**Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.H Dengan Risiko Perilaku Kekerasan
Di Desa Juli Seutuy Bireuen**

DWI UTARI
utari1007@gmail.com

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang memengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berpikir, berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi (Pardede & Hulu, 2020). Skizofrenia adalah penyakit mental yang kompleks dan sangat diturunkan, yang sangat mempengaruhi kualitas hidup. Kira-kira 1% dari populasi global menderita skizofrenia, dan angka kejadiannya serupa di berbagai negara, kelompok budaya dan jenis kelamin (Fei et al, 2021). Menurut (WHO, 2019) Skizofrenia merupakan gangguan mental berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang diseluruh dunia. Di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdes (2018) didapatkan estimasi prevalensi orang yang pernah menderita skizofrenia di Indonesia sebesar 1,8 per 1000 penduduk (Pardede, 2020).

Prevalensi skizofrenia/psikosis di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Artinya, dari 1.000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang mempunyai anggota rumah tangga (ART) pengidap skizofrenia/psikosis. Penyebaran prevalensi tertinggi terdapat di Bali dan DI Yogyakarta dengan masing-masing 11,1 dan 10,4 per 1.000 rumah tangga yang mempunyai ART mengidap skizofrenia/psikosis. Prevalensi (permil) rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut provinsi, Sumatera Utara 6,3%, Sumatera Barat 9,1%, Riau 6,1%, Jambi 6,6%, Sumatera Selatan 8,0%, Bengkulu 5,3%, Lampung 6,0%, Bangka Belitung 6,7%, Kepulauan Riau 2,8%, DKI Jakarta 6,6%, Jawa Barat 5,0%, Jawa Tengah 8,7%, Jawa Timur 6,4%, Banten 5,7%, Nusa Tenggara Barat 9,6%, Nusa Tenggara

Timur 3,6%, Kalimantan Barat 7,9%, Kalimantan Tengah 4,4%, Kalimantan Selatan 5,1%, Kalimantan Timur 5,1%, Kalimantan Utara 7,4%, Sulawesi Tengah 4,4%, Sulawesi Selatan 8,8%, Sulawesi Tenggara 5,6%, Gorontalo 6,6%, Sulawesi Barat 7,7%, Maluku 3,9%, Maluku Utara 4,8%, Papua Barat 6,8% dan Papua 4,5%. Sedangkan untuk provinsi Aceh 8,7% dengan ART yang mengidap skizofrenia/psikosis (Riskesdas, 2018)

Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran, distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku sehingga pasien dengan skizofrenia memiliki resiko lebih tinggi berperilaku agresif dimana perubahan perilaku secara dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Pasien skizofrenia sering dikaitkan dengan perilaku yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain ataupun berisiko juga dengan lingkungan sekitarnya, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal yang disebut sebagai risiko perilaku kekerasan (Pardede, Simanjuntak & Laia, 2020)

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Pardede, Siregar & Hulu, 2020)

Perilaku kekerasan terjadi karena adanya hasil akumulasi frustrasi yang berulang dan dikarenakan keinginan individu yang tidak tercapai atau bahkan gagal, sehingga individu berperilaku agresif (Suerni & Livana, 2019). Faktor risiko yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan adalah dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain, untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan risiko perilaku kekerasan yang tepat. Penanganan pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan farmakologi dan strategi pelaksanaan pada pasien resiko perilaku kekerasan,

tindakan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan difokuskan pada aspek positif, intelektual, emosional, dan sosio spiritual. Salah satunya adalah dengan menerapkan asuhan keperawatan jiwa. (Wardhani, Prabowo & Brilianti, 2020).

