara teratur ? Apakah keinginan untuk marah berkurang?”. | Kepatuhan minum obat pada klien dengan perilaku kekerasan sangatlah penting sebagai pencegah kekambuhan. |
|  |  |  | 1. Klien dapat mengikuti TAK stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan. | 1. Klien yang mengikuti TAK : Stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan.  2. Klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan TAK. | 1. Anjurkan klien untuk ikut TAK : Stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan.  2. Klien mengikuti TAK : Stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan (kegiatan mandiri).  3. Diskusikan dengan klien.  1. Diskusikan dengan klien tentang jadwal TAK.  2. Masukkan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian.  3. Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK.  4. Tanyakan klien : Bagaimana perasaan setelah ikut TAK? | Agar klien dapat mengenal satu lingkungan. |
|  |  |  | 1. Klien mendapat dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan. | 1.Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat klien. | 1.Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai dengan yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.  2. Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien.  3. Jelaskan cara – cara merawat klien.   * Terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif. * Sikap dan cara bicara. * Membantu klien mengenal penyebab marah dan pelaksanaan cara pencegahan perilaku kekerasan. | Peran serta dan dukungan keluarga sangat membntu dlam proses pengobatan klien dengan gangguan jiwa. |

* 1. **Implementasi dan Evaluasi**

Nama : Tn. D NIRM : 05-77-XX Ruangan : Gelatik

**Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HARI/ TGL** | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **IMPLEMENTASI** | **EVALUASI** | **T.T Perawat** |
| Selasa  28 Januari 2020 | **Perilaku Kekerasan** | **Sp 1**  “Selamat pagi bapak, perkenalkan nama saya rahmat, saya adalah perawat yang dinas di rungan gelatik ini, nama bapak siapa?”  “Bagaimana perasaan bapak saat ini?, apakah ada perasaan marah yang saat ini dirasakan?”  “Apa penyebab sehingga bapak D di bawa ke rumah sakit jiwa ini?”  “setelah itu apa yang bapak D lakukan?”  “Apa bapak D dapatkan ketika bapak D melakukan itu semua saat marah?”  “Ada beberapa cara fisik untuk mengendalikan rasa marah, cara yang pertama adalah pada saat perasaan marah itu mulai muncul, coba untuk tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan, bagaimana mas bisa melakukanya?” | **S:**   1. “Selamat pagi, nama saya D mas”. 2. “sekarang saya baik-baik saja mas. 3. “Saya emosi jika kurang saya tidur dan marah – marah ke istri”. 4. “Saya kalau marah ya ke istri saya mas” 5. “istri saya pernah menangis jika saya memarahinya mas” 6. “Saya bisa mbak tarik nafas dalam”   **O:**   1. Klien mau berjabat tangan 2. Saat di tanya penyebab Perilaku Kekerasan klien mau menjelaskan. 3. Saat di tanya tandanya Perilaku Kekerasan klien menjelaskan kalau dirinya kalau kurang tidur marah - marah. 4. Klien menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan, memarahi istrinya. 5. Saat ditanya akibat dari melakukan perilaku kekerasan tersebut klien mengatakan cuman memarahi istrinya. 6. Klien dapat mempraktikkan tarik nafas.   **A:** Sp 1 Teratasi  **P:** Lanjutkan Sp 2 | rahmat |
| Rabu  29 Januari 2020 | **Perilaku Kekerasan** | **Sp 2**   * + - 1. “Selamat pagi bapak D, bagaimana perasaan bapak D saat ini?, apa selama saya tidak ada, ada yang membuat bapak D marah atau jengkel?”       2. “Lalu apa yang bapak D lakukan?”       3. “sekarang, mari kita latihan memukul kasur dan bantal, jadi nanti kalau bapak D marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul ke Kasur dan bantal” | **S:**   1. “Selamat pagi mas rahmat. Kemarin saya cuman tidak bisa tidur karena teman sekamar saya rame,”. 2. “Saya mencoba Tarik nafas dalam seperti kemarin pada saat saya mau marah,”. 3. “Iya mbak, nanti kalau saya mulai marah , saya akan memukul bantal saja”   **O:**   * + - 1. Klien mengingat nama dan menyapa perawat       2. Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 (menarik nafas dalam).   **A:** Sp 2 Teratasi  **P:** Lanjutkan Sp 3 | rahmat |
| Kamis  30 Juni 2020 | **Perilaku kekerasan** | **SP 3**   1. “Selamat bapak D, sesuai janji kita kemarin, kita akan membahas bagaimana cara mengungkapkan perasaan marah yang sehat ya?” 2. “pada saat bapak D mulai ada rasa marah, segera memakai cara 1 yaitu Tarik nafas dalam, kemudian mas W boleh mengatakan kalau mas W sedang marah dengan nada pelan yang tujuanya untuk mengungkapkan perasaan bapak D, sebutkan juga alasan bapak D marah.” | **S:**   1. “Selamat pagi mas rahmat, iya mas” 2. “Iya mas rahmat, nanti kalau saya mulai marah lagi, langsung mengungkapkan bahwa saya marah kepada orang yang membuat saya marah”   **O:**   1. Klien menyapa dan tersenyum sambil mendekat ke perawat. 2. Klien mengerti cara mengendalikan perilaku kekerasan , ketika emosi muncul dengan mengungkapkan marahnya dengan Tarik nafas dalam 3. Klien bisa mengungkapkan marah secara verbal   **A:** Sp 3 Teratasi sebagian  **P:** Lanjutkan Sp 3 | rahmat |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

