Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Pada Penderita Skiozfrenia: Studi Kasus

***Nurhayaty Pangaribuan¹, Salinda Manurung², Verdalius
Amazihono³, Yuris Dawinda Waruwu⁴**

[*nurhayaty120598@gmail.com](mailto:nurhayaty120598@gmail.com)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah seseorang dari segi mental terganggu bahkan pikirannya tidak bisa digunakan secara normal (Anggita, 2019). Gangguan jiwa berat dikenal juga dengan sebutan psikosis adalah skizofrenia (Malfasari, 2020). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya dengan nyawa seseorang. Dalam penanganan penyakit ini karena jiwa yang terganggu maka di butuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar untuk penangan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit skizofrenia (Pitayanti, 2020).

Skizofrenia suatu gangguan jiwa yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang di tandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020). Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan Kemenkes tahun 2019 di urutan pertama Provinsi Bali 11,1% dan nomor dua disusul oleh Provinsi DI Yogyakarta 10,4%, NTB 9,6%, Provinsi Sumatera Barat 9,1%, Provinsi Sulawesi Selatan 8,8%, Provinsi Aceh 8,7%, Provinsi Jawa Tengah 8,7%, Provinsi Sulawesi Tengah 8,2%, Provinsi Sumatera Selatan 8%, Provinsi Kalimantan Barat 7,9%. Sedangkan Provinsi Sumatera Utara berada pada posisi ke 21 dengan prevalensi 6,3% (Kemenkes, 2019). Tanda dan gejala yang sering timbul akibat skizofrenia berupa gejala positif dan negatif seperti perilaku kekerasan.

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain.

Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, marah, mudah tersinggung, mengamuk dan bisa mencederai diri sendiri. Perubahan pada fungsi kognitif, fisiologis, afektif, hingga perilaku dan sosial hingga menyebabkan Risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan data tahun 2017 dengan Risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang menunjukkan Risiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi (Pardede, 2020). Risiko perilaku kekerasan timbul akibat rasa tidak nyaman dan panik yang terjadi akibat stressor dari dalam dan luar lingkungan. 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 (Azis, 2018).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami Risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

Risiko mencederai merupakan suatu tindakan yang memungkinkan dapat melukai atau membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sehingga masalah yang terjadi pada pasien perilaku kekerasan akan melibatkan keluarga (Suryeti, 2017). Pada Survei awal ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Diruangan Dolok Sanggul I yang berjumlah 19 dengan diagnosa medis skizofrenia dan 3 orang yang dengan masalah keperawatan jiwa Risiko perilaku kekerasan, subjek di dalam pembuatan asuhan keperawatan ini diambil 1 orang dengan pasien

Risiko perilaku kekerasan atas nama inisial Tn. H Penyebabnya Tn. H di jadikan sebagai subjek dikarenakan pasien belum bisa mengatasi emosinya selain meminum obat. Berdasarkan survey awal yang didapat penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Tn. H dengan masalah Risiko perilaku kekerasan di ruang dolok sanggul I .

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang telah di paparkan pada latar belakang maka rumusan masalah ini yaitu dapat memberikan Asuhan Keperawatan jiwa pada Tn, H dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Muhammad Ildrem.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif kepada Tn. H dengan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem di ruangan Dolok Sanggul I

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Tn. H dengan gangguan Risiko perilaku kekerasan.
2. Mahasiswa mampu melakukan menegakkan diagnosa pada Tn. H dengan gangguan Risiko perilaku kekerasan.
3. Mahasiswa mampu melakukan menetapkan perencanaan pada Tn. H dengan gangguan Risiko perilaku kekerasan.
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada Tn. H dengan gangguan Risiko perilaku kekerasan.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada Tn. H dengan gangguan Risiko perilaku kekerasan.
6. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan padan Tn. H dengan Risiko Perilaku Kekerasan

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Risiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Defenisi

Perilaku kekerasan merupakan suatu 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). Perilaku kekerasan dapat menyebabkan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang dengan orang lain yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio, 2020).

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

2.1.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah muka merah, tegang, mata melotot/pandangan tajam, bicara kasar, nada suara tinggi, membentak, kata-kata kotor, ketus, memukul benda/orang lain, menyerang orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif, jengkel,

tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, cerewet, kasar, berdebat, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli, kasar, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran (Estika, 2021).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah Risiko perilaku kekerasan, (Pardede, Siregar & Halawa, 2020) :

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.

Objektif

- a. Mata melotot/pandangan 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.

2.1.3 Etiologi

Penyebab dari perilaku kekerasan bukan terdiri cuman satu faktor tetapi termasuk juga faktor keluarga, media, teman, lingkungan, biologis. Perilaku kekerasan dapat menimbulkan dampak seperti gangguan psikologis, merasa tidak aman, tertutup, kurang percaya diri, resiko bunuh diri, depresi, harga diri rendah, ketidak berdayaan, isolasi sosial (Putri, 2020).

Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya skizofrenia meliputi biologis, psikologis, dan sosialkultural, dimana faktor biologis yang mendukung terjadinya skizofrenia adalah genetik, neuroanatomi, neurokimia, dan imunovirologi. 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).

Penyebab pasien beresiko untuk melakukan perilaku kekerasan disebabkan oleh cemas secara terus menerus, untuk itu dibutuhkan strategi preventif untuk mencegah perilaku kekerasan yang salah satunya adalah dengan melakukan teknik relaksasi. Teknik relaksasi merupakan salah satu yang sering digunakan untuk menghilangkan stress ialah *Muscle Relaxation Therapy (PMRT)*. Terapi ini mudah dipelajari dan tidak terbatas, dampaknya bisa mengurangi kecemasan dan depresi, peningkatan perasaan kontrol diri dan peningkatan kemampuan coping dalam situasi stress (Pardede, Simanjuntak & Laia, 2020). Faktor psikologis yang menyebabkan pasien mengalami perilaku kekerasan antara lain yaitu : Keperibadian yang tertutup, kehilangan, aniaya seksual, kekerasan dalam keluarga (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020).

2.1.3.1 Faktor Predisposisi

1. Faktor Psikologis

Psychoanalytical Theory : Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Pandangan psikologi mengenai perilaku agresif mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup. Beberapa contoh dari pengalaman hidup tersebut :

- a. Kerusakan otak organik dan retardasi mental sehingga tidak mampu menyelesaikan secara efektif.
 - b. Rejeksi yang berlebihan saat anak-anak.
 - c. Terpapar kekerasan selama masa perkembangan.
2. Faktor Sosial Budaya
- Sosial Learning Theory, ini merupakan bahwa agresif tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan.
3. Faktor biologis
- Neurotransmitter yang sering dikaitkan perilaku agresif dimana faktor pendukunya adalah masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, sering mengalami kegagalan, kehidupan yang penuh tindakan agresif dan lingkungan yang tidak kondusif.
4. Perilaku
- Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

2.2.3.2 Faktor Presipitasi

Ketika seseorang merasa terancam terkadang tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Tetapi secara umum, seseorang akan mengeluarkan respon marah apabila merasa dirinya terancam. Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Faktor yang

mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yaitu (Parwati, 2018) :

- a. Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, kurang percaya diri.
- b. Lingkungan : Ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

2.1.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan perilaku kekerasan bisa juga dengan melakukan terapi *restrain*. *Restrain* adalah aplikasi langsung kekuatan fisik pada individu, tanpa injin individu tersebut, untuk mengatasi kebebasan gerak, terapi ini melibatkan penggunaan alat mekanis atau manual untuk membatasi mobilitas fisik pasien. Terapi *restrain* dapat diindikasikan untuk melindungi pasien atau orang lain dari cedera pada saat pasien lagi marah ataupun amuk (Hastuti, 2019).

Penanganan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Terapi medis yang dapat di berikan seperti obat antipsikotik adalah *Chlorpoazine* (CPZ), *Risperidon* (RSP) *Haloperidol* (HLP), *Clozapin* dan *Trifluoerazine* (TFP). 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 (Estika, 2021).

1. Terapi Medis

Fsikomarmaka adalah terapi menggunakan obat dengan tujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian kepatutan mium obat adalah mengonsumsi obat yang direspkan oleh dokter pada waktu dan dosis yang

tepat karena pengobatan hanya akan efektif apabila penderita memenuhi aturan dalam penggunaan obat (Pardede, Keliat, & Yulia, 2015).

2. Tindakan Keperawatan

Mengajarkan stimulasi persepsi perilaku kekerasan berdasarkan standar pelaksanaan untuk mengenal penyebab perilaku kekerasan dengan latihan fisik seperti : Tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, meminum obat dengan teratur, berbicara secara baik-baik seperti meminta sesuatu dan mengajarkan spritual sesuai kepercayaan pasien (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut (Anggit Madhani, 2021), asuhan keperawatan meliputi dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

2.2.1 Pengkajian

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 (Keliat, 2016).

3. Faktor Predisposisi

- a. Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami

gangguan jiwa (Parwati, 2018).

- b. Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya ke rumah sakit sebagai alternatif serta memasingkan diri dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa
- c. Trauma. Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.
- d. Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.
- e. Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

4. Pengkajian Fisik

- a. Ukur dan observasi tanda-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 perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)
- d. Verbal (mengancam, mengumpat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

5. Psikososial

a. 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.

b. Konsep diri

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.

c. Identitas

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

d. Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

e. Peran diri

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

f. Ideal diri

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

6. Hubungan sosial

- a. Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara
- b. 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

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

8. Status mental

a. Penampilan.

Biasanya penampilan klien kotor.

b. Pembicaraan.

Biasanya pada klien perilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

c. Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motorik klien dengan perilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubah-ubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

d. Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

e. Efek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

f. Interaksi selama wawancara

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

g. Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

h. Isi Pikir

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

j. Tingkat kesadaran

k. Biasanya klien perilaku kekerasan kadang tampak bingung,

l. Memori

m. Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka

panjang.

- n. Kemampuan penilaian
- o. Biasanya klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan
- p. Daya fikir diri
- q. Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya

9. Kebutuhan persiapan pulang

- a. Makan
- b. Biasanya klien tidak mengalami perubahan
- c. BAB/BAK
- d. Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan tidak ada gangguan
- e. Mandi
- f. 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.
- g. Berpakaian
- h. Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki
- i. Istirahat dan tidur
- j. Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu 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.
- k. Penggunaan obat
Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus

minum obat.

l. Pemeliharaan kesehatan

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

m. Aktifitas didalam rumah

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

10. Mekanisme koping

Biasanya klien menggunakan respon maldaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

11. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan

12. Pengetahuan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi Dari obat yang diminumnya.

2.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah dari teori (Nursali, 2018) bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh halusinasi pendengaran, akan berakibat resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, dan lingkungan, dari halusinasi dapat berakibat terjadi mencederai orang lain. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan perilaku kekerasan, halusinasi pendengaran,

isolasi sosial dan harga diri rendah.

2.4 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa gangguan persepsi sensoris Risiko perilaku kekerasan meliputi pemberian tindakan keperawatan berupa terapi (Sulah, 2016) yaitu :

1. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan memukul kasur/ bantal
2. Minum obat secara teratur.
3. kontrol perilaku kekerasan dengan cara berbicara baik- baik
4. spiritual

Strategi pelaksanaan pasien dengan risiko perilaku kekerasan ada 4 cara antara lain SP 1 (identifikasi penyebab, tanda-tanda, jenis perilaku kekerasan yang dilakukan dan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik : tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal), SP 2 (Latihan minum obat), SP 3 (Latihan secara verbal 3 cara yaitu mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar), SP 4 (Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berdoa).

2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata sering pelaksanaan jauh berbeda dengan rencana, hal ini terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisinya (here and now). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah kemampuan interpersonal, intelektual, teknis sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan, dinilai kembali apakah aman bagi klien. Setelah semuanya tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh

dilaksanakan (Fadillah, 2021).

Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Teknik yang perlu diperhatikan adalah strategi komunikasi, yang harus dilakukan yaitu : bersikap tenang, bicara lambat, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dengan cara yang kongkrit, tunjukkan respek pada klien, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan, jangan buat janji yang tidak dapat dirawat sejati. Lingkungan: menyediakan berbagai aktivitas. Tindakan perilaku: membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima.

2.6 Evaluasi

Evaluasi adalah proses hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan. Risiko perilaku kekerasan pendengaran tidak terjadi perilaku kekerasan, klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengenal Risiko perilaku kekerasannya, klien dapat mengontrol Risiko perilaku kekerasan dari jangka waktu 4x24 jam didapatkan data subjektif keluarga menyatakan senang karena sudah diajarkan teknik mengontrol Risiko perilaku kekerasan, keluarga menyatakan pasien mampu melakukan beberapa teknik mengontrol Risiko perilaku kekerasan. Data objektif pasien tampak berbicara sendiri saat Risiko perilaku kekerasan itu datang, pasien dapat berbincang- bincang dengan orang lain, pasien mampu melakukan aktivitas terjadwal, dan minum obat secara teratur (Aji, 2019). Evaluasi keperawatan yang diharapkan: klien sudah dapat mengidentifikasi penyebab, frekuensi perilaku kekerasan dan mengontrol perilaku kekerasan dengan Tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal, klien tidak melakukan perilaku kekerasan, klien minum obat dengan benar dan teratur.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

1. Identitas

Inisial : Tn. H

Jenis kelamin : Laki-Laki

Umur : 27 Tahun

Agama : Kristen Protestan

Status : Lajang

Alamat : Jl. Simanetek Dr. Norsila Kec. Ajibata

Tanggal pengkajian : 26 Januari 2022

Informant : Status klien dan komunikasi dengan klien.

3.2 Alasan Masuk Rumah Sakit

Alasan klien masuk RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem jiwa adalah klien mengatakan klien sering marah-marah, melempar barang yang ada dirumahnya, klien mengatakan pernah memukul orang sekitarnya seperti adik dan kakaknya.

3.3 Faktor Predisposisi

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa $\pm$ 1 tahun yang lalu tepatnya pada tahun 2020 dan pulang kerumah dalam keadaan tenang. Di rumah klien tidak rutin minum obat, tidak mau kontrol penyakitnya sehingga timbul gejala-gejala tersebut. Keluarga klien tidak ada yang pernah mengalami gangguan jiwa.

Masalah Keperawatan: Risiko 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 ; P : 20x/i.

3.5 Psikososial

3.5.1 Genogram

Penjelasan :

Klien anak ke tiga dari 6 bersaudara, klien berinisial Tn. H, klien anak yatim ayahnya meninggal saat dirinya berusia 12 tahun.

Keterangan :

□ : Perempuan

○ : Laki-Laki

: Klien

---- : Tinggal dalam satu rumah

: Meninggal

3.5.2 Konsep diri

- a. Gambaran diri : Tidak ada kecacatan
- b. Identitas : Klien anak ke 3 dari 6 bersaudara, klien hanya lulusan SMA yang saat ini dirawat di RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem medan
- c. Peran : Klien berperan sebagai anak dan masih lajang, klien sebelumnya tinggal bersama keluarganya.
- d. Ideal diri : Klien merasa malu karena di antarkan ke RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem.
- e. Harga diri : Klien merasa apakah dirinya tidak dianggap sebagai anak lagi, karena dirinya di tempatkan jauh dari oraang tua, adik dan kakaknya

Masalah keperawatan: Gangguan konsep diri : harga diri rendah kronis

3.5.3 Hubungan sosial

Klien menganggap bahwa keluarganya adalah orang yang sangat berarti dalam hidupnya, terutama orangtuanya. Klien jarang mengikuti kegiatan di RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem tersebut. Klien mengatakan suka menyendiri, tidak mau berbaur dengan kawan sekamarnya, klien juga tidak suka banyak bicara

Masalah keperawatan: Isolasi Sosial

3.5.4 Spiritual

- a. Nilai dan Keyakinan : Klien beragama kristen dan

yakin dengan agamanya.

- b. Kegiatan Ibadah : berdoa 3 kali sehari dan setiap hari selasa mengikuti kebaktian

3.5.5 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

- e. Penjelasan : Klien sedih jika melihat orang tua yang lewat depan RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem tempat klien di rawat.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah

- f. Afek

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

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

- g. Interaksi selama wawancara

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

- h. Persepsi

Penjelasan : tidak mendengar suara-suara aneh

- i. Proses Pikir

Penjelasan : Klien mampu menjawab apa yang ditanya dengan baik.

j. Isi pikir

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

k. Tingkat kesadaran

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

l. Memori

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

m. Tingkat konsentrasi berhitung

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

n. Kemampuan penilaian

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

o. 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 terpaksa mengikuti kegiatan di RSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrem tersebut.

3.8 Pengetahuan Kurang Tentang Gangguan Jiwa

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

3.9 Analisis Data

No	Data	Masalah Keperawatan
1	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan pernah melempar barang-barang yang ada dirumahnya, pernah memukul keluarganya dan marah- marah kepada adiknya.</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak memandang orang lain dengan tatapan bermusuhan dan tampak gelisah.</p>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan</p>
3	<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>	<p>Isolasi Sosial</p>
4	<p>Subjektif :</p> <p>Klien mengatakan dibuang oleh keluarganya dan merasa minder dengan orang lain karena di rawat diRSJ. Prof. Dr. Muhammad Ildrempemenang jiwa</p> <p>Objektif :</p> <p>Klien tampak malu dan gelisah, dan tampak sedih saat di kaji</p>	<p>Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis</p>

3.10 Daftar Masalah Keperawatan

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

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 membina hubungan saling percaya	Ketika di evaluasi Klien mau membalas salam, berjabat tangan, menyebutkan nama,	1.1.Membina hubungan saling percaya dengan

		tersenyum, ada	cara
		kontak mata,serta menyediakan waktu untuk kunjunganberikutnya	(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 teknik 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

			<p>baik tanpa marah</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Lakukan SP 4 pasien risiko perilaku kekerasan :</p> <p>Diskusikan bersama klien cara mengendalikan risiko perilaku kekerasan dengan cara beribadah.</p>
Isolasi Sosial	Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap	<p>Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap setelah 3x interaksi dengan :</p> <p>a) Klien – perawat</p> <p>b) Klien – perawat-perawat lain</p> <p>c) Klien – perawat-perawat lain – klien lain</p> <p>Klien – keluarga atau kelompok atau masyarakat</p>	<p>4.1 Observasi perilaku klien saat berhubungan dengan orang lain</p> <p>4.2 Beri motivasi dan bantu klien untuk berkenalan atau berkomunikasi dengan orang lain melalui :</p> <p>a. Klien – perawat</p>

			b. Klien-perawat – perawat lain c. Klien – keluarga atau kelompok 4.3 Beri reinforcement terhadap keberhasilan yang telah dicapai 4.4 Bantu klien mengevaluasi manfaat berhubungan dengan orang lain 4.5 Motivasi dan libatkan klien untuk mengikuti kegiatan TAK sosialisasi
Harga Diri Rendah	Klien dapat berinteraksi dengan orang lain. Klien mampu membina hubungan saling percaya	- Klien dapat menerima kehadiran perawat setelah 3x pertemuan - Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keberdayaan saat ini secara verbal a) Klien mau menjawab salam b) Ada kontak mata c) Klien mau berjabat tangan d) Klien mau berkenalan e) Klien mau menjawab pertanyaan f) Klien mau g) Klien mampu mengungkapkan perasaannya.	1. Bina hubungan saling percaya dengan : a. Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal b. Perkenalkan c. Tanyakan d. Jelaskan e. Buat kontrak interaksi yang jelas, jujur dan tepati janji f. Tunjukkan g. Beri perhatian pada klien

			dan perhatian kebutuhan dasar klien.
	Klien mampu menyebutkan penyebab menarik diri	Klien dapat menyebutkan minimal penyebab menarik diri : a. Diri Sendiri b. Orang lain c. Lingkungan	Tanyakan pada klien tentang : a. Orang yang tinggal serumah dengan klien b. Orang yang paling dekat dengan klien dirumah c. Apa yang membuat klien dekat dengan orang tersebut d. Orang yang tidak dekat dengan klien dirumah e. Apa yang membuat klien tidak dekat dengan orang tersebut f. Upaya yang sudah dilakukan agar dekat dengan

			<p>orang lain.</p> <p>2.2 Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya</p> <p>2.3 Diskusikan dengan klien penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul dengan orang lain</p> <p>2.4 Beri pujian terhadap kemampuan perasaannya.</p>
--	--	--	--

3.14 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
Rabu 26-01-2022 14:00-15:30	<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>Harga Diri Rendah</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 - Membantu klien latihan tarik napas dalam dan pukul kasur bantal. 	<p>S : klien mudah marah-marah, suka menyendiri</p> <p>O : antusias</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

	<p>Sp2 Risiko Perilaku Kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur 	
<p>Kamis 27-01-2022 14:00-15-30</p>	<p>1. Data :</p> <p>Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung, tatapan sinis, merasa tidak dihargai</p> <p>Kemampuan : berjalan depan rumah</p> <p>2. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Harga Diri Rendah</p> <p>3. Tindakan keperawatan:</p> <p><u>Sp 2 Risiko Perilaku Kekerasan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 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 : klien masih sering marah-marah tanpa sebab, dan suka menyendiri.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri Klien 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"> Latihan tarik nafas dalam 1 x/hari Latihan pukul kasur bantal 1 x/hari Obat yang dikonsumsi

		<ul style="list-style-type: none"> - Resperidone 2x1 25mg - Clozapine 1x1 20mg
Jumat 28-01-2022 14:00-15:30	1. Data : Tanda dan gejala : mudah marah-marah, mudah tersinggung,tatapan sinis, merasa tidak dihargai Kemampuan : berjalan	S : senang O : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-

	2. Diagnosa Keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan Harga Diri Rendah 3. Tindakan keperawatan: <u>Sp 3 Risiko Perilaku Kekerasan</u> <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 4.RTL: Sp 4 Risiko Perilaku Kekerasan: <ul style="list-style-type: none"> • Spritual : Beribadah 	baikdengan motivasi A : Risiko Perilaku kekerasan (+) P : <ul style="list-style-type: none"> - Latihan tarik nafas dalamdan pukul kasur bantal 1x/hari - Berobat - Klien melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik
--	--	--

<p>SABTU 29-01-2022 14:00-15:30</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>Harga Diri Rendah</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 	<p>S : klien masih sering marah-marah.</p> <p>O :-senang</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"> – Latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 2x/hari - Berobat - Latihan melakukan komunikasi secara verbal : asertif/bicara
---	--	---

	<p>melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.</p> <p>RTL :</p> <p>Risiko Perilaku Kekerasan : Follow up dan evaluasi SP 1-4 risiko Perilaku Kekerasan</p>	<p>baik-baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latihan klien untuk melaksanakan kegiatan spiritual yang sudah diatur.
<p>Kamis 03-02-2022 14:00-17:00</p>	<p>Data:</p> <p>Tanda dan gejala : tidak mau berbicara jika tidak ada yang duluan mengajak bicara, wajah sedih, murung, pendiam, dan suara pelan</p> <p>1. Diagnosa Keperawatan</p> <p>Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis</p>	<p>S : Klien memahami apa yang sudah diajarkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah mampu mengidentifikasi aspek positif yang ada pada dirinya: klien pandai mengajar - Klien sudah mampu

	<p>2. Tindakan Keperawatan SP 1 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis</p> <p>1. Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>SP 2 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis</p> <p>2. Menilai kemampuan yang dapat digunakan menetapkan/ memilih kegiatan sesuai kemampuan. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p>	<p>menetapkan kemampuan yang dapat digunakan</p> <p>A : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis (+)</p> <p>P : 1) Latih aspek positif yang dimiliki klien 1x/hari Latih klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian 1x/hari</p>
<p>Jum'at 04-02-2022 14:00- 17:30</p>	<p>SP 3 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis</p> <p>2. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih</p> <p>SP 4 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang di pilih 3</p> <p>3. RTL : SP 4 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang di pilih 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dilatih cara meningkatkan aspek positif yang dimilikinya <p>1. Data Tanda dan gejala : tidak mau berbicara jika tidak ada yang duluan mengajak bicara, wajah sedih, murung, pendiam, dan suara pelan</p>	<p>S : Pasien sangat antusias</p> <p>O : Pasien mampu menjelaskan hal-hal yang disukai dia seperti : menggambar, mewarnai, bernyanyi</p> <p>A : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis (+)</p> <p>P : latihan berinteraksi dengan orang lain dengan cara menggambar untuk mempererat interaksi sosialnya sesuai kemampuan positif yang dimiliki 1 x/sehari.</p>
<p>Sabtu 05-02-2022 14:00-17:00</p>	<p>2. Diagnosa Keperawatan Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah</p> <p>3. Tindakan Keperawatan SP 1 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis</p> <p>1. Mengidentifikasi</p>	<p>S : Senang dan bersemangat</p> <p>O : Klien mampu melakukan aspek positif yang dimiliki sesuai kemampuannya yaitu menggambar dan mewarnai mempraktekkannya dengan Baik</p>

	<p>kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien</p> <p>SP 2 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis Menilai kemampuan yang dapat digunakan menetapkan/ memilih kegiatan sesuai kemampuan. Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1</p> <p>SP 3 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2</p> <p>SP 4 : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis Melatih kegiatan sesuai kemampuan yang di pilih 3</p> <p>4. RTL : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis ; Follow up dan evaluasi Sp 1- 4 harga diri rendah</p>	<p>A : Gangguan Konsep Diri : Harga diri rendah kronis (+)</p> <p>P : Intervensi lanjutan 1) Latihan kegiatan yang dipilih 2: mewarnai 2) Latihan kegiatan yang dipilih 3 : bernyanyi Latihan menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih</p>
<p>Senin 06 Februari 2022 10:30</p>	<p>Data :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak mau berbaur dengan teman sekamarnya - Klien tampak menyendiri <p>SP 1-2 Isolasi sosial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan keuntungan dan kerugian memiliki teman - Melatih klien berkenalan dengan 2 orang atau lebih 	<p>S: 1. klien mengatakan tidak mau berkenalan dengan orang lain 2. klien mengatakan tidak tau keuntungan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>O: 1. klien tampak menyendiri 2. klien tidak nampak bergaul dengan teman disekitar ruangan klien 3. klien tidak bisa menyebutkan kembali keuntungan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: 1 Isolasi sosial menjelaskan</p>

<p>Selasa 07 Februari 2022 10:40</p>	<p>SP 3-4 Isolasi sosial 1. Melatih klien berkenalan dengan 2 orang atau lebih</p> <p>2. latihan bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian</p> <p>3. melatih berbicara sosial : memint sesuatu berbelanja dan sebagiannya</p>	<p>keuntungan dan kerugian memiliki teman</p> <p>2 isolasi sosial yaitu melatih klien cara berkenalan dengan 2 orang atau lebih</p> <p>S: 1. Klien mengatakan sudah bisa berintraksi dengan orang lain 2. klien mengatakan tau keuntungan berintraksi dengan orang lain O: - klien tampak sudah bisa berkenalan dengan 1 orang - klien mampu menyebutkan keuntungan berkenalan dengan orang lain.</p>
		<p>2. Klien mengatakan tau keuntungan berinteraksi dengan orang lain</p> <p>O: 1.Klien tampak sudah bisa berkenalan dengan 1 orang 2.Klien bisa menyebutkan keuntungan berkenalan dengan orang lain</p> <p>A: 1.klien mampu mengidentifikasi keuntungan berkenalan 2.Klien bisa berkenalan dengan 1 orang</p> <p>P: - melatih klien melakukan kegiatan harian - melatih klien berbicara sosial : meminta sesuatu berbelanja dan sebagainya</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Tahap Pengkajian

Selama pengkajian dilakukan pengumpulan data dari beberapa sumber yaitu dari pasien dan pengawai Rumah Sakit Jiwa. Mahasiswa mendapat sedikit kesulitan dalam menyimpulkan data karena keluarga pasien jarang mengunjungi pasien di RS. Jiwa. Prof. Dr. Muhammad Ildrem. Maka mahasiswa 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 :

- a. Melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri pada pasien agar pasien lebih terbuka dan lebih percaya dengan menggunakan perasaan.
- b. 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 Diagnosa Keperawatan

Dari tinjauan kasus dan hasil pengkajian yang didapat, didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Risiko perilaku kekerasan, Isolasi Sosial dan Harga diri rendah kronis.

4.3 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, isolasi sosial, dan harga diri rendah kronis. 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 secara teratur, obat yang dikonsumsi yaitu: Risperidone 2x1 25mg, Clozapine 1x1 20mg
- g. Melatih pasien mengontrol Risiko Perilaku Kekerasan dengan berbicara baik-baik dengan orang lain dan spiritual
- h. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien

2. Isolasi Sosial

- a. Menjelaskan keuntungan dan kerugian memiliki teman
- b. Melatih klien berkenalan dengan 2 orang atau lebih
- c. Melatih bercakap-cakap sambil melakukan kegiatan harian
- d. Melatih berbicara sosial : meminta sesuatu berbelanja, dan

sebagiannya.

3. Harga Diri Rendah Kronis

- a. Mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki pasien
- b. Menilai/menetapkan kemampuan yang dapat digunakan
- c. Melatih kegiatan sesuai kemampuan 1 yaitu : menggambar
- d. Melatih kegiatan sesuai kemampuan 2 yaitu : mewarnai
- e. Melatih kemampuan yang dipilih 3 yaitu : bernyanyi

4.4 Tahap Implementasi

Pada tahap implementasi, penulis hanya mengatasi 3 masalah keperawatan yakni: diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan, Isolasi Sosial, dan Harga Diri Rendah Kronis. 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 Spiritual. Diagnosa Keperawatan yang kedua Harga Diri Rendah Kronis dilakukan strategi pertemuan yaitu mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Strategi pertemuan kedua menilai kemampuan yang dapat digunakan, menetapkan /memilih kegiatan sesuai kemampuan, melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 1. Strategi pertemuan ketiga melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 2. Strategi pertemuan keempat melatih kegiatan sesuai kemampuan yang dipilih 3. Diagnosa Keperawatan ketiga Isolasi Sosial dilakukan strategi pertemuan yaitu menjelaskan keuntungan dan kerugian mempunyai teman. Strategi pertemuan kedua melatih klien berkenalan dengan 2 orang atau lebih. Strategi pertemuan ketiga melatih bercakap cakap sambil melakukan kegiatan harian. Strategi pertemuan keempat melatih berbicara sosial; meminta sesuatu berbelanja dan sebagainya.

4.5 Tahap evaluasi

Pada tinjauan teoritis evaluasi yang diharapkan adalah :

1. Pasien sudah dapat mempercayai perawat sebagai terapis
2. Sudah bisa 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.
7. Sudah mampu menjelaskan keuntungan dan kerugian memiliki teman
8. Sudah dapat berkenalan dengan 2 orang atau lebih
9. Dapat melakukan kegiatan harian
10. Dapat berbicara sosial seperti meminta sesuatu berbelanja atau sebagiannya
11. Dapat mengembangkan aspek positif yang dimiliki
12. Dapat memilih dan menilai kemampuan yang dapat digunakan sesuai yang dipilih pasien.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian ini didapatkan ada kesenjangan dari tinjauan kasus pada Tn. H mahasiswa melakukan pendekatan pada pasien melalui komunikasi terapeutik yang lebih terbuka membantu pasien untuk memecahkan perasaannya dan juga melakukan observasi kepada pasien.

2. Diagnosa keperawatan

Dari pengkajian yang didapat ada 3 masalah keperawatan yang muncul yaitu Risiko Perilaku Kekerasan, Isolasi Sosial, Harga diri rendah kronis.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah ditegakkan diagnose keperawatan, penulis menyusun perencanaan yaitu, membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien, dan memberikan terapi Sp 1-4 pada resiko perilaku kekerasan, Sp 1-4 Isolasi Sosial, Sp 1-4 Harga Diri Rendah Kronis Sp yang diberikan 1x sehari pada klien

4. Implementasi Keperawatan

Setelah menyusun perencanaan keperawatan selanjutnya penulis memberikan dan menjelaskan terapi Sp Risiko perilaku kekerasan, Isolasi sosial, dan Harga diri rendah kronis.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah menguraikan tentang proses keperawatan pada Tn. H dan dapat disimpulkan bahwa pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan, dapat bersosialisasi dengan baik, dan beranggapan bahwa dirinya berarti. Dengan terapi yang diajarkan oleh penulis, pasien dapat melakukan terapi Sp mulai dari Sp : Risiko perilaku kekerasan, Isolasi sosial dan Harga diri rendah kronis.

5.2 Saran

1. Bagi Keluarga

Diharapkan pada keluarga sering mengunjungi pasien selama waktu perawatan karena dengan seringnya keluarga berkunjung, maka pasien merasa berarti dan dibutuhkan dan juga setelah pulang keluarga harus memperhatikan obat dikonsumsi serta membawa pasien kontrol secara teratur ke pelayanan kesehatan jiwa ataupun rumah sakit jiwa.

2. Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan terkait, diharapkan hasil asuhan keperawatan jiwa ini dapat menjadi bahan atau materi pembelajaran baik kalangan mahasiswa pendidikan sarjana maupun profesi agar dapat melaksanakan asuhan keperawatan jiwa mengenai masalah resiko perilaku kekerasan dapat menjadi lebih baik lagi.

3. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Dapat memberikan pelayanan kesehatan lebih baik lagi, khususnya bagian mental/jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit Madhani, A. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko perilaku kekerasan* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Anggita, N. M. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Risiko perilaku kekerasan* (Doctoral dissertation, STIKes Kusuma Husada Surakarta).
- Azis, N. R., Sukamto, E., & Hidayat, A. (2018). Pengerun Terapi De-Ekslasi Terhadap Perubahan Perilaku Pasien dengan Risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/797>
- Estika Mei Wulansari, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Daerah dr Arif Zainuddin Surakarta* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta). <http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1020>
- Fadillah, F. (2021). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. R Dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
- Hastuti, R. Y., Agustina, N., & Widiyatmoko, W. (2019). Pengaruh restrain terhadap penurunan skor panss 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>
- Keliat, B.A & Akemat (2016). *Keperawatan jiwa : terapi Aktivitas kelompok*. Ed.2. EGC
- Kio, A. L., Wardana, G. H., & Arimbawa, A. G. R. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Risiko perilaku kekerasan. *Caring: Jurnal Keperawatan*, 9(1), 69-72. <http://ejournal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/caring/article/view/592>
- Kemenkes RI. (2019). *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*. Jakarta: Kemenkes RI. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/10/08/persebaran-prevalensi-skizofreniapsikosis-di-indonesia#>
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Risiko perilaku kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65-74. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Nursaly, E., & Damaiyanti, M. (2018). Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Tn. E Risiko perilaku kekerasan dengan Intervensi Inovasi Terapi Berkebun dengan Polybag terhadap Tanda-Tanda Gejala Risiko perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/571>
- 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, Keliat. B.A & Wardani. I.Y. (2013). Pengaruh Acceptance And Commitment Therapy Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan

- Minum Obat Terhadap Gejala, Kemampuan Berkomitmen Pada Pengobatan Dasar Kepatuhan Pasien Skizofrenia. FIK UI.
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189-196. <http://dx.doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
- Pardede, J. A. (2020). Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku. Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. (8)2. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
- Pardede, J. A., Simanjuntak, G. V., & Laia, R. (2020). The Symptoms of Risk of Violence Behavior Decline after Given Progressive Muscle Relaxation Therapy on Schizophrenia Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(2), 91-100. <http://dx.doi.org/10.32584/jikj.v3i2.534>
- Pardede, J. A. (2022). Koping Keluarga Tidak Efektif Dengan Pendekatan Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa.
- Pardede, J. A., Sirait, D., Riandi, R., Emanuel, P., & Laia, R. (2016). Ekspresi Emosi Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Idea Nursing Journal*, 7(3), 53-61. <https://doi.org/10.52199/inj.v7i3.6446>
- 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., Keliat, B.A., & Yulia, I. (2015). Kebutuhan Dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkatkan Setelah Diberikan *Acceptance And Commitment Therapy* Dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 3(18), 157-166. <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>
- Pardede, J. A. (2021). Standar Asuhan Keperawatan Dengan Kesiapan Peningkatan Pengetahuan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 6(3)
- Parwati, I. G., Dewi, P. D., & Saputra, I. M. (2018). Asuhan Keperawatan Perilaku Kesehatan.
- 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), 300-303. <https://jceh.org/index.php/JCEH/article/view/83/78>
- Putri, M., Arif, Y., & Renidayati, R. (2020). Pengaruh Metode Student Team Achivement Division Terhadap Pencegahan Perilaku Kekerasan. *Media Bina Ilmia*, 14(10), 3317-3326. <http://ejurnal.binawakya.or.id/index.php/MBI/article/view/554/pdf>
- Suryenti, V. (2017). Dukungan Dan Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Risiko perilaku kekerasan Di Klinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi Tahun 2017. *Jurnal Psikologi Jambi*, 2(2), 39-46. <https://www.online-journal.unja.ac.id/jpj/article/view/4795>

WHO, (2019). Schizophrenia. Retrieved from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/%20detail/schizophrenia>