Survei awal pada pembuatan askep pada skizofrenia ini dilakukan di Desa Juli Seutuy yang ditemukan pasien resiko perilaku kekerasan atas nama inisial Ny.H yang pernah di rawat di RSJ. Penyebabnya Ny.H dijadikan subjek dikarenakan Ny.H belum sepenuhnya bisa mengatasi emosinya. Maka tujuan asuhan keperawatan yang akan di lakukan ialah untuk mengajarkan standar pelaksanaan resiko perilaku kekerasan/perilaku kekerasan pada Ny.H

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan masalah saebagai berikut : Bagaimana Memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Desa Juli Seutuy

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuannya sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Ny.H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Desa Juli Seutuy

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu mengetahui defenisi, tanda & gejala,faktor penyebab, mekanisme koping, penatalaksanaan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan RisikoPerilaku Kekerasan
- c. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa atau masalah keperawatan pada Ny.H dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- d. Mahasiswa mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Ny.Hdengan Risiko Perilaku Kekerasan.

- e. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan yang nyata pada Ny.H dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- f. Mahasiswa mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.H dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- g. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.H dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

1.4. Manfaat

1. Pasien

Diharapkan tindakan yang telah di ajakarkan dapat di terapkan secara mandiri untuk mengontrol emosi dan untuk mendukung kelangsungan kesehatan pasien

2. Keluarga

Diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan moral, emosional dan spiritual serta membantu dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa kepada pasien dengan masalah risiko perilaku kekerasan

2. Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan untuk menjadi acuan dalam dalam melakukan kegiatan kemahasiswaan dalam bidang keperawatan jiwa.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Resiko Perilaku Kekerasan

2.1.1. Pengertian

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejalarisiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Pardede & Hulu, 2020)

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan. (Putri & Fitrianti, 2018)

Perilaku kekerasan adalah merupakan bentuk kekerasan dan pemaksaan secara fisik maupun verbal ditunjukkan kepada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan adalah salah satu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologi. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi yanglain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustasi, benci atau marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi

agresif atau melukai karena penggunaan koping yang kurang bagus. (Kandar & Iswanti, 2019). Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah

2.1.2. Tanda dan Gejala

meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain. (Pardede, Siregar & Hulu, 2020)

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan (Pardede, 2020)

1. Emosi: tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, marah (dendam) jengkel
2. Intelektual: mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat, meremehkan
3. Fisik: muka merah, Pandangan tajam, napas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan zat, tekanan darah meningkat
4. Spiritual: kemahakuasaan, kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kebejatan, kreativitas terlambat
5. Sosial: menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, humor

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan :

1. Subjektif: mengungkapkan perasaan kesal atau marah, keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, klien suka membentak dan menyerang orang lain
2. Objektif : mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal dan rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku, bicara kasar, ketus, amuk/agresif, menyerang orang lain dan melukai diri sendiri/orang lain

2.1.3. Rentang Respon Marah

Rentang respon kemarahan dari perilaku kekerasan dapat di gambarkan sebagai berikut, assertif, frustasi, pasif, agresif, dan mengamuk. (Putri, N & Fitrianti, 2018)

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Habbi et al., 2017)

Keterangan :

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

2.1.4. Pohon Masalah

(Nurhalimah, 2016)

2.1.4. Etiologi

Menurut Nurhalimah (2016) Proses terjadinya perilaku kekerasan pada pasien akan dijelaskan dengan menggunakan konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi dan presipitasi

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggotakeluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanyan riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkoti, psikotropika dan zat aditif lainnya).

2) Faktor Psikologis

Pengalaman marah merupakan respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat. Salah satu kebutuhan manusia adalah “berperilaku”, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut berperilaku destruktif.

3) Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial (social environment theory) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (social learning theory).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan yang lain. Stresor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun luar individu. Faktor dari dalam individu meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti (putus pacar, perceraian, kematian), kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dll. Sedangkan faktor luar individu meliputi serangan terhadap fisik, lingkungan yang terlalu ribut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan.