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

1. **Pengkajian**

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

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

Menurut data yang didapat, klien sudah 2 kali keluar masuk dan.dirawat di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur. Klien masuk tanggal 17 Januari 2020, dengan masalah utama Perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia . Saat berada di ruangan di dapatkan bahwa klien sering menyendiri, dan mondar-mandir, pasien jengkel merasa tidak bisa tidur.

Dalam tinjauan teori, terdapat beberapa faktor yang perlu dikaji pada pasien perilaku kekerasan menurut Akbar Amar, 2016. Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

1. Muka marah dan tegang
2. Mata melotot/pandangan tajam
3. Tangan mengepal
4. Rahang mengatup
5. Wajah memerah dan tegang
6. Postur tubuh kaku
7. Pandangan tajam
8. Mengatupkan rahang dengan kuat
9. Mengepalkan tangan
10. Jalan mondar-mandir
    1. **Diagnosa Keperawatan**

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

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

**4.3 Rencana Keperawatan**

Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa khususnya dengan kasus perilaku kekerasan salah satunya adalah tindakan marah. Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). SP merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya antara klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya. (Akbar Amar, 2016)

1. **SP pada Pasien**
2. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
3. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
4. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
5. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
6. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
7. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
8. Tindakan :
9. Bina hubungan saling percaya
10. mengucapkan salam terapeutik
11. berjabat tangan
12. menjelaskan tujuan interaksi
13. membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
14. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
15. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
16. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
17. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
18. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
19. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
20. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
21. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
22. Verbal
23. Terhadap orang lain
24. Terhadap diri sendiri
25. Terhadap lingkungan
26. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
27. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
28. Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
29. Obat
30. Spiritual, misalnya sembahyang dan berdoa sesuai keyakinan pasien
31. **SP pada Keluarga**
32. Tujuan Keperawatan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

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

**4.4 Pelaksanaan**

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

Sedangkan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien telah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada tinjauan kasus perencanaan pelaksanaan tindakan keperawatan pasien disebutkan terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) menurut teori yang akan dilaksanakan, diantaranya Menurut (Ah. Yusuf, Ftryasari, Nihayati 2015 yaitu :

1. Tindakan (SP 1) :
2. Bina hubungan saling percaya
3. mengucapkan salam terapeutik
4. berjabat tangan
5. menjelaskan tujuan interaksi
6. membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
7. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
8. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
9. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
10. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
11. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
12. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual sembahyang dan berdoa sesiau dengan agama
13. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
14. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
15. Verbal
16. Terhadap orang lain
17. Terhadap diri sendiri
18. Terhadap lingkungan
19. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
20. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
21. Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
22. Obat
23. Spiritual, misalnya sembayang dan berdoa sesuai keyakinan pasien
24. Ikut sertakan pasien dalam kehiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok):
25. Sesi 1 : Kemampuan memperkenalkan diri
26. Sesi 2 : Kemampuan berkenalan
27. Sesi 3 : Kemampuan bercakap-cakap
28. Sesi 4 : Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
29. Sesi 5 : Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
30. Sesi 6 : Kemampuan bekerjasama
31. Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi
32. Tindakan (SP 2) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua

1. Tindakan (SP 3) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal

1. Tindakan (SP 4) :

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

1. Tindakan (SP 5) :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat

Dan SP keluarga tidak dapat dilakukan kepada keluarga karena selama pengkajian dan pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien selama dirumah sakit.

**4.5 Evaluasi**

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

Evaluasi pada tinjauan teori berdasarkan observasi perubahan tingkah laku dan respon pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dilakukan setiap hari selama pasien dirawat dirumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 28 Januari 2020 dan pasien mampu mencapai SP 1 yaitu : Membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, dan mempraktikkan latihan cara mengendalikan fisik 1. Pada evaluasi hari berikutnya tanggal 29 Januai 2020 dilanjutkan dengan SP 2 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 2. Pada evaluasi hari terakhir tanggal 30 Januari 2020 dilanjutkan SP 3 yaitu : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. pada saat melakukan SP 3, pasien mengerti bisa mendemonstrasikan apa yang sudah di pelajari dalam latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara social/verbal.

pasien Tn. D di ruang Gelatik sebagian tercapai sampai tanggal 30 Januari 2020.

**BAB 5**

**PENUTUP**

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

**5.1 Kesimpulan**

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. D dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur memang sudah 2 kali keluar masuk dan mendapat pengobatan
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn. D dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan tiga permasalahan actual (1)gangguan konsep diri : harga diri rendah, (2) perilaku kekerasan dan (3) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
3. Keterlibatan pasien, dan perawat pada saat di Rumah Sakit maupun pada saat di rumah sangat berpengaruh pada tingkat keberhasilan pasien dalam mengendalikan perilaku kekerasan.
4. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahn utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.
5. Pada akhir evaluasi pada tanggal 30 Januari 2020 semua tujuan sebagian dapat tercapai karena kondisi klien yang sebagian mampu untuk mengenali masalahnya sendiri.
6. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada klien Tn. D, yang dilaksanakan mulai tanggal 28 sampai dengan 30 Januari 2020.

**5.2 Saran**

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

1. Bagi Rumah Sakit

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

1. Bagi Mahasiswa

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

**DAFTAR PUSTAKA**

amin hudacnurarif, hardhi kusuma. (2015). *APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN DIAGNOSIS MEDIS DAN NANDA NIC-NOC* (O. Yudha, Budi (ed.); jilid 3). penerbit mediaction.

Atun, S. (2018). *Modul Praktik Klinik Keperawatan Jiwa* (Dinarti dan Tjahyanti (ed.)). Asosiasi Instittusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia.

Azizah Lilik M, Zainuri I, A. A. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik* (PERTAMA). INDOMEDIA PUSTAKA.

DEDEN DERMAWAN, R. (2013). *KEPERAWATAN JIWA KONSEP DAN KERANGKA KERJA ASUHAN KEPERAWATAN JIWA TEORI DAN APLIKASI PRAKTIK KLINIK* (TUTIK RAHAYUNINGSIH (ed.)).

Dr. dr. Rusdi Muslim SpKJ, Mk. (2013). *DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA RUJUKAN RINGKAS DARI PPDGJ - III DAN DSM-5* (Cetakan ke). PT Nuh Jaya.

Hafifah, A., Puspitasari, irma melyani, & Sinuraya, rano kurnia. (2018). Review Artikel : Farmakoterapi dan Rehabilitasi Psikososial pada Skizofrenia. *Farmaka*, *16*(2), 210–232.

Hidayati, E. (2012). PENGARUH TERAPI KELOMPOK SUPORTIF TERHADAP KEMAMPUAN MENGATASI PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA Dr. AMINO GONDOHUTOMO KOTA SEMARANG. *Eni Hidayati*, *3*(September), 1–47.

iyus yosep. (2011). *Keperawatan Jiwa edisi revisi* (A. Gunarsa (ed.); cetakan 4).

LILIK MA’RIF AZIZAH, IMAM ZAINURI, A. A. (2016). *BUKU AJAR KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA* (EDISI PERT). WWW.INDOMIEAPUSTAKA.COM

Sujarwo. (2018). *STUDI FENOMENOLOGI : STRATEGI PELAKSANAAN YANG EFEKTIF UNTUK MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN MENURUT PASIEN DESCRIPTION OF PATIENT ANSIETAS LEVELS AND FAMILY OF HEMODIALYSIS PATIENTS*. *6*(1).

Yusuf, A.H, F. R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

**LAMPIRAN 1 STRATEGI PELAKSANAAN**

Pertemuan : Ke - 1

Hari / Tanggal : selasa / 28 Juni 2020

Nama Pasien ( Inisial) : Tn.D

Ruangan : Gelatik

**A. PROSES KEPERAWATAN**

1. Kondisi Pasien

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

1. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

1. Tujuan umun
2. Klien dapat berinteraksi untuk membina hubunga saling percaya.

Tujuan Khusus

1. Klien mampu membina hubungan saling percaya
2. Klien mampu mendemostrasikan latihan fisik 1 (nafas dalam)
3. Tindakan Keperawatan

SP 1 : membina hubungan saling percaya dan mengidentifikasi penyebab marah

**B. STRATEGI KOMUNIKASI**

1. Fase Orientasi
2. Salam terapeutik

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

1. Evaluasi/validasi

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

1. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

“Baiklah, pagi ini kita akan mengobrol mengenai perasaan marah yang saat ini bapak rasakan ”. “Mari kita membicarakan ini di sana, ada tempat untuk duduk santai ya bapak ?”. “Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? bagaimana kalau 15 menit ?”.

1. Kerja

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

“Apa ada tindakan saat bapak D sedang marah seperti,memukul,?”...... “memukul istri kadang juga saya jengkel dan kesal ketika tidur saya kurang!”, “terus apakah setelah melakukan tindakan tadi masalah yang dialami selesai. “ Apa akibat dari tindakan yang telah dilakukan di rumah ?”......ya istri saya menangis.......terus apalagi ?”........dan akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa !”.   
“saya ajarkan untuk latihan fisik 1 ya bapak, yaitu pada saat marah muncul, coba untuk Tarik napas dalam melalui hidung dan buang melalui mulut”

1. Fase Terminasi
   * 1. Evaluasi Subyektif

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

* + 1. Evaluasi Obyektif

“Coba bapak jelaskan lagi kenapa bapak bisa marah”

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

* + 1. Kontrak (Topik, Tempat, Waktu)

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

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

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

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

**LAMPIRAN 2 STRATEGI PELAKSANAAN**

Pertemuan : Ke - 2

Hari / Tanggal : Rabu / 29 Januari 2020

Nama Pasien ( Inisial) : Tn.D

Ruangan : Gelatik

**A. PROSES KEPERAWATAN**

1. Kondisi Pasien
   1. Klien tampak rapi memakai baju pasien bersih dan sesuai sudah dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat
   2. Klien dapat mengenal peyebab marah
2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

1. Tujuan Khusus
   1. Klien mampu mengidentifikasi tanda gejala perilaku kekerasan
   2. Klien mampu mengidentifikasi yang biasa dilakukan
   3. Klien mampu mengidentifikasi akibat perilaku marah
   4. Klien mampu mendemonstrasikn latihan fisik 2 (pukul bantal)
2. Tindakan Keperawatan

SP 2 : Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua (pukul Kasur dan bantal)

**B. STRATEGI KOMUNIKASI**

1. Orientasi
   * 1. Salam terapeutik

“Selamat pagi, bapak D? masih ingat nama saya ?”

* + 1. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaaan bapak D saat ini? apa ada penyabab marah yang lain dan belum diceritakan kemarin ?

* + 1. Kontrak (Topik, Waktu Tempat)

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

“mau berapa lama ? bagaimana kalau 15 menit?”

“kita belajar di tempat kenarin pak?

1. Fase Kerja

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

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

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

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

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

1. Fase Terminasi

Evaluasi Subyektif

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

Evaluasi Obyektif

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

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

1. . Rencana Tindak Lanjut

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

1. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

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

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

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

O… 15 menit baiklah!

**LAMPIRAN 3 STRATEGI PELAKSANAAN**

Pertemuan : Ke - 3

Hari / Tanggal : kamis / 30 Januari 2020

Nama Pasien ( Inisial) : Tn.D

Ruangan : Gelatik

**A. PROSES KEPERAWATAN**

1. Kondisi Pasien

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

1. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

1. Tujuan Khusus

Memilih cara yang konstruktif

Mendemonstransikan satu cara marah yang konstruktif

1. Tindakan Keperawatan

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

**B. STRATEGI KOMUNIKASI**

1. Orientasi
   1. Salam terapeutik “Selamat pagi, bapak D?”
   2. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaaan bapak D saat ini?”

* 1. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat)

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

1. Kerja

“ Menurut bapak D, bagaimana cara mengungkapkan marah yang

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

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

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

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

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

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

3. Terminasi

1. Evaluasi Subyektif

“bagaimana perasaannya setelah berlatih cara marah yang sehat?”

1. Evaluasi Obyektif

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

1. Rencana Tindak Lanjut

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

1. Kontrak (Topik,Waktu, Tempat)

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

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

**LAMPIRAN 4**

**EVALUASI KEMAMPUAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN**

Nama pasien : Tn. D

Ruangan : Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

Nama Perawat : Rahmatullah

Petunjuk :

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kemampuan** | **Tanggal** | | |
| 28 | 29 | 30 |
| A | Pasien sp 1- 3 |
|  | Menginditifikasi penyebab PK | √ | √ | √ |
|  | Mengindentifikasi tanda dan gejala PK | √ | √ | √ |
|  | Mengindentifikasi PK yang di lakukan | √ | √ | √ |
|  | Mengindetifikasi akibat PK | √ | √ | √ |
|  | Menyebutkan cara mengendalikan PK | √ | √ | √ |
|  | Menmbantu mempraktekkan latihan nafas dalam | √ | √ | √ |
|  | Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian | √ | √ | √ |
|  | Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien | √ | √ | √ |
|  | Melatih pasien mengontrol Pk pukul bantal/kasur | √ | √ | √ |
|  | Mengajurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | √ | √ | √ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mengevaluasi jadwal kegiata harian | √ | √ | √ |
|  | Mengontrol PK dengan cara dengan verbal meminta/menolak/mengukapkan dengan asertif | √ | √ | √ |
|  | Mengajurkan paien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian | √ | √ | √ |