Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. T Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

**Meri Natalia Simare Mare¹, Dirman Laia², Hikmah Sukitiro³, Fanny Fadillah⁴, Icca
Cerahwati⁵, Reynhad Daniel Manurung⁶**

Merrysimaremare122@gmail.com

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku. Skizofrenia merupakan suatu kondisi gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi dan perilaku yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru (Makhruzah, Putri, & Yanti, 2021). Menurut data Risesdas (2018), Provinsi yang memiliki prevalensi skizofrenia terbesar adalah Bali sebanyak 11%, posisi kedua ditempati oleh Daerah Istimewa Yogyakarta dengan 10%, ketiga adalah Nusa Tenggara Barat dengan 10% dan diikuti oleh Aceh dan Jawa Tengah sebanyak 9% (Risesdas, 2018).

Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran, distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku sehingga pasien dengan skizofrenia memiliki Risiko lebih tinggi berperilaku agresif dimana perubahan perilaku secara dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Pasien skizofrenia sering dikaitkan dengan perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain ataupun berisiko juga dengan lingkungan sekitarnya, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. Berdasarkan data tahun 2017 dengan Risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang menunjukkan Risiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi (Pardede, Siregar & Hulu, 2020). Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang

mempengaruhi berbagai bidang individu fungsi, termasuk cara berpikir, berkomunikasi, menerima, menafsirkan realitas, menunjukkan rasa emosi ditandai dengan pikiran kacau, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh (Manao & Pardede, 2019).

Pasien skizofrenia terutama yang mengalami risiko perilaku kekerasan membutuhkan dukungan keluarga yang mampu memberikan perawatan secara optimal, tetapi keluarga sebagai sistem pendukung utama sering mengalami beban yang tidak ringan dalam memberikan perawatan selama pasien dirawat di rumah sakit maupun setelah kembali ke rumah. Beban tersebut yaitu beban finansial dalam biaya perawatan, beban mental dalam menghadapi perilaku pasien, dan beban sosial terutama menghadapi stigma dari masyarakat tentang anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa (Suryenti, 2017)

Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan. Faktor penyebab risiko perilaku kekerasan salah satunya adalah situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang karena ditinggal oleh seseorang yang dianggap penting. Jika hal ini tidak berhenti, maka akan menyebabkan perasaan harga diri rendah yang sulit untuk bergaul dengan orang lain (Untari, 2021).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Penatalaksanaan atau penanganan yang digunakan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat diberikan seperti obat antipsikotik adalah Chlorpromazine (CPZ), Risperidon (RSP), haloperidol (HLP), Clozapin dan Trifluoperazine (TFP). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis. Tindakan keperawatan yang dapat diajarkan klien perilaku kekerasan antara lain mengajarkan klien untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan mengendalikan amarah

kekerasan secara fisik: nafas dalam dan pukul bantal, minum obat, verbal/sosial: menyatakan secara asertif rasa marahnya, spiritual: beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Wulansari & Sholihah, 2021).

Survei awal pada pembuatan askep pada skizofrenia ini dilakukan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera. Subjek didalam pembuatan askep ini berjumlah satu orang dengan pasien atas nama inisial Ny.T, klien datang ke yayasan di bawa oleh abang klien karena awalnya klien sering marah, membanting barang yang ada di rumah dan didiagnosa dengan risiko perilaku kekerasan. Penyebab Ny.T dijadikan sebagai subjek dikarenakan pasien belum dapat mengontrol emosinya selain dengan minum obat.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan masalah saebagai berikut : Bagaimana Memberikan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. T dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuannya sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan jiwa pada Ny. T dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan pemenang jiwa Sumatera.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu mengetahui defenisi, tanda & gejala, faktor penyebab, mekanisme koping, penatalaksanaanpada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
2. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan
3. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa atau masalah keperawatan pada Ny. T dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

4. mampu menetapkan intervensi keperawatan secara menyeluruh pada Ny. T dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
5. Mahasiswamampu melakukan tindakan keperawatan yang nyata pada Ny. T dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
6. Mahasiswa mampu mengevaluasi sebagai tolak ukur guna menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
7. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. T 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. Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera

Diharapkan dapat menjadi acuan dalam menanganin atau dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Defenisi

Risiko Perilaku Kekerasan adalah Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung Perilaku Kekerasan atau riwayat Perilaku Kekerasan. (Untari, 2021).

Risiko Perilaku Kekerasan merupakan perilaku yang memperlihatkan individu tersebut dapat mengancam secara fisik, emosional atau seksual kepada orang lain dan adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat mencederai diri sendiri bahkan orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol diri. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Lovinda, 2021).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjai dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi strssor lingkungan yang dialaminya (Wulansari & Sholihah, 2021).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah tak terkontrol (Malfasari, et al, 2020).

2.1.2 Faktor Terjadinya Risiko Perilaku Kekerasan

Faktor terjadinya risiko perilaku kekerasan dibagi menjadi dua, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi biologis, psikologis dan sosiokultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia dan imunovirologi, dan faktor presipitasi merupakan faktor stressor yang menjadikan klien mengalami skizofrenia yang terdiri dari faktor biologi, psikologi dan sosiokultural yang mampu menyebabkan risiko perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah (Pardede, Keliat, & Wardani, 2013).

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

Berdasarkan teori Faktor biologis/genetik mempunyai peranan dalam terjadinya skizofrenia, meskipun sulit dipisahkan apakah karena faktor genetik atau lingkungan. Faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia dan imunovirologi (Pardede, Keliat, & Wardani, 2013).

b. Faktor psikologis

1) Kehilangan

Kehilangan adalah suatu keadaan dimana seseorang merasa kekurangan atas ketiadaan sesuatu yang tadinya ada. Kehilangan disebabkan oleh berbagai macam yaitu kehilangan orang yang dicintai, barang maupun pekerjaan. Rasa kehilangan akan menyebabkan seseorang merasa cemas hingga mengalami kecemasan yang berlebihan itulah yang akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan kejiwaan (Kandar, 2019).

2) Kepribadian

Kepribadian adalah organisasi-organisasi dinamis sistem-sistem psikofisik dalam individu yang turut menentukan cara-caranya yang unik/khas dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya. kepribadian adalah sesuatu yang menentukan perilaku dalam ketetapan situasi dan kesadaran jiwa. faktor yang mendukung terjadinya risiko perilaku kekerasan yaitu kepribadian tertutup (Kandar, 2019).

c. Faktor sosial budaya

1) Pekerjaan

Faktor status sosioekonomi yang rendah menjadi penyumbang terbesar adanya gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif dibandingkan dengan pada seseorang yang memiliki tingkat perekonomian tinggi. Seseorang yang tidak memiliki pekerjaan mempengaruhi kejadian perilaku kekerasan, masalah status sosioekonomi yang rendah berdampak pada status kesehatan jiwa seseorang dan berpotensi menyebabkan gangguan jiwa dan menyebabkan perilaku agresif atau risiko perilaku kekerasan (Wulansari & Sholihah, 2021).

2) Pernikahan

Penderita risiko perilaku kekerasan yang dirawat dengan gangguan jiwa memiliki riwayat status perkawinan hampir setengahnya belum menikah atau bercerai. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan pada masa perkawinan merupakan stresor bagi individu. Rasa malu dan marah dapat menimbulkan frustrasi bagi penderita sehingga mengakibatkan penderita

cenderung mengalami perilaku maladaptive (Wulansari & Sholihah, 2021).

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain. Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengemukakan respon marah apabila merasa dirinya terancam (Makhruzah, Putri, & Yanti, 2021).

2.1.3 Tanda Dan Gejala Risiko Perilaku Kekerasan

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardani dan Sari (2018), bahwa pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala seperti fisik (muka merang, tegang, mata melotot, tangan menggepal, dan mondar-mandir), verbal (bicara kasar, suara tinggi, membentak, mengancam, mengumpat kata-kata kotor), perilaku (melempar, memukul, menyerang orang, melukai diri sendiri, orang lain dan amuk agresif), emosi (tidak adekuat, tidak nyaman, rasa terganggu, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menalahkan dan menuntut) (Wardani & Sari, 2018).

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan : Muka merah dan tegang, mata melotot/ pandangan tajam, mengepalkantangan, mengatupkan rahang dengan kuat, Bicara kasar Suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau beda, tidak mempunyai kemampuan

mencegah/mengontrol perilaku kekerasan. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017, dalam Malfasari, et al 2020) Terdapat 2 tanda dan gejala yaitu mayor dan minor pada pasien perilaku kekerasan, mayor subjektif : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, bicara ketus, objektifnya : menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif/amuk, sedangkan minornya yaitu objektif : mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku (Malfasari, et al, 2020).

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

1. Subjektif

- a. Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- b. Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c. Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

1. Objektif

- a. Mata melotot/pandangn tajam.
- b. Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
- c. Wajah memerah.
- d. Postur tubuh kaku.
- e. Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- f. Suara keras.
- g. Bicara kasar, ketus.
- h. Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.
- i. Merusak lingkungan.
- j. Amuk/agresif.

2.1.4 Rentang Respon Marah

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah

1. Respon Adaptif

- a. Asertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan
- b. Frustrasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative (Mulia, 2020).

2. Respon Maladaptif

- a. Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan nya.
- b. Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
- c. Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilang nya control (Mulia, 2020).

2.1.5 Mekanisme Koping

Menurut Dwi & Arum (2017), Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represi, denial dan reaksi formasi (Dwi & Arum, 2017).

Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain:

1. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

2. Memberontak

Perilaku muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

3. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain (Kio, Wardana, & Arimbawa, 2020).

2.1.6 Penatalaksanaan

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat diberikan kepada pasien yaitu Haloperidol 5 mg (2x1), Trihexyphenidyl 2 mg (2x1), Risperidone 2 mg (2x1), dan Chlorpromazine 1 mg (1x1) (Silvia & Kartina, 2020). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis, untuk mengenal masalah perilaku kekerasan serta mengajarkan pengendalian amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, berkomunikasi verbal dengan baik-baik, spritual : beribadah sesuai keyakinan pasien

dan terapi aktivitas kelompok, (Hastuti, Agustina, & Widiyatmoko 2019).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah sebagai dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Saputri & Mar'atus, 2021)

2.2.2 Analisa Data

Analisa Data Dengan melihat data subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, affeck dari masalah tersebut. Dari 12 hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (Hasannah, 2019).

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nadek (2019), Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien risiko perilaku kekerasan adalah :

1. Risiko perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah
3. Perubahan Presepsi sensori: Halusinasi
4. Isolasi sosial
5. Berduka disfungsional
6. Koping keluarga inefektif

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian teknik mengontrol perilaku kekerasan dengan pemberian SP I cara fisik yaitu relaksasi tarik nafas dalam serta penyaluran energi, SP II dengan pemberian obat, SP III verbal

atau social, SP IV spiritual. Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien lalu pasien diberikan jadwal kegiatan sehari dalam upaya mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan pasien (Hasannah, 2019).

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistemis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi dan kemampuan evaluasi (Anggit, 2021).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP sebagai berikut, S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan, A: Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap ada, muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada, dan P : Tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon pasien rencana tindak lanjut dapat berupa hal rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah) atau rencana dimodifikasi (jika masalah tetap, sudah dilaksanakan semua tindakan terapi hasil belum memuaskan) (Anggit, 2021).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Identitas Klien

Inisial : Ny. T
Jenis kelamin : Perempuan
Umur : 52 Tahun
Agama : Kristen Protestan
Status : Lajang
Tanggal pengkajian : 05 Maret 2021
Informant : Status klien dan komunikasi dengan klien.

3.2 Alasan Masuk Yayasan Pemenang Jiwa

Alasan klien masuk yayasan pemenangan jiwa adalah klien mengatakan klien sering marah-marah semenjak orang tua nya (ibu nya) meninggal dunia pada tahun 2015. Kalau lagi marah klien sering melempar barang yang ada dirumahnya, klien mengatakan bahwa dia tidak dapat mengontrol emosi nya, bahkan pernah hampir memukul abangnya. Abang dan kakak klien semuanya sudah menikah, dan tidak mampu mengurus klien sehingga klien diantar ke yayasan pemenang jiwa.

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa $\pm$ 10 tahun yang lalu dan pulang kerumah dalam keadaan tenang. Dirumah klien tidak rutin minum obat, tidak mau kontrol ke RSJ sehingga timbul gejala-gejala seperti diatas. Keluarga klien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku kekerasan

3.4 Fisik

Klien tidak memiliki keluhan fisik, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, didapatkan hasil TD : 110/80 mmHg ; N : 80x/i ; S : 36,5°C ; P : 20x/i. Klien memiliki tinggi badan 158 cm dan berat badan 62 Kg.

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Penjelasan :

Klien anak kedelapan dari 8 bersaudara, klien berinisial Ny. T, anak yatim piatu, ayah dan ibunya meninggal saat usia klien 46 tahun. Ny. T belum menikah.

Keterangan :

□ : Laki-Laki

○ : Perempuan

○ : Klien

---- : Tinggal dalam satu rumah

⊗ : Meninggal

3.5.2 Konsep diri

- Gambaran diri : Tidak ada kecacatan
- Identitas : Klien anak ke 8 dari 8 bersaudara, klien lulusan S1 Theology yang saat ini dirawat di yayasan pemenang jiwa sumatera
- Peran : Klien berperan sebagai anak dan masih lajang, klien sebelumnya tinggal bersama keluarganya sebelum orang tua nya meninggal dunia.

- d. Ideal diri : Klien merasa malu karena di antarkan ke yayasan pemenangan jiwa tersebut
- e. Harga diri : Klien merasa apakah dirinya tidak dianggap oleh saudara nya lagi semenjak orang tua nya meninggal dunia, karena dirinya di tempatkan jauh dari dan abang dan kakaknya

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3.5.3 Hubungan sosial

Klien menganggap bahwa keluarganya adalah orang yang sangat berarti dalam hidupnya, orang tua nya sudah meninggal dunia keluarga yang paling berharga adalah abang dan kakaknya. Klien selalu mengikuti kegiatan di yayasan tersebut. Klien mengatakan tidak suka bergaul dengan teman-teman yang ada di yayasan pemenang jiwa, dia lebih suka menyendiri.

Masalah keperawatan: Isolasi sosial

1.5.4 Spiritual

- 1. Nilai dan Keyakinan : Klien beragama kristen dan yakin dengan agamanya.
- 2. Kegiatan Ibadah : Ibadah 3 kali sehari. Yaitu pagi 2 kali, sekitar pukul 6 pagi dan pukul 10 pagi, selanjutnya jam 7 malam.

2.5.4 Status Mental

- a. Penampilan

Penjelasan : Klien berpenampilan bersih, dan rapi

- b. Pembicaraan

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

- c. Aktivitas Motorik

Penjelasan : Klien terlihat sedikit gelisah

d. Suasana perasaan

Penjelasan : Klien merasa dibuang oleh keluarganya dan merasa minder dengan orang lain karena di rawat di yayasan pemenang jiwa

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

e. Afek

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

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

f. Interaksi selama wawancara

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

g. Persepsi

Penjelasan : Tidak mendengar suara-suara aneh

h. Proses Pikir

Penjelasan : Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan baik.

i. Isi pikir

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

j. Tingkat kesadaran

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

k. Memori

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

l. Tingkat konsentrasi berhitung

Penjelasan : Klien mampu berkonsentrasi dalam perhitungan sederhana tanpa bantuan orang lain.

m. Kemampuan penilaian

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

n. 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

Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : Pasien mengatakan dukungan psikososial dan lingkungan di yayasan sangat baik, hanya saja dia lebih suka menyendiri.

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial

3.8 Pengetahuan Kurang Tentang

Klien tidak mengetahui tentang gangguan jiwa yang di alaminya, pasien mengatakan jika sedang emosi akan melampiaskannya pada dinding kamar.

Masalah Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan.

3.9 Aspek Medis

Diagnosa Medik :

- a. Risiko Perilaku Kekerasan
- b. Perilaku kekerasan

Terapi Medik : Pemberian/minum obat kepada pasien secara teratur.

- a. Risperidon (RSP) tablet 2 mg 2x1.
- b. Klozapin 25 mg 2x1

3.10 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada dirumahnya, pernah hamper memukul keluarganya dan marah-marah.</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan tampak gelisah.</p>	Risiko Perilaku Kekerasan
2.	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan tidak mau bergaul dan lebih suka menyendiri karena penyakitnya.</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak tidak dapat mempertahankan kontak mata dengan perawat</p>	Isolasi Sosial
3	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan dibuang oleh keluarganya dan merasa minder dengan orang lain karena di rawat diyayasan pemenang jiwa</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak malu dan gelisah, dan tampak sedih saat di kaji</p>	Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah

3.11 Pohon Masalah

3.12 Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Isolasi Sosial
3. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

3.13 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko perilaku kekerasan	klien dapat membina 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 dan sikap 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 mendemonstrasikan 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	Klien mampu	Sp 2 :

	mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur	mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat	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 tanpa marah • Menolak dengan baik • Mengungkapkan perasaan kesal
	Klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikkan cara spiritual (beribadah	Klien paham dan mampu mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah	Lakukan SP 4 pasien risiko perilaku kekerasan : Diskusikan bersama klien cara mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
Isolasi Sosial	Pasien mampu : 1. Membina hubungan saling percaya 2. Menyadari penyebab isolasi social 3. Berkenalan dengan perawat	1. Mampu membina hubungan saling percaya di tandai dengan pasien menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, memperlihatkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan namanya, mau menjawab salam, pasien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi 2. Mampu mengenal penyebab isolasi sosial, keuntungan berhubungan dengan orang lain, dan kerugian tidak berhubungan 3. Mampu berkenalan dengan perawat 4. Mampu menyusun jadwal kegiatan harian berkenalan	Sp 1 : Menjelaskan keuntungan dan kerugian mempunyai teman Sp 2 : Melatih klien berkenalan dengan 2 orang atau lebih SP 3 : Melatih klien bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian SP 4 : Melatih berbicara sosial : Seperti meminta sesuatu, berbelanja, dan sebagainya
Gangguan Konsep Diri	1. Klien dapat mengidentifikasi aspek positif dan	1. Mampu mengidentifikasi aspek positif dan	Sp 1 : Mengidentifikasi kemampuan dan

: Harga Diri Rendah	<p>kemampuan yang dimiliki</p> <p>2. Klien dapat menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</p> <p>3. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p> <p>4. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat</p>	<p>kemampuan yang dimiliki</p> <p>2. Klien mampu menilai kemampuan yang dimiliki untuk dilaksanakan</p> <p>3. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p> <p>4. Klien dapat melakukan kegiatan sesuai rencana yang dibuat</p>	<p>aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>Sp 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Menilai kemampuan yang dapat digunakan b. Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan c. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 <p>Sp 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>Sp 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>
---------------------	---	---	--

3.14 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 09 Maret 2021 10:30 WIB	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, ,suka menyendiri, merasa tidak dihargai</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 1 Risiko Perilaku Kekerasan:</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 - Membantu klien latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal. <p>4. RTL:</p> <p>Sp2 Risiko Perilaku Kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat 	<p>S : antusias dan bersemangat</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

	secara teratur	
Rabu, 10 Maret 2021 10:00 WIB	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan depan rumah</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 2Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kemampuan klienuntuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2. Memberikan informasi tentang penggunaan obat <p>4.RTL:</p> <p>Sp 3 Risiko Perilaku Kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komunikasi secara verbal:Asertif/bicara baik-baik. 	<p>S : senang dan antusias</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri - Klin mampu pukul kasur bantal secara mandiri - Klien mampu ke poli jika merasa kumat dan meminum obat secara teratur dengan bantuan perawat <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihantarik nafas dalam 1 x/hari - Latihan pukul kasur bantal 1 x/hari - berobat
Jumat, 12 Maret 2021 10:30 WIB	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baikdengan motivasi <p>A : Risiko Perilaku kekerasan (+)</p>

	<p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 3 Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal - Minum obat - Komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik <p>4.RTL:</p> <p>Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spritual : Beribadah 	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihantarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 1x/hari - Berobat - Klien melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik
<p>Sabtu, 13 Maret 2021 10:30 WIB</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjualan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan:</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>3.Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>RTL :</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan : Follow up</p>	<p>S : senang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melaksanakan kegiatan ibadah dengan baik misalnya Sholat <p>A : Risiko perilaku kekerasan (+)</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihantarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2x/hari - Berobat - Latihan melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik - Latihan klien untuk

	dan evaluasi SP 1-4 risiko Perilaku Kekerasan	melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.
--	---	--

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 16 Maret 2021 10:30 WIB	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 1 Harga Diri Rendah :</u> Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>4. RTL: Sp2 Harga Diri Rendah:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menilai kemampuan yang dapat digunakan Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 	<p>S : Antusias dan bersemangat</p> <p>O : Klien mampu Mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki pasien yaitu berdoa dan bersyukur.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : Klien selalu memulai segala aktivitas nya dengan bersyukur dan Doa.</p>
Kamis, 18	1. Data :	S : Senang dan antusias

<p>Maret 2021 10:00 WIB</p>	<p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 2 Harga Diri Rendah :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Menilai kemampuan yang dapat digunakan Menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1 <p>4. RTL: Sp 3 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p>	<p>O : Klien mampu memilih dan melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu masak.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P : Klien melatih kemampuan memasak yang dimiliki nya</p>
<p>Sabtu, 20 Maret 2021 10:30 WIB</p>	<p>1. Data : Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p>	<p>S : Senang dan antusias</p> <p>O : Klien mampu melatih kegiatan sesuai kemampuan yaitu menyuci piring.</p> <p>A : Harga Diri Rendah (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> Berdoa, Mengikuti

	<p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 3 Harga Diri Rendah :</u></p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>4. RTL:</p> <p>Sp 4 : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p>	<p>ibadah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membantu Masak • Menyuci piring
<p>Selasa, 23 Maret 2021 10:30 WIB</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri, perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 4 Harga Diri Rendah :</u></p> <p>Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3</p> <p>RTL :</p> <p>Harga Diri Rendah : Follow up dan evaluasi SP 1-4</p>	<p>S : Senang</p> <p>O : Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih yaitu menyapu rumah</p> <p>A : Harga diri rendah (+)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berdoa, Mengikuti ibadah • Membantu Masak • Menyuci piring • Menyapu Halaman

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 09 Maret 2021 10:30 WIB	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : Klien mengatakan tidak mau bergaul dan lebih suka menyendiri karena penyakitnya. Klien tampak tidak dapat mempertahankan kontak mata dengan perawat</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Isolasi Sosial</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 1 Isolasi Sosial :</u></p> <p>a. Mengidentifikasi penyebab Isolasi Sosial</p> <p>b. Berdiskusi dengan klien tentang keuntungan bila berhubungan dengan orang lain.</p> <p>c. Berdiskusi dengan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain.</p> <p>4. RTL:</p> <p>Sp2: Isolasi Sosial</p> <p>Mengajarkan klien cara berkenalan Menganjurkan klien memasuki kegiatan latihan berkenalan kedalam kegiatan harian.</p>	<p>S: Malu dan takut, tidak biasa keluar rumah sendiri, keuntungannya banyak teman dan bisa berbagi cerita, kerugiannya tidak ada teman, bersalaman, ucapkan salam, sebutkan nama, hobi dan asal,</p> <p>O : Pasien mampu menjawab sapaan, mau berjabat tangan mampu menyebutkan nama lengkap tidak ada kontak mata, afek tumpul, bicara lambat (suara pelan hampir tidak terdengar), mau duduk berdampingan dengan perawat, mampu mengutarakan masalah yang dihadapi, mampu menyebutkan keuntungan dan kerugian berkenalan, mampu menyebutkan cara berkenalan,</p> <p>A : SP 1 berhasil,</p> <p>P : lanjutkan SP 2.</p>
Jumat, 12 Maret 2021	<p>1. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Isolasi Sosial</p>	<p>S: saya latihan berkenalan, selamat pagi perkenaln nama</p>

10:00 WIB	<p>2. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 2 Isolasi Sosial :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan kesempatan pada klien mempraktikkan cara berkenalan. Mengajarkan klien berkenalan dengan orang pertama (seorang perawat) Menganjurkan klien memasuki kedalam jadwal kegiatan harian. <p>3. RTL:</p> <p>Sp 3 : Melatih klien bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian</p>	<p>saya Sungming hobi main sepak bola, nama perawat siapa, hobi</p> <p>O :Klien menyebutkan cara berkenalan, klien mempraktekan cara berkenalan dengan seorang perawat, kontak mata kurang, afek tumpul, bicara lambat</p> <p>A: SP 2 tercapai.</p> <p>P : lanjutkan SP3</p>
<p>Sabtu, 13</p> <p>Maret 2021</p> <p>10:30 WIB</p>	<p>1. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>2. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 3 Isolasi Sosial :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien Melatih klien bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian <p>3. RTL:</p> <p>Sp 4 : Melatih berbicara sosial : Seperti meminta sesuatu, berbelanja, dan sebagainya</p>	<p>S : Klien bercakap cakap, mampu beraktivitas</p> <p>O: Klien mempraktekan cara berkenalan dengan seorang perawat dan klien lainnya, kontak mata kurang, afek tumpul, bicara lambat (suara pelan hampir tidak terdengar, klien memasuki jadwal latihan berkenalan dengan orang kedua dalam jadwal hariannya yaitu pukul 10.00.</p> <p>A: SP 3 tercapai.</p> <p>P: Lanjutkan SP4</p>

<p>Selasa, 16 Maret 2021 10:30 WIB</p>	<p>1. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah</p> <p>2. Tindakan keperawatan: <u>Sp 4 Isolasi Sosial :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi pasien cara pasien bersosialisasi seperti meminta sesuatu berbelanja dan lain sebagainya b. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien c. Melatih berbicara sosial : Seperti meminta sesuatu, berbelanja, dan sebagainya <p>3. RTL: Follow up dan evaluasi SP 1-4</p>	

BAB 4

PEMBAHASAN

Setelah mahasiwa melaksanakan asuhan keperawatan kepada Ny. T dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera, maka mahasiswa pada BAB ini akan membahas kesenjangan antara teoritis dan 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 pengawas yayasan. Mahasiswa mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien di yayasan pemenang jiwa. Maka mahasiwa melakukan pendekatan pada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien. Adapun upaya tersebut yaitu :

1. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
2. Mengadakan pengkajian pasien dengan wawancara dan tidak menemukan kesenjangan karena di temukan hal sama seperti diteori bahwasanya Risiko Perilaku Kekerasan merupakan Suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Untari, 2021).

4.2 Tahap Perencanaan

Perencanaan dalam proses keperawatan lebih di kenal dengan asuhan keperawatan yang merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Pada tahap perencanaan mahasiswa menyusun rencana tindakan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan. Pada tahap ini antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan

sehingga mahasiswa dapat melaksanakan tindakan seoptimal mungkin di dukung dengan seringnya bimbingan dengan pembimbing. Secara teoritis digunakan secara strategi pertemuan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul saat pengkajian. Adapun upaya yang digunakan mahasiswa ialah :

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 mempraktekkan latihan cara mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal.
- f. Menjelaskan cara mengontrol Perilaku Kekerasan dengan minum obat secara teratur.
- 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 mahasiswa mengatasi masalah keperawatan dengan diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan/Perilaku Kekerasan karena masalah utama yang dialami pasien. Pada diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan/Perilaku Kekerasan strategi pertemuan ialah mengidentifikasi perilaku kekerasan, mengontrol perilaku kekerasan, dan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur. Strategi pertemuan yang kedua ialah anjurkan minum obat secara teratur, strategi pertemuan ketiga ialah latihan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik. dan strategi terakhir pertemuan keempat yaitu spiritual (Hasannah, 2019).

4.4 Tahap Evaluasi

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 minum obat secara teratur.
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 Ny. T dan disimpulkan bahwa pasien dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan. Dimana pasien dapat melakukan tarik nafas dalam, memukul bantal secara mandiri untuk mengontrol amarahnya. Pasien juga minum obat secara teratur dan berbicara secara baik-baik jika ingin meminta sesuatu atau melakukan penolakan, hingga pasien dapat melakukan spritual sesuai ajaran agama yang dianut.

5.2 Saran

1. Bagi pasien hendaknya dapat mengontrol emosi dengan menerapkan strategi pelaksanaan, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal kasur, minum obat secara teratur, latihan cara komunikasi secara verbal atau bicara baik-baik, dan spiritual untuk mendukung kelangsungan kesehatan pasien.
2. Bagi Yayasan Pemenang Jiwa hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang baik dan membuat suasana lingkungan menjadi lebih nyaman agar klien tidak melakukan risiko perilaku kekerasan. Usahakan memberikan saran, nasehat dan motivasi kepada klien agar klien mendapatkan cara tentang bagaimana mengontrol marah.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit M, A. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. Skripsi, Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Dwi P, F., & Arum P, S. K. (2017). *Mekanisme Koping Pada Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Risiko Menciderai Orang Lain Dan Lingkungan*. Skripsi, Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/52420>
- Hasannah, S. U. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan* (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/41>
- Hastuti, R. Y., Agustina, N., & Widiyatmoko, W. (2019). Pengaruh restrain terhadap penurunan skor EC pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(2), 135-144. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4907/pdf>
- 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>
- Kio, A. L., Wardana, G. H., & Arimbawa, A. G. R. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Caring: Jurnal Keperawatan*, 9(1), 69-72. <http://ejournal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/caring/article/view/592>
- Lovinda Pristalia, (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. Karya Tulis Ilmiah, Universitas Kusuma Husada Surakarta. <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/985/1/Naspub%20LOVINDA.pdf>
- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65-74. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Manao, B. M., & Pardede, J. A. (2019). Correlation of Family Burden of The Prevention of Recurrence of Schizophrenia Patients. *Mental Health*, 4(1), 31-42.

- Mulia, D. D. P. B. (2020). Penatalaksanaan Secara Konstruktif Dengan Crossword Puzzle Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta. *IJMS-Indonesian Journal on Medical Science*, 7(2). <http://ejournal.ijmsbm.org/index.php/ijms/article/view/246>
- Nadek, V. F. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Diagnosa: Perilaku Kekerasan Diruang Rawat Inap Naimata Kupang* (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Kupang). http://repository.poltekkeskupang.ac.id/1851/1/KTI_%28VERDIANA_N_ADEK%29.pdf
- 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>
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291-300. <http://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/621/338>
- Pardede, J. A. (2020, November 12). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2013). Pengaruh Acceptance And Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Gejala, Kemampuan Berkomitmen Pada Pengobatan Dan Kepatuhan Pasien Skizofrenia. Tesis.FIK UI.Depok
- Pitayanti, A., & Hartono, A. (2020). Sosialisasi Penyakit Skizofrenia Dalam Rangka Mengurangi Stigma Negatif Warga di Desa Tambakmas Kebonsari-Madiun. *Journal of Community Engagement in Health*, 3(2). <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/83/78>
- Riskesdas (2018) Hasil Utama riskesdas 2018 Kementrian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Suryenti, V. (2017). Dukungan dan beban keluarga dengan kemampuan keluarga merawat pasien resiko perilaku kekerasan di klinik jiwa rumah sakit jiwa Provinsi Jambi tahun 2017. *Jurnal Psikologi Jambi*, 2(2), 39-46. <https://online-journal.unja.ac.id/jpi/article/view/4795>
- Saputri, S. F. M & Mar'atus, M. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. Skripsi, Universitas Kusuma Husada Surakarta.

- Untari, S. N. (2021). *Asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan* (Doctoral dissertation, Perpustakaan Universitas Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/961>
- Wulansari, E. M. & Sholihah, M, M. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020>
- Wardani, L. K., & Sari, D. K. (2018). Analisa Kemampuan Mengontrol Marah ditinjau dari Penerapan REBT (Rational Emotive Behaviour Therapy) pada Klien Skizofrenia di UPT Bina Laras Kras Kediri. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 7(2), 57-61. <https://doi.org/10.30994/sjik.v7i2.173>