2.1.5. Penatalaksanaan

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat diberikan

seperti obat antipsikotik adalah Chlorpoazine(CPZ), Risperidon(RSP) Haloperidol(HLP), Clozapindan Trifluoerazine (TFP). Psikofarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian kepatutan minum obat adalah mengonsumsi obat yang diresepkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

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 antar klien dengan perawat, dan dampak apabila tidak diberikan SP akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungannya. Strategi pelaksanaan (SP) yang dilakukan oleh klien dengan perilaku kekerasan adalah diskusi mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, verbal, dan spiritual. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dapat dilakukan dengan cara nafas dalam, dan pukulan bantal atau kasur. Mengontrol secara verbal yaitu dengan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. Mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara shalat dan berdoa. Serta mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat). (Sujarwo & Livana, 2018)

2.2. Konsep Dasar Keperawatan

Menurut Yusuf (2015) Proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian (termasuk analisis data dan pembuatan pohon masalah), perumusan diagnosis, pembuatan kriteria hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hierarki perilaku agresif dan kekerasan. Disamping itu, perawat harus mengkaji pula afek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif. (Muhith, 2015)

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat ditemukan dengan wawancara (Nurhalimah, 2016)

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur

3. Faktor predisposisi

- a. Gangguan jiwa dimasa lalu
- b. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa
- c. Pengobatan sebelumnya
- d. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternatif serta memasingkan dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa
- e. Trauma

- f. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan
- g. Herediter
- h. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- i. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
- j. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

4. Fisik

- a. Ukur dan observasi itanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat
- b. Ukur tinggi badan dan berat badan
- c. Yang kita temukan pada klien dengan prilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- d. Verbal (mengancam, mengupat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus)

5. Psikososial

1. Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarga pada saat pengkajian.

2. Konsep diri

Citra tubuh

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan

orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

3. Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaan nya, tidak puas dengan statusnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

4. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmonis atau terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga. Harga diri kerap berkaitan dengan depresi yang ditandai dengan perasaan yang tidak pas, menurunnya kegiatan, dan pesimisme menghadapi masa yang akan datang (Dirgayunita, 2016)

a. Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang di embannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

b. Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

c. Harga diri

Biasanya hubungan klien dengan orang lain tidak baik, penilaian dan penghargaan terhadap diri dan kehidupannya yang selalu mengarah pad apenghinaan dan penolakan.

6. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara
- b. Peranserta dalam kegiatan kelompok
Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat

7. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan
Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.
- b. Kegiatan ibadah
- c. Biasanya dalam selama sakit klienj arang melakukan ibadah.

8. Status mental

- a. Penampilan
- b. Biasanya penampilan klien kotor.
- c. Pembicaraan
- d. Biasanya pada klien prilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.
- e. Aktivitas motorik
- f. Biasanya aktivitas motoric klien dengan prilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.
- g. Alam perasaan
Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan
- h. Efek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

i. Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

j. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

k. Isi Pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja

l. Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,

m. Memori

Biasanya klien di waktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

n. Kemampuan penilaian

Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan

9. Kebutuhan persiapan pulang

a. Makan

Biasanya klien tidak mengalami perubahan

b. BAB/BAK

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan

c. Mandi

d. Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat

bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

e. Berpakaian

Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki

f. Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucui kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

g. Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

h. Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatan nya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

i. Aktivitas didalam rumah

Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

10. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Jiwa

Diagnosis keperawatan ialah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik actual maupun potensial dan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab.

1. Data subjektif : klien mengatakan jengkel dengan orang lain, mengupkan rasa permusuhan yang mengancam, klien merasa tidak nyaman, klien merasa tidak berdaya, ingin berkelahi, dendam.
2. Data objektif : suara keras, tangan mengepal, wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara nada tinggi. (Nurhalimah, 2016)

2.1.4. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan, dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Saat melakukan pelayanan di Puskesmas dan kunjungan rumah,, perawat menemui keluarga terlebih dahulu sebelum menemui pasien. Bersama keluarga, perawat mengidentifikasi masalah yang dialami pasien dan keluarga. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian, mengevaluasi dan melatih satu cara lagi untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. (Nurhalimah, 2016)

Rencana Keperawatan pada diagnosa pasien dengan risiko perilaku kekerasan seperti pada tabel dibawah ini

DX	Intervensi		
Perilaku kekerasan	Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi
	Pasien mampu 1) Mengidentifikasi penyebab dan tanda perilaku kekerasan 2) Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan	Setelah pertemuan, pasien mampu : <ul style="list-style-type: none"> • Menyebutkan penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab tanda dan gejala serta akibat perilaku kekerasan • Latih secara fisik 1 : tarik nafas dalam • Masukkan dalam jadwal harian

	<p>3) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>4) Mengontrol perilaku kekerasan secara : fisik, sosial / verbal, spiritual, terapi psikofarmaka</p>	<ul style="list-style-type: none"> Memperagakan cara fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan 	pasien
		<p>Setelah pertemuan pasien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Memperagakan cara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi SP1 Latih cara fisik 2 : pukul kasur / bantal Masukkan dalam jadwal harian pasien
		<p>Setelah pertemuan pasien mampu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan Memperag 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi SP1 dan SP2 Latih secara sosial / verbal Menolak dengan baik Memeinta dengan

		akan seara fisik untuk mengontrol perilaku kekerasan	bik • Mengungkapka n dengan baik • Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
		Setelahpertemuan pasien mampu: • Menyebutka n kegiatan yang sudah dilakukan	• Evaluasi SP 1, 2 dan 3 • Latih secara spiritual berdo'a

Fase-Fase dan Aktifitas Kunjungan Rumah

Fase	Aktifitas
1. Fase Insiasi	Klarifikasi sumber rujukan untuk kunjungan rumah, Klarifikasi tujuan kunjungan ke rumah Desain kunjungan ke rumah
1. Fase Pra Kunjungan	Lakukan kontak dengan keluarga, Satukan persepsi tentang tujuan kunjungan dengan keluarga, Apa keinginan keluarga dari kunjungan rumah
2. Fase di dalam rumah	Memperkenalkan diri, identitas diri dan professional. Interaksi sosial Tetapkan hubungan P & K, Implementasikan proses keperawatan

4.Fase terminasi	Telaah (evaluasi) kunjungan dengan keluarga Rencanakan untuk kunjungan berikutnya
5.Fase paska kunjungan	Catat hasil Kunjungan Rencanakan kunjungan berikutnya

2.1.5. Implementasi Keperawatan Jiwa

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari : SP 1 (pasien) : membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal atau kasur. SP 2 (pasien) : (pasien) : membantu klien dalam meminum obat secara teratur. SP 3 (pasien) : Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan. SP 4 (pasien) : baik membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa

2.1.6. Evaluasi Keperawatan Jiwa

Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat:

- 1) Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang bias dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan.
- 2) Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal:
 - a. secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
 - b. secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik

- c. secara spiritual
 - d. terapi psikofarmaka
- 3) Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan (Nurhalimah, 2016)

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

S : Respon subjektif keluarga terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradikdif dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada respon keluarga.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Identitas Klien

Inisial	:	Ny.H
Jenis kelamin	:	Perempuan
Umur	:	34 Tahun
Agama	:	Islam
Status	:	Menikah (<i>Single Parent</i>)
Tanggal pengkajian	:	15 Februari 2021
Informant	:	Status klien dan komunikasi dengan klien.

3.2 Alasan Masuk Rumah Sakit

Alasan klien pernah masuk rumah sakit jiwa adalah karena keinginannya sendiri untuk menenangkan diri dan klien sering marah-marah, melempar barang yang ada dirumahnya, klien mengatakan pernah memukul orang lain termasuk anaknya.

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa $\pm$ 7 bulan yang lalu tepatnya pada tahun 2020 dan pulang kerumah dalam keadaan tenang. Dirumah klien tidak rutin minum obat, tidak mau kontrol ke RSJ sehingga timbul gejala-gejala seperti diatas kemudian klien mulai kambuh lagi pada saat melihat orang berpasangan lewat di hadapan rumahnya dan jika anaknya membawa teman laki-laki ke rumah, klien marah dan tidak segan untuk memukul. Keluarga klien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku kekerasan

Regimen individu Terapeutik tidak efektif

3.4 Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 120/80 mmHg ; N : 80x/i ; S : 36,5°C ; P : 20x/i. Klien memiliki tinggi badan 155cm dan berat badan 45Kg.

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Penjelasan :

Klien menikah dengan Tn.N namun Tn.N sudah meninggal dan saat ini Ny.H tinggal bersama anaknya An.K

Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Klien
- : Tinggal dalam satu rumah
- : meninggal

3.5.2 Konsep diri

- a. Gambaran diri : Tidak ada kecacatan
- b. Identitas : Klien anak ke 3 dari 4 bersaudara, klien hanya lulusan SMP yang saat ini hanya berjualan di depan rumah
- c. Peran : Klien berperan sebagai istri dan *single parent*, klien tinggal Bersama anak satu-satunya
- d. Ideal diri : Klien merasa malu karena tidak ada suaminya
- e. Harga diri : Klien merasa apakah dirinya tidak cantik lagi karena tidak ada laki-laki yang melamarnya lagi dan merasa kesepian semenjak ditinggal suami

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri : harga diri rendah

3.5.3 Hubungan sosial

Klien menganggap bahwa keluarganya adalah orang yang sangat berartidalam hidupnya, terutama orangtuanya. Klien terkadang mengikuti kegiatan di kelompok/masyarakat. Klien mengatakan mempunyai sedikit hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena klien sulit bergaul

3.5.4 Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan : Klien beragama islam dan yakin dengan agamanya.
- b. Kegiatan Ibadah : Shalat 5 waktu

3.5.5 Status Mental

1. Penampilan

Penjelasan : Klien berpenampilan bersih, dan rapi

2. Pembicaraan

Penjelasan :Klien masih mampu menjawab pertanyaan perawat dengan lambat namun masih dapat dipahami

3. Aktivitas Motorik

Penjelasan : Klien terlihat gelisah

4. Suasana perasaan

Penjelasan : Klien sedih jika melihat pasangan suami-istri lewat depan rumah

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

5. Afek

Penjelasan : Afek klien labil, mudah emosi, mudah marah.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

6. Interaksi selama wawancara

Penjelasan : Klien kooperatif, ada kontak mata pada lawan bicara mudah tersinggung dalam setiap interaksi.

7. Persepsi

Penjelasan :tidak mendengar suara-suara aneh

8. Proses Pikir

Penjelasan : Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan baik

9. Isi pikir

Penjelasan :Klien dapat mengontrol isi pikirnya,klien tidak mengalami gangguan isi pikir dan tidak ada waham. Klien tidak mengalami fobia, obsesi ataupun depersonalisasi.

10. Tingkat kesadaran

Penjelasan :Klien tidak mengalami gangguan orientasi, klien mengenali waktu, orang dan tempat.

11. Memori

Penjelasan :Klien mampu menceritakan kejadian di masa lalu dan yang baru terjadi.

12. Tingkat konsentrasi berhitung

Penjelasan :Klien mampu berkonsentrasi dalam perhitungan

13. Kemampuan penilaian

Penjelasan : Klien dapat membedakan hal yang baik dan yang buruk.

14. Daya tilik diri

Penjelasan : Klien tidak mengingkari penyakit yang diderita, klien mengetahui bahwa dia sering marah

3.6 Mekanisme Koping

Klien mengalami mekanisme koping adaptif yaitu klien dapat berbicara baik dengan orang lain dan berkooperatif

3.7 Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di lingkungan rumah

3.8 Pengetahuan Kurang Tentang Gangguan Jiwa

Klien tidak mengetahui tentang gangguan jiwa yang di alaminya dan obat yang dikonsumsi.

3.9 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	Subjektif : Klien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada dirumahnya, pernah memukul orang lain dan marah-marah	Resiko Perilaku Kekerasan

Objektif :

Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan gelisah.

2 Subjektif :

Isolasi Sosial

Klien mengatakan pernah tidak ingin keluar rumah hanya ingin berdiam diri di rumah tanpa bertemu dengan banyak orang dan tidak begitu menyukai melihat orang yang dating berpasangan

Objektif :

Klien tidak aktif dalam acara dilingkungan rumah

3 Subjektif :

Gangguan Konsep Diri :

Klien merasa tidak dihargai, dan merasa minder dengan orang lain yang memiliki pasangan

Harga diri rendah

Objektif :

Klien tampak malu

3.10. Daftar Masalah Keperawatan

- a. Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Isolasi Sosial
- c. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3.11.Pohon Masalah

3.12. Diagnosa Prioritas

Risiko Perilaku Kekerasan

3.13.Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko perilaku kekerasan	klien dapat mebina hubungan saling percaya	Ketika di evaluasi Klien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama, tersenyum, ada kontak mata,serta menyediakan waktu untuk kunjungan berikutnya	1.1. Membina hubungan saling percaya dengan cara (menjelaskan maksud dan tujuan interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat, beri rasa aman dansikap empati) .1.2. Diskusikan

bersama klien tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).

Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal kasur	Klien mampu menyebutkan dan menredemonstrasi kan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal	Sp 1 Latih klien melakukan cara mengontrol Kemarahan: 1.3.Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam 1.4. Pukul bantal
Klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur	Klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat	Sp 2 : Bantu klien mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan minum obat secara teratur
klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara berbicara dengan baik	Klien paham dan mampu menyampaikan amarah dengan cara berbicara dengan baik	Lakukan SP 3 pasien risiko perilaku kekerasan : Ajarkan kepada klien bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga cara: <ul style="list-style-type: none"> • Meminta dengan baik tanpamarah

Klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikan cara spiritual (beribadah

Klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan caraberibadah

- Menolak denganbaik
 - Mengungkapkan perasaan kesal
- Lakukan SP 4 pasien risiko perilaku kekerasan :
Diskusikan bersama klien cara mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah.

3.14.Implementasi dan Evaluasi

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Kamis/18-2-2021	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, ,suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan didepan rumah</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Perilaku Kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 1Risiko PerilakuKekerasan:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan yaitu jika kemauan klien tidak dituruti - Mengidentifikasi tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu klien marah, mengamuk tanpa jelas, merusak barang-barang, dan cenderung melukai orang lain - Menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan adalah dengan latihan fisik 1 : tarik napas dalam latihan fisik 2 : pukul kasur bantal 	<p>S : Semangat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan latihan fisik tarik nafas dalam dengan mandiri - Klien mampu pukul kasur bantal dengan mandiri - <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P : Latihan fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tarik nafas dalam 1x/hari -Pukul kasur bantal 1x/hari

- Membantu klien latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal.

4. RTL:

Sp2 Risiko Perilaku Kekerasan:

- Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur

Kamis
18/2/2021

1. Data :

Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai
Kemampuan : berjalan depan rumah

2. Diagnosa Keperawatan

Risiko Perilaku Kekerasan
Perilaku Kekerasan

3. Tindakan keperawatan:

Sp 2 Risiko Perilaku Kekerasan

1. Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
2. Memberikan informasi tentang penggunaan obat

S : Bahagia dan bersemangat

O :

- Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri
- Klien mampu pukul kasur bantal secara mandiri
- Klien mampu ke poli jika merasa kumat dan minum obat secara teratur dengan bantuan perawat

A : Risiko Perilaku kekerasan (+)

4. RTL:

Sp 3 Risiko Perilaku Kekerasan

P :

- Latih tarik nafas dalam 1 x/hari

- Komunikasi secara verbal: Asertif/bicara baik-baik.
- Latihan pukul kasur bantal 1 x/hari
- berobat

Jumat

1. Data :

S : senang

19/2/2021

Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai
Kemampuan : berjualan

O :

- Klien mampu melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik dengan motivasi

2. Diagnosa Keperawatan:

Risiko Perilaku Kekerasan

A : Risiko Perilaku kekerasan (+)

Perilaku Kekerasan

3. Tindakan keperawatan:

P :

Sp 3 Risiko Perilaku Kekerasan

- Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Minum obat
- Komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik

- Latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 1x/hari
- Berobat
- Klien melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik

4. RTL:

Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan:

- Spritual : Beribadah

Jumat

1. Data :

S : antusias

19/2/2021

Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai

Kemampuan : berjualan

2. Diagnosa Keperawatan:

Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku Kekerasan

3. Tindakan keperawatan:

Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan

- Mengevaluasi kemampuan klien dalam tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, minum obat secara teratur dan bicara baik-baik.
- Melatih klien untuk melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.

RTL :

Risiko Perilaku Kekerasan : Follow up dan evaluasi SP 1-4 risiko Perilaku Kekerasan

O :

- Klien mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan baik misalnya Sholat

A : Perilaku kekerasan (+)

P:

- Latih tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2x/hari
- Berobat
- Latihan melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik
- Latihan klien untuk melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada Ny.H dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Desa Juli Seutuy , maka penulis pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dengan tinjauan kasus.

Pembahasan dimulai melalui tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1. Tahap Pengkajian

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber, yaitu dari pasien dan tetangga sekitar. Maka penulis melakukan pendekatan kepada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu klien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu:

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada klien agar klien lebih terbuka dan lebih percaya.
2. Mengadakan pengkajian pasien dengan wawancara dan tidak menemukan kesenjangan karena di temukan hal sama seperti diteori bahwasanya perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut,dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Pardede, Keliat & Yulia, 2015).

4.2. Tahap perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan penulis hanya menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan pohon masalah keperawatan yaitu :perilaku kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada

kesenjangan sehingga penulis dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin dan didukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing

Secara teoritis digunakan cara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang dilakukan penulis yaitu :

1. Risiko Perilaku Kekerasan

- a. Mengidentifikasi isi Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Mengidentifikasi waktu terjadi Risiko Perilaku Kekerasan
- c. Mengidentifikasi situasi pencetus Risiko Perilaku Kekerasan
- d. Mengidentifikasi respon terhadap Risiko Perilaku Kekerasan
- e. Membantu pasien mempraktekan latihan cara mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal
- f. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat
- g. Melatih pasien mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain dan spritual
- h. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

4.3. Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 1 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan karena masalah utama yang dialami klien. Pada diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi Perilaku Kekerasan, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dan pukul kasur bantal. Strategi pertemuan yang kedua yaitu anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan ketiga yaitu latihan dengan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik strategi pertemuan ke empat yaitu Spritual.

4.4. Tahap evaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah :

1. Pasien mempercayai perawat sebagai terapis
2. Dapat mengidentifikasi dan mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan

3. Dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan melalui latihan fisik,
4. Dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara minum obat secara teratur
5. Dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik
6. Dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan spritual yang terjadwal.

Pada tinjauan kasus evaluasi yang dihasilkan adalah :

1. Klien sudah dapat mengontrol dan mengidentifikasi Risiko Perilaku Kekerasan
2. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan melalui latihan fisik
3. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan cara pergi ke poli jiwa untuk mendapatkan minum obat
4. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain
5. Klien dapat mengendalikan Risiko Perilaku Kekerasan dengan melakukan spritual terjadwal.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah menguraikan tentang proses keperawatan pada Ny.H penulis melanjutkan asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan di Desa Juli Seutuy. Maka penulis mengambil kesimpulan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang telah ada:

1. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan kasus perilaku kekerasan dilakukan meliputi aspek psikososial, spiritual dan melibatkan keluarga didalamnya.
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan maka antar perawat dan klien harus membina hubungan saling percaya.
3. Bagi mahasiswa/mahasiswi agar lebih memperdalam ilmu pengetahuan khususnya tentang keperawatan jiwa.
4. Bagi klien agar dapat berkomunikasi dan berinteraksi dengan baik serta klien mengikuti pengobatan secara optimal sampai berhasil agar tidak terulang kembali.
5. Peran serta keluarga sangat penting dalam penyembuhan klien karena dengan dukungan keluarga penyembuhan klien dapat tercapai sesuai dengan yang diharapkan.

5.2 Saran

1. Diharapkan pada keluarga dan teman agar selalu memberikan dukungan kepada klien karena dukungan dapat memberikan efek yang bagus untuk psikis klien.
2. Bagi mahasiswa /mahasiwi agar lebih memperdalam ilmu pengetahuan khusus tentang keperawatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Fei, X., Wang, S., Zheng, X., Liu, K., & Liang, X. (2021). Global research on cognitive behavioural therapy for schizophrenia from 2000 to 2019: a bibliometric analysis via CiteSpace. *General Psychiatry*, 34(1). doi: [10.1136/gpsych-2020-100327](https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100327)
- Dirgayunita, A. (2016). Depresi: Ciri, penyebab dan penanganannya. *Journal An-Nafs: Kajian Penelitian Psikologi*, 1(1), 1-14. <https://doi.org/10.33367/psi.v1i1.235>
- Habbi Yulsar Rahman, F., Widodo, A., & Kep, A. (2017). *Upaya Penurunan Risiko Perilaku Kekerasan Pada Dengan Melatih Asertif Secara Verbal* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta). <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/52404>
- Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149-156. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Muhith, Abdul. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Andi
- Nurhalimah. (2016). *Bahan Ajar Keperawatan Jiwa*
- Pardede, J. A., & Hulu, E. P. (2020). Pengaruh Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provsu Medan. *Konferensi Nasional (Konas) Keperawatan Kesehatan Jiwa*, 4(1), 257-266. <https://journalpress.org/proceeding/ipkji/article/view/51/51>
- Pardede, J. A. (2020). Family Knowledge about Hallucination Related to Drinking Medication Adherence on Schizophrenia Patient. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 399-408. <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i4.183>
- Pardede, J. A., Simanjuntak, G. V., & Laia, R. (2020). Gejala Risiko Perilaku Kekerasan Menurun Setelah Diberikan Prgressive Muscle Relaxation Therapy Pada Pasien Skizofrenia. 3 (2). 91-100. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i2.534>
- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Yulia, I. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 157-166. [10.7454/jki.v18i3.419](https://doi.org/10.7454/jki.v18i3.419)
- Pardede, J.A. (2020). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan*.
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Hulu, E. P. (2020). Efektivitas Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa

- Prof. Dr. Muhammad Ildrem Provsu Medan. *Jurnal Mutiara Ners*, 3(1), 8-14. <http://114.7.97.221/index.php/NERS/article/view/1005>
- Putri, V. S., & Fitrianti, S. (2018). Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Terhadap Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 7(2), 138-147. <http://dx.doi.org/10.36565/jab.v7i2.77>
- Riskesdas. (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018 Nasional.pdf>
- Suerni, T., & Livana, P. H. (2019). Respons Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 41-46. <https://doi.org/10.37287/jppp.v1i1.16>
- Sujarwo, S., & Livana, P. H. (2019). Studi Fenomenologi: Strategi Pelaksanaan Yang Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Pasien Di Ruang Rawat Inap Laki Laki. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 29-35. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.29-35>
- Wardani, I. K., & Prabowo, A. (2020). Efektifitas Terapi Spiritual Wudhu Untuk Mengontrol Emosi Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Tens: Trends of Nursing Science*, 1(1), 74-84. <https://doi.org/10.36760/tens.v1i1.109>
- Yusuf, A., Fitryasari PK, R., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa.