

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JiWA MASALAH UTAMA RESIKO
PERILAKU KEKERASAN PADA Ny. N DENGAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFERNIA HEBEFRENIA DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JiWA MENUR
SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR



Oleh :

ANITA ROSA ELVITA
NIM. 152.0003

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU
KEKERASAN PADA Ny. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS SKIZOFERNIA
HEBEFRENIA DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA
MENUR SURABAYA PROVINSI JAWA TIMUR**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

ANITA ROSA ELVITA
NIM. 152.0003

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

SURAT PERNYATAAN

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

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

Surabaya, 12 Juli 2018



ANITA ROSA ELVITA
NIM. 152.0003

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Anita Rosa Elvita
Nim : 152.0003
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. N Masalah Utama Perilaku Kekerasan Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Hebefrenik Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Provinsi Jawa Timur

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)

Surabaya, 12 Juli 2018

Pembimbing



Hidavatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP.03.009

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan



Dva Sustrami S.Kep.,Ns., M.Kes
NIP.03.0007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 12 Juli 2018

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

”Lidahmu jangan kamu biarkan menyebut kekeurangan orang lain, sebab kamu pun punya kekurangan dan orang lain pun punya lidah (Imam Syafii)

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah nasib suatu kaum, sehingga mereka mengubah keadaan yang ada pada dirinya (Q.S Ar- Ra’d : 11)

Kupersembahkan Karyaku Yang sederhana Ini kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa ALLAH SWT.
2. Untuk ayah dan ibuku tercinta “Agus Sarwono” dan “Agustini Sri Sundari” yang telah membesarkanku dengan sepenuh hati serta mendidikku dengan tulus ikhlas tanpa lelah.
3. Saudaraku tersayang “Mas Mardianzah dan Adekku Havez Ikhsan Zein” yang selalu mendukungku hingga saat ini.
4. Untuk Mas Romdhoni Nugroho yang sudah menungguku dan menyemangatiku
5. Untuk DIII angkatan 21 LOS GAK REWEL teman-teman seperjuangan
6. Untuk Pembimbing KTI dan Dosen terima kasih telah membimbing dan mengajarkan banyak hal yang tidak saya dapatkan

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

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

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

1. Dr.Drg.Sri Agustina Ariandari,M.Kes.,selaku Kepala Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, yang telah memberikan ijin lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
2. Wiwiek Liestyningrum,S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumah Sakit Jiwa Menur dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stikes Hang Tuah Surabaya
3. Dya Sustrami,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Kepala Program studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia

4. Hidayatus Sya'diyah,. S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Abdul Habib, S.Kep.,Ns selaku pembimbing dan penguji yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran seta perhatian dalam memeberikan dorongan, bimbingan, arahan, masukan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah
5. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bekal bagi saya melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam menyempurnakan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga adminitrasi yang tulus ikhlas dalam melayani keperluan saya selama manjalani studi dan penulisananya.
6. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin
7. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terima kasih bnatuannya. Saya hanya bias berdoa semoga Allah SWT membalas amal kebaikan semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini

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

Surabaya, 12 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1	Latar Belakang	1
1.2	Rumusan Masalah	4
1.3	Tujuan Penulisan	4
	1.3.1 Tujuan Umum	4
	1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4	Manfaat Penulisan	5
1.5	Metode Penulisan	6
1.6	Sistematika Penulisan	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1	Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	8
	2.1.1 Pengertian	8
	2.1.2 Rentang Respon	9
	2.1.3 Tanda dan Gejala	10
	2.1.4 Etiologi	11
	2.1.5 Pohon Masalah	16
2.2	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Perilaku Kekerasan	16
	2.2.1 Pengkajian	16
	2.2.2 Masalah Keperawatan	21
	2.2.3 Diagnosa Keperawatan	22
	2.2.4 Rencana Tindakan Keperawatan	22
	2.2.5 Tindakan Keperawatan	30
	2.2.6 Implementasi Keperawatan	32
	2.2.7 Evaluasi Keperawatan	32
2.3	Konsep Skizofrenia	32
	2.3.1 Definisi	32
	2.3.2 Etiologi	33
	2.3.3 Tanda dan Gejala	35
	2.3.4 Tipe Skizofrenia	36
	2.3.5 Pengobatan	38

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	40
-----	------------------	----

3.1.1	Identitas Klien	40
3.1.2	Alasan Masuk	40
3.1.3	Faktor Predisposisi	41
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	42
3.1.5	Psikososial	43
3.1.6	Status Mental	46
3.1.7	Kebutuhan Persiapan Pulang	49
3.1.8	Mekanisme Koping	51
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan	51
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	52
3.1.11	Data Lain-lain	52
3.1.12	Aspek Medik	52
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan	53
3.1.14	Daftar Diagnosis Keperawatan	53
3.2	Pohon Masalah	54
3.3	Analisa Data	55
3.4	Rencana Keperawatan	57
3.5	Implementasi dan Evaluasi	61
BAB 4 PEMBAHASAN		
4.1	Pengkajian	65
4.2	Diagnosa Keperawatan	66
4.3	Rencana Keperawatan	67
4.4	Pelaksanaan	70
4.5	Evaluasi	73
BAB 5 PENUTUP		
5.1	Kesimpulan	74
5.2	Saran	75
DAFTAR PUSTAKA		76
Lampiran		77

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	55
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan pada Ny.N	57
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah	9
Gambar 2.2 Pohon Masalah	16
Gambar 3.1 Genogram	43
Gambar 3.2 Pohon Masalah Pasien dengan Perilaku kekerasan.....	54

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	77
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1 Pasien.....	82
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2 Pasien.....	85
Lampiran 4 Evaluasi Perilaku Kekerasan	89

DAFTAR SINGKATAN

BB	= Berat Badan	RM	= Rekam Medik
°C	= Derajat Celcius	RSJ	= Rumah Sakit Jiwa
cm	= Centimeter	TUM	= Tujuan Umum
DO	= Data Obyektif	s/d	= Sampai Dengan
Dr	= Doktor	TAK	= Terapi Aktifitas Kelompok
DS	= Data Subyektif	TB	= Tinggi Badan
Dx	= Diagnosa	TD	= Tekanan Darah
kg	= Kilogram	th	= Tahun
mg	= Miligram	Ny	= Nyonya
mmHg	= Milimeter Hektogram	TUK	= Tujuan Khusus
N	= Nadi	WIB	= Waktu Indonesia Barat
No	= Nomor	dll	= dan lain-lain
O	= Obyektif		

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia adalah bentuk gangguan jiwa yang sering di jumpai dan multifactorial, perkembangannya dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif dan defisit kognitif (Jones, et al.2011). Peristiwa ini dipengaruhi stress, akan mengaktifkan aksis hipotalamus-adrenal dan merangsang pelepasan berbagai *neurotransmitter* otak, terutama *dopamine* dan *noreprinefrine*, kejadian ini juga dianggap kunci terjadinya skizofrenia (Bobo, et al. 2008). Klien skizofrenia mengalami gejala positif, negatif dan defisit kognitif yang mempengaruhi pelaksanaan kegiatan harian dan penurunan fungsi sosial yang bermakna. Gejala negatif meliputi sulit memulai pembicaraan, efek tumpul atau datar, kurangnya motivasi dan atensi, pasif, apatis, dan penarikan diri secara sosial dan rasa tidak nyaman. Gejala positif meliputi waham, halusinasi, gaduh gelisah, perilaku aneh, sikap bermusuhan dan gangguan berfikir formal (Videbeck, 2008). Sikap bermusuhan lebih dikenal dengan perilaku kekerasan yang ditandai dengan ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengucapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan

Data yang di dapatkan dari WHO (2015) menunjukkan jumlah orang yang mengalami Skizofrenia di seluruh dunia adalah 7 dari 1000 penduduk di dunia yaitu sebesar 21 juta orang, tiga dari empat kasus gejala yang muncul terjadi pada usia 15 dan 34 tahun (Stuart, 2013). Data riset kesehatan dasar (2013) dengan responden yang diteliti adalah 1.027.763 ART menunjukkan prevelensi gangguan jiwa berat dengan rasio sebesar 1,7 per mil, sedangkan gangguan jiwa berat di provinsi jawa tengah yaitu 2,3 per mil. Jumlah rasio penderita skizofrenia dengan jumlah penduduk Indonesia masih dibawah jumlah rasio penderita skizofrenia di dunia. Depertemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2010, menyatakan jumlah penderita gangguan jiwa di indonesia mencapai 2,5 juta yang terdiri dari pasien resiko perilaku kekerasan. Diperkirakan sekitar 60% menderit resiko perilaku kekerasan di Indonesia (Wirnata, 2012). Proses globalisasi dan pesatnya kemajuan teknologi informasi memberikan dampak terhadap nilai-nilai sosial dan budaya pada masyarakat. Data Rumah Sakit Jiwa Menur di Ruang Flamboyan tahun 2018, rata-rata terdapat 152 pasien skizofrenia perbulan dan masalah keperawatan perilaku kekerasan sebesar 40%, yang merupakan masalah keperawatan terbesar kedua setelah halusinasi. Sedangkan di Rumah Sakit Jiwa Menur terdapat sekitar 417 orang yang terkena gangguan jiwa masalah utama perilaku kekerasan dari seluruh pasien yang berjumlah 2785 orang dari keseluruhan pasien yang terdapat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Perilaku kekerasan pada seseorang dilakukan dengan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2010). Perilaku kekerasan bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun

psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat kekerasan. Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stres, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Volavka & Citrome, 2011). Dampak dari perilaku kekerasan yang muncul pada skizofrenia dapat mencederai atau bahkan menimbulkan kematian, pada akhirnya dapat memengaruhi stigma pada klien skizofrenia (Volavka, 2012).

Perawat wajib berperan sebagai pendidik kegiatan yaitu mendengar, memerintahkan, menyarankan, menjelaskan, mendiskusikan dan membantu memutuskan. Dengan pendidikan kesehatan jiwa yang diberikan di klinik keperawatan oleh perawat membuat pasien dan keluarga tahu, yakni memutuskan dan melakukan informasi dan latihan yang diberikan Widyastuti (2009) cit Suryana (2012). Perawat diharapkan mampu melakukan perawatan pada klien secara komprehensif, bukan hanya kolaborasi pemberian psikofarmaka dan secara fisik saja, namun penting juga untuk latihan mengontrol perilaku klien. Selain itu diharapkan perawat mempunyai catatan atau dokumentasi yang baik guna kesinambungan perawat antar ruangan. Rumah sakit diharapkan dapat mendukung penerapan terapi perilaku maladaptif, sehingga dibutuhkan perawat spesialis jiwa yang ada di ruangan akut atau jika belum memungkinkan, dapat dibuat jadwal visite perawat spesialis ke masing-masing ruangan atau jika dibutuhkan dapat

dipanggil saat kondisi kritis. Selain itu pihak rumah sakit dapat mengadakan pelatihan terkait pelaksanaan terapi perilaku khususnya di ruang akut.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan pada Ny. N dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang Flamboyan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik di ruang flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia heberfrenik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia heberfrenik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
3. Merencanakan asuhann keperawatan pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia heberfrenik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
4. Mengevaluasi klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia heberfrenik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

5. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia heberfrenik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

1.4 Manfaat

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

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi
 - a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

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

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya,

yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien

resiko perilaku kekerasan

- c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan

pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien resiko

perilaku kekerasan

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Hasil data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain. Data obyektif yang diambil ketika wawancara berlangsung dan sesuai dengan kondisi pasien saat itu.

b. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang

3. Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, dan rekam medik

4. Studi kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, surat pernyataan, halaman persetujuan, halaman pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, dan daftar lampiran.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. R dengan diagnosa keperawatan gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran dan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Undifferentiated serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian Perilaku kekerasan

Resiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang pernah atau mempunyai riwayat melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan baik secara fisik/emosional/seksual dan verbal (Keliat, 2010).

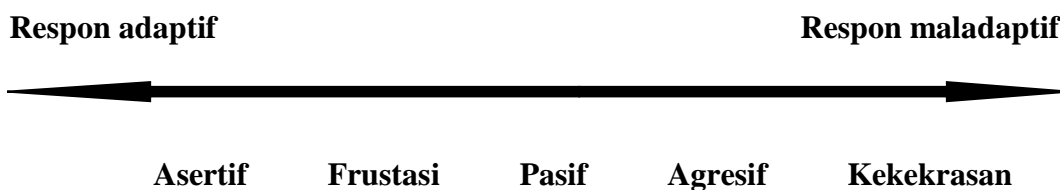
Perilaku kekerasan merupakan ekspresi kekuatan fisik dengan menyerang diri sendiri atau orang lain, serta pemaksaan keinginan seseorang kepada orang lain (Townsend, 2009). Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan bentuk kekerasan dan pemaksaan secara fisik maupun verbal yang ditujukan kepada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan muncul karena adanya dorongan alami atau timbul sebagai bentuk mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan tindakan konstruktif atau destruktif yang secara langsung ditujukan pada diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan biasanya berupa kekerasan secara fisik atau kekerasan secara

verbal. Perilaku kekerasan biasanya timbul untuk menutupi kekurangan seseorang, misalnya rendahnya percaya diri (Townsend, 2009)

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan diaman seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusmawati dan Hartono, 2010)

2.1.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Menurut Yosep, I, (2016) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 : Rentang respon perilaku kekerasan (Keliat,1999) dalam Ade Hermawan (2011)

Keterangan :

- Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terhambat.
- Pasif : Respon lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.
- Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol

2.1.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Tanda gejala yang ada adalah ada ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengucapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan (Keliat, 2010).

Tanda dan Gejala perilaku kekerasan yaitu :

1. Fisik

Mata melotot / pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengantup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku

2. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus

3. Perilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif

4. Emosi

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

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme

6. Spiritual

Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keragua-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat

7. Sosial

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

8. Perhatian

Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual

2.1.4 Etiologi

Faktor Predesposisi terdapat uraian sebagai berikut:

1. Faktor psikologis

- a. Terdapat asumsi bahwa seorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan yang memotivasi perilaku kekerasan
- b. Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan
- c. Rasa frustrasi
- d. Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan
- e. Terori psikonaltik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberi kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak

kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri perilaku tindak kekerasan

2. Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respons yang dipelajarinya. Sesuai dengan teori bandura bahwa agresif tidak berbeda dengan repons-respons yang lain. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi. Dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan tidak dapat diterima.

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan secara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

3. Faktor biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus listrik ringan pada hipotalamus (system limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional) dan lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

Selain itu berdasarkan teori biologi, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut :

- a. Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.
- b. Pengaruh biokimia, menurut Goldstein dalam Townsend (1996) kutipan Ade Hermawan (2011) menyatakan bahwa berbagai neurotransmitter (epineprin, norepineprin, dopamine, asetikolin dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Peningkatan hormon *androgen* dan *norepineprin* serta penurunan *serotonin* dan GABA (6 dan 7) pada cairan *serebrospinal* merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku agresif pada seseorang.
- c. Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik termasuk genetik tipe kariotipe XXY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak kriminal (narapidana).
- d. Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsy (epilepsy lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

4. Faktor presipitasi

Secara umum seorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1. Kelemahan fisik : keputusan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif dan amsa lalu yang tidak menyenangkan

2. Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan

3. Lingkungan : panas, padat dan bising

Menurut Shives (1998) dalam Fitria (2009), hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiayaan antara lain sebagai berikut:

1. Kesulitan kondisi ekonomi
2. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu
3. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai seorang yang dewasa
4. Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisosial seperti penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi
5. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap perkembangan keluarga
5. Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya, mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi represif, denial dan reaksi formasi

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain :

1. Menyerang atau Menghindar

Pada saat ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprinyang menyebabkan tekanna darah meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2. Menyatakan secara asertif

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

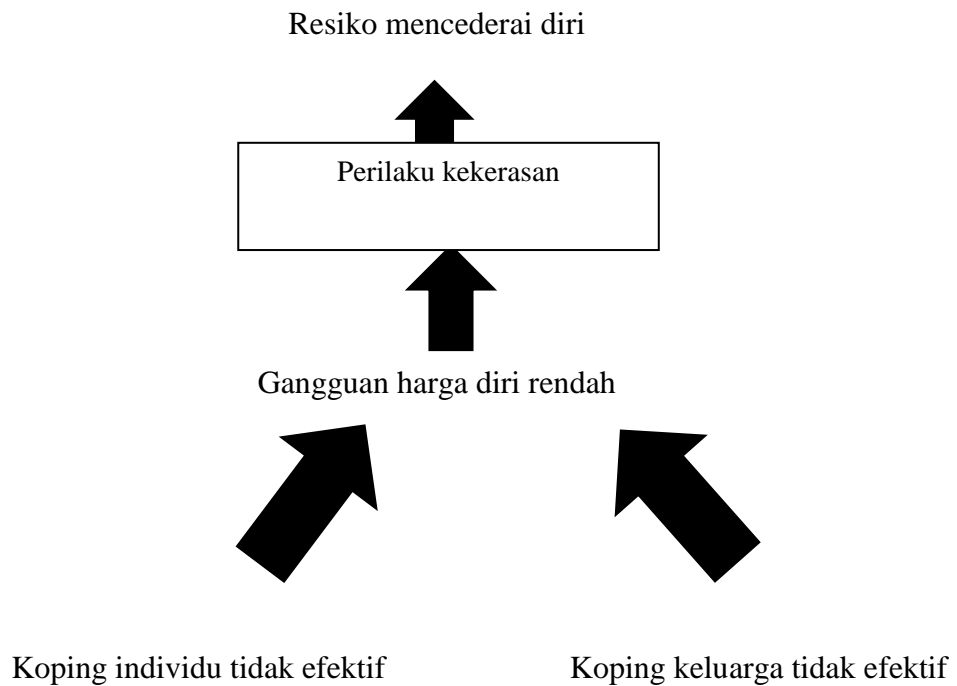
3. Membrontak

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

4. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditunjukkan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan

2.1.5 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon Masalah
di kutip dari (Azizah, et al. 2016)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Dengan Resiko

Perilaku

Kekerasan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Keliat, Budi Ana 1998: 3) dalam (Azizah, et al. 2016)

1. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan sd.

2. Alasan Masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain

3. Faktor predisposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan

4. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang

5. Psikososial

- a. Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien

- b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengempal dan muka merah

2) Identitas diri

Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemarah dan bermusuhan

3) Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

4) Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

5) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah

6. Status mental

a) Penampilan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam

b) Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor

c) Aktivitas motorik

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir

d) Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak

e) Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak

bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain

f) Presepsi / sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai penyebabnya

7. Proses pikir

a. Proses pikir (arus pikir)

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya

b. Isi pikirannya

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman

8. Tingkat kesadaran

Tidak sadar, bigung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bigung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

9. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang

10. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan

11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif

12. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah

13. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maldatif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan ,menghindar, mencederai diri atau lainnya.

2.2.2 Masalah keperawatan

Masalah Keperawatan dikutip dari buku ajar asuhan keperawatan jiwa (Herman, 2011)

1. Perilaku kekerasan
2. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
4. Harga diri rendah kronis
5. Isolasi sosial
6. Berduka Dingfusional

7. Penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif
8. Koping keluarga tidak efektif

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Yusuf, A. Fitriyanti, Nihayati, 2015)

1. Risiko mencederai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.
2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.

2.2.4 Rencana Keperawatan

Rencana Tindakan keperawatan dikutip dalam buku ajar keperawatan kesehatan jiwa teoritis dan aplikasi praktik klinik (Azizah, et al. 2016)

1. Diagnosa : Risiko perilaku kekerasan

Tujuan umum : klien tidak mencederai diri.

Tujuan khusus :

TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria hasil :

1. Klien mau membalas salam.
2. Klien mau menjabat tangan
3. Klien mau tersenyum
4. Klien mau kontak mata
5. Klien mau mengetahui nama perawat

Intervensi :

- a. Beri salam/panggil nama
- b. Jelaskan maksud hubungan interaksi

- c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat
- d. Beri rasa aman dan sikap empati
- e. Lakukan kontak singkat tapi sering

TUK 2 :

Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

- 1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya
- 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri)

Intervensi :

- a. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
- b. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal

TUK 3:

Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan

Kriteria Hasil :

- 1. Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel/kesal
- 2. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialaminya

Intervensi :

- a. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah/jengkel
- b. Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien
- c. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialami

TUK 4:

Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

Kriteria hasil:

- 1. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

2. Klien dapat mengetahui cara yang bisa dilakukan untuk menyelesaikan masalah Intervensi :

- a. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada lingkungan dan pada diri sendiri)
- b. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- c. Bicarakan dengan klien, apakah dengan cara yang klien lakukan masalahnya selesai

TUK 5:

Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan

Kriteria hasil:

1. Klien dapat menjelaskan akibat cara yang digunakan klien

Intervensi :

1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang digunakan
2. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien
3. Tanyakan kepada klien apakah klien mau mempelajari cara baru yang sehat

TUK 6:

Klien dapat mendemostrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

1. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik
2. Klien dapat mengidentifikasi cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan

3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya
4. Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang disusun

Intervensi :

- a. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan
- b. Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam
- c. Ajurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajarisaat marah/jengkel
- d. Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan
- e. Berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 7 :

Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan
2. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik
3. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun

Intevensi :

- a. Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien
- b. Meminta klien mengikuti cara bicara yang baik
- c. Minta klien mengulang sendiri
- d. Beri pujian atas keberhasilan klien
- e. Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari

- f. Validasi kemampuan klien dalam melakukan latihan
- g. Berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 8 :

Klien dapat mendemostrasikan cara osial untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil:

1. Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan
2. Klien dapat mendemostrasikan cara verbal yang baik
3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik
4. Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang disusun

Intervensi :

- a. Diskusikan dengan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan
- b. Minta klien mendemostrasikan kegiatan ibadah yang dipilih
- c. Validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi
- d. Berikan pujian atas keberhasilan klien

TUK 9 :

Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu

2. Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan

3. Klien mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi minum obat

Intervensi

a. Diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur

b. Diskusikan tentang proses minum obat

c. Klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat klien

d. Validasi pelaksanaan minum obat klien

e. Beri pujian atas keberhasilan klien

TUK 10 :

Klien dapat mengikuti TAK : stimulasi presepsi pencegahan perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

1. Klien dapat mengikuti TAK

2. Klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan

TAK

Intervensi :

a. Anjurkan klien untuk mengikuti TAK stimulasi presepsi pencegahan perilaku kekerasan

b. Diskusikan dengan klien tentang jadwal TAK

c. Masukkan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian

d. Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK

e. Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK

d. Beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK

TUK 11 :

Klien mendapat dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan

Kriteria hasil :

1. Keluarga dapat mendemostrasikan cara merawat klien

Intervensi :

- a. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai yang telah dengan keluarga terhadap klien selama ini
- b. Jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien
- c. Jelaskan cara-cara merawat klien

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

SP 1 pasien :

1. Menyebutkan penyebab perilaku kekerasan
2. Menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan
3. Menyebutkan perilaku kekerasan yang telah dilakukan
4. Menyebutkan akibat perilaku kekerasan
5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan
6. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik (tarik nafas dalam ketika marah)
7. Masukkan jadwal kegiatan

SP 2 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (latihan tarik nafas dalam)
2. Mempraktikkan latihan cara mengontrol fisik 2 latihan verbal (mengontrol marah dengan cara pukul kasur dan bantal)
3. Masukkan jadwal kegiatan pasien

SP 3 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (sp1)
2. Mempraktikkan latihan cara verbal/sosial 3 macam yaitu (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
3. Masukkan jadwal kegiatan pasien

SP 4 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (sp1, 2) dan verbal yaitu (latihan ibadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/berdoa)
2. Masukkan jadwal kegiatan pasien

SP 5 pasien :

1. Evaluasi kegiatan yang lalu (Sp1, 2), verbal (Sp 3), spiritual
2. Latihan patuh obat
3. Masuk jadwal kegiatan pasien

SP 1 keluarga :

1. Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
2. Latih cara merawat pasien dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah (diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien dan diskusikan bersama keluarga tentang perilaku penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang muncul dan akibat perilaku tersebut), diskusikan bersama keluarga kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain.
3. Jadwal keluarga untuk merawat

SP 2 keluarga :

1. Evaluasi SP 1
2. Melatih keluarga melakukan cara-cara mengendalikan kemarahan (evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah, anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat, anjurkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan)
3. Latih (langsung) ke pasien
4. Jadwalkan keluarga untuk merawat

SP 3 keluarga :

1. Evaluasi kemampuan keluarga
2. Rencanakan *follow up* dan rujukan

2.2.5 Tindakan keperawatan

Menurut (Yusuf, A. Ftryasari, Nihayati 2015) Tindakan (SP 1):

1. Bina hubungan saling percaya
 - a. mengucapkan salam terapeutik
 - b. berjabat tangan
 - c. menjelaskan tujuan interaksi
 - d. membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
2. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
3. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis

- c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
- a. Verbal
 - b. Terhadap orang lain
 - c. Terhadap diri sendiri
 - d. Terhadap lingkungan
1. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
2. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- a. Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - b. Obat
 - c. Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien

Tindakan (SP 2) :

1. Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua.

Tindakan (SP 3) :

1. Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal.

Tindakan (SP 4) :

1. Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual.

2. Tindakan (SP 5) :

1. Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat.

2.2.6 Implementasi

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

2.2.7 Evaluasi

Pasien diharapkan mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.

2.3 Konsep Skizofernia

2.3.1 Definisi Skizofernia

Skizofernia adalah bentuk gangguan yang sering dijumpai dan multifactorial, perkembangannya dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif dan deficit kognitif (Jones et al, 2011). Peristiwa ini dipengaruhi oleh stres, akan mengaktifkan aksis hipotalamus-

hipofisis-adrenal dan merangsang pelepasan berbagai neurotransmitter otak, terutama dopamine dan norepinephrine, kejadian ini juga dianggap sebagai faktor kunci terjadinya skizofrenia (Bobo et al, 2008)

Skizofrenia (schizophrenia) adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak. Menurut Nancy Andreasen (2008) dalam *broken brain, The Biological Revolution in Psychiatry* bahwa bukti-bukti terkini tentang serangan skizofrenia merupakan suatu hal yang melibatkan banyak sekali faktor. Faktor-faktor itu meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak dan faktor genetik.

Melinda Herman (2008), mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emotion and social behavior*)

2.3.2 Etiologi Skizofrenia

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

1. Keturunan

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

2. Metabolisme

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

3. Susunan Saraf Pusat

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

a. Teori Adolf Meyer

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

b. Teori Sigmund Freud

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

c. *Bleuler*, ciri khas skizofrenia dapat diidentifikasi dari 4 A gejala khas (*Bleuler's 4 A's*) yaitu:

1. *Affect: Symptoms one month to one year before psychotic break*

2. *Associative Looseness: Person feels something strange or weird is happening to them.*
3. *Autism: Misinterprets things in the environment*
4. *Ambivalence: feelings of rejection, lack of self-respect, loneliness, hopelessness, isolation, withdrawal, and inability to trust others.*

2.3.3 Gejala Skizofrenia

Gejala menurut (Bleuler dalam Nanda NIC NOC, 2015).

1. Gejala Primer
 - a. Gangguan Proses Pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherenasi
 - b. Gangguan Afek Emosi
 - 1) Terjadi kedangkalan afek-emosi
 - 2) Paramimi dan paratimi
 - 3) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan

Emosi berlebihan

 - 4) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik
- c. Gangguan Kemauan
 - 1) Terjadi kelemahan kemauan
 - 2) Perilaku negativisme atau permintaan
 - 3) Otomatisme : merasa pikiran/perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain
- d. Gangguan Psikomotor
 - 1) Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
 - 2) *Katelepsi* : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
 - 3) *Echolalia* dan *Echopraxi*

- a. Autisme

2.3.4 Macam Skizofrenia

Menurut (Kraepelin dalam Nanda NIC NOC, 2015), membagi Skizofrenia dalam beberapa jenis berdasarkan gejala utama antara lain :

1. Skizofrenia Simplek

Sering timbul pertama kali pada usia pubertas, gejala utama berupa kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan gangguan proses berfikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang didapat, jenis ini timbulnya perlahan-lahan.

2. Skizofrenia Hebefrenia

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang menyolok ialah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersenalisasi atau double personality. Mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat, waham dan halusinasi banyak sekali.

3. Skizofrenia Katatonia

Timbulnya pertama kali umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

4. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok ialah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berfikir, gangguan efek emosi dan kemauan.

5. Episode Skizofrenia Akut

Gejala skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semua seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

6. Skizofrenia Residual

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

7. Skizofrenia Skizo Afektif

Disamping gejala Skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo deprsif) atau gejala mania (psikopaniik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa defek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi.

2.3.5 Pengobatan Skizofrenia

Pengobatan Skizofrenia menurut (Maramis, 2009):

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian antipsikotik pada skizofrenia adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Untuk pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia, pemberian obat harus diupayakan agar tidak terlalu memberikan efek samping. Dianjurkan menggunakan antipsikotik atipik atau antipsikotik tipikal, tetapi dengan dosis yang rendah. Strategi pengobatan tergantung pada fase penyakit apakah akut atau kronis. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Setelah 4-8 minggu, pasien masuk ke tahap stabilisasi sewaktu gejala-gejala sedikit banyak yang sudah teratasi. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit.

2. Terapi Elektro-konvulsi

Terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. TEK baik hasilnya pada jenis katatonik terutama stupor. Terhadap skizofrenia simplex efeknya mengecewakan, bila gejala hanya ringan lantas diberi TEK, kadang-kadang, gejala menjadi lebih berat.

3. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita dengan Skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan autisme. Yang dapat membantu penderita ialah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud mengembalikan penderita ke

masyarakat. Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin diatur sedemikian melakukan hubungan dengan keluarganya untuk memudahkan proses rehabilitasi.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dimulai dengan tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 4 -6 Juni 2018 di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

1. Inisial : Ny. N
2. Tanggal MRS : 25-05-2018
3. Umur : 39 tahun
4. Rekam Medis: 02. XX.XX
5. Informan : Pasien, keluarga, Rekam medis

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien masuk dari IGD tanggal 25-0 -2018 pukul 14.30 dengan keluhan dari keluarga yaitu pasien marah-marah dan membawa pisau, pasien juga membanting barang-barang di rumah karena rambut pasien dipotong seperti laki –laki dan kemauannya tidak dituruti. Pada saat pengkajian tanggal 4-5-2018 pasien mengatakan marah sama ibunya karena rambutnya dipotong seperti laki-laki, sedangkan pasien tidak mau dipotong, pasien menginginkan rambut panjang seperti anak perempuan lainnya. Pasien juga mengatakan sakit hati sama ibunya karena pasien menggagap ibunya yang membuatnya seperti laki-laki pasien juga

mengatakan saat marah-marah membating barang-barang dan sering mengancam ibunya menggunakan pisau apabila tidak diberikan uang jajan, sehingga membuat ibunya ketakutan

3.1.3 Faktor Predisposisi

1. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu

Rekam medis menuliskan bahwa pasien pernah dirawat pada tahun 2003 karena pasien marah-marah membawa pisau, setelah suara-suara atau bisikan untuk membunuh orang lain

2. Pengobatan sebelumnya

Kurang berhasil karena keluarga pasien mengatakan pasien jarang kontrol ke rumah sakit dan tidak rutin meminum obat sehingga pasien mengalami hal seperti dulu lagi

3. Pengalaman

Pasien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik pada umur 30 tahun oleh mantan suaminya, pasien mengatakan sering dipukul saat ada permasalahan rumah tangga

Keluarga pasien mengatakan pasien juga mengalami aniaya seksual pada saat pasien berusia 20 tahun saat berlibur di ambon dan yang melakukan saat itu anak dari bu denya yaitu sepupunya sendiri

Masalah Keperawatan : Respon Pasca Trauma

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? tidak ada

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

5. Pengalaman masa lalu tidak menyenangkan

Pasien mengatakan pernah dipukul oleh mantan suaminya saat ada permasalahan rumah tangga saat dipukul pasien mengatakan langsung membalas dengan cara membating-banting barang, menangis dan minta cerai kepada suaminya, keluarga mengatakan pasien mendapatkan aniaya fisik sejak menikah usia 30 tahun hingga usia 39 tahun baru bercerai kurang lebih 3 bulan yang lalu, sedangkan keluarga pasien mengatakan pasien juga mengalami aniaya seksual oleh sepupunya sendiri saat pasien berlibur ke ambon ke rumah budenya pada usia 25 tahun pada saat itu keluarga mengatakan tidak menaruh curiga karena sebelumnya pasien terlihat senang-senang saja, setelah kurang lebih satu bulan disana pasien menelpon ibunya meminta dijemput sambil nagis-nagis saat bicara ditelpon, lalu keluarga mengatakan besoknya pasien dijemput, diperjalanan pulang pasien menceritakan perlakuan sepupunya.

Masalah keperawatan : Respon Pasca Trauma

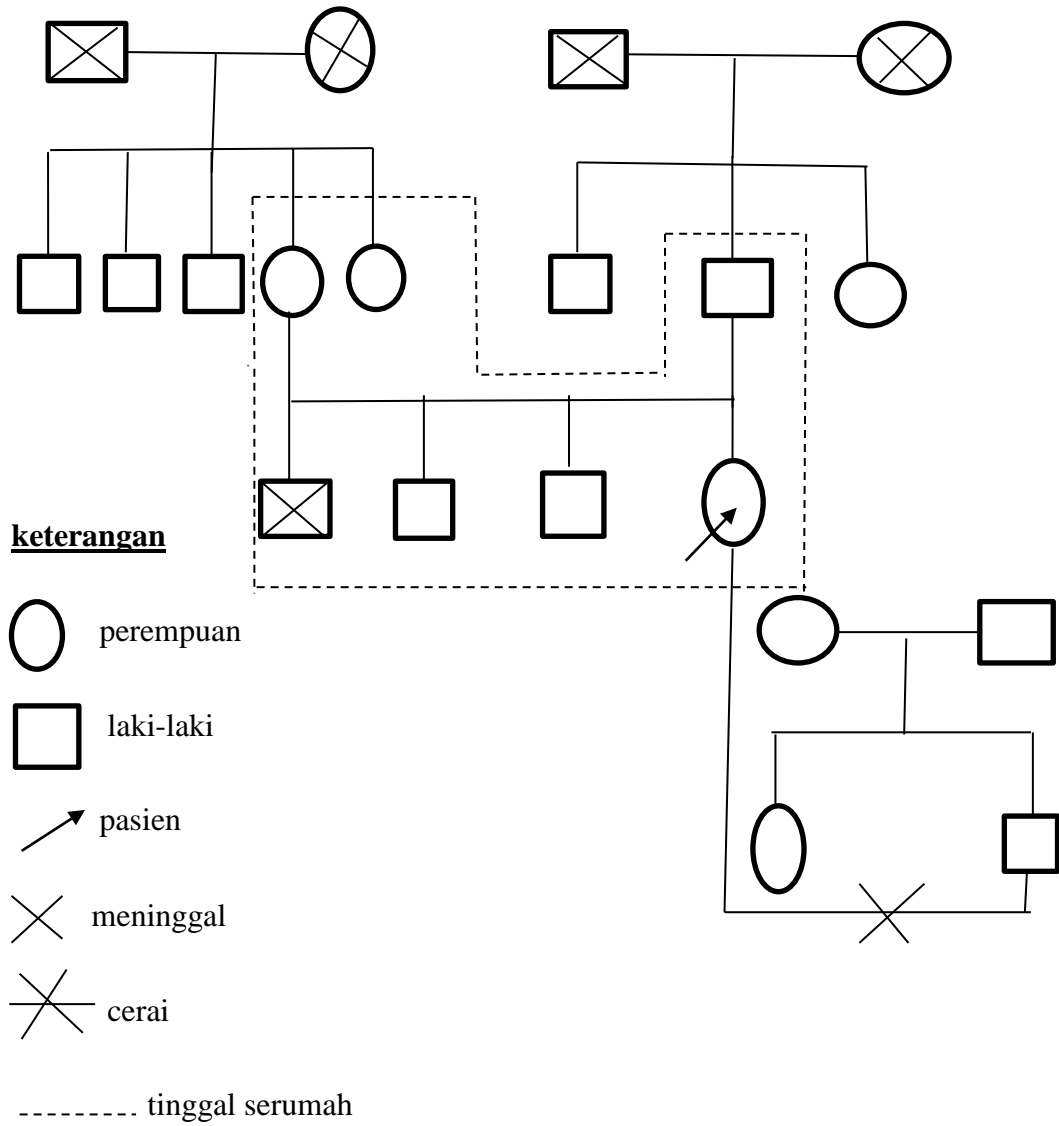
3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda Vital : TD : 120/90mmHg , N : 90x/menit, S: 36,7°C, P : 19x/ menit
2. Ukur : TB : 158, BB: 70 kg
3. Keluhan Fisik : pasien mengatakan gatal-gatal pada tubuhnya, terlihat di kulit pasien mengalami kemerahan dan pasien tampak mengaruk-garuk

Masalah Keperawatan : Gangguan Integritas Kulit

3.1.5 Psikososial

1. Genogram



Gambar 3.1 Genogram Keluarga

keterangan :

Pola asuh : klien mengatakan sejak kecil apabila kemauannya tidak dituruti, klien akan membating barang-barang yang di rumah

Pengambilan keputusan : klien mengatakan bila klien mengalami masalah yang menyelesaikan hanya dirinya sendiri dan hanya biasa memendam, tidak mau mengungkapkan ke yang lain

komunikasi : klien mengatakan tidak mau berkomunikasi dengan orang yang tidak tepat menurutnya

Masalah Keperawatan : Ketidakmampuan Koping Keluarga

2. Konsep Diri

a. Gambaran diri : klien mengatakan tidak menyukai rambutnya sekarang yang dipotong seperti laki-laki, klien mengatakan ingin rambutnya yang panjang seperti perempuan

b. Identitas : pasien mengatakan pasien seorang anak perempuan dan tinggal bersama ibunya dan pasien mengatakan berstatus janda, pasien juga mengatakan merasa dirinya seperti laki-laki karena rambutnya dipotong seperti laki-laki

c. Peran : pasien mengatakan seorang anak yang hanya membantu ibunya di rumah untuk bersih-bersih dan pasien juga mengatakan tidak dibolehkan ibunya keluar rumah

d. Ideal diri: pasien mengatakan ingin seperti perempuan lainnya yang mempunyai rambut panjang, memakai lipstik, dan berhdndan seperti perempuan lainnya

- e. Harga diri : pasien tidak percaya diri dengan rambutnya yang dipotong seperti laki-laki, pasien lebih percaya diri dengan rambut yang panjang seperti dulu

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep diri : HDR

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya, akan tetapi pasien merasa ibunya selalu membuatnya marah

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

pasien mengatakan jika di rumah pasien tidak diperbolehkan ibunya keluar rumah apalagi bergaul dengan laki-laki, saat di rumah sakit pasien tampak menyendiri

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan dilarang ibunya keluar rumah apalagi dekat dengan laki-laki

Masalah Keperawatan : Hambatan Interaksi Sosial

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan agama islam dan pasien mengatakan bahwa penyakitnya kaena kutukan ibunya disebabkan pasien sering memarahin ibunya

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan malas untuk sholat, saat di rumah pasien jarang sholat dan mengaji sedangkan saat di rumah sakit pasien mengatakan tidak pernah sholat tetapi selalu mengikuti baca surat-surat di pagi hari jika tidak malas

Masalah Keperawatan : Distres Spiritual

3.1.6 Status Mental

1. Penampilam

Pakaian yang dikenakan pasien rapi tidak ada masalah dalam berpenampilan

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

Pasien mampu diajak berbicara dengan baik

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Aktivitas Motorik

Grimising : ekpresi wajah berubah

Saat ditanya kenapa suka marah-marah, muka pasien langsung berubah, pandangan pasien menjadi tajam, bibir cemberut lalu pasien mengatakan saya jengkel dan sakit hati sama ibu saya karena sudah membuat saya seperti laki-laki

Masalah Keperawatan : Resiko Cedera

4. Alam Perasaan

Sedih

Pasien mengatakan sedih karena suka marah-marah dan bikin ibunya khawatir dengan sikapnya

Masalah Keperawatan: Ketidakmampuan

5. Afek

Labil

Klien saat ditanya kenapa marah-marah pada ibunya, wajah klien langsung berubah berbicara dengan nada emosi dan jengkel

Masalah Keperawatan : Perubahan Performa Peran

6. Interaksi selama wawancara

Pasien saat dilakukan wawancara kontak mata kedepan tidak melihat lawan bicarannya

Masalah keperawatan : Hambatan Komunikasi

7. Presepsi Halusinasi

Pada tahun 2003 pasien masuk RSJ Menur dengan masalah perilaku kekerasan dan halusinasi pendengaran, di rekam medis menyebutkan bahwa perilaku kekerasan yang dialami pasien dikarenakan adanya bisikan-bisikan untuk melakukan kekerasan terhadap orang lain, ketika pengkajian tidak ditemukan presepsi halusinasi yang muncul

Malasalah Keperawatan : Resiko Halusinasi

8. Proses Pikir

Pasien saat ditanya selalu mengulangi pertanyaan yang sama

Masalah Keperawatan : Gangguan Presepsi Sensori

9. Isi Pikir

Tidak dapat diikaji

Waham

Tidak dapat dikaji

10. Tingkat Kesadaran

Tidak ada gangguan tingkat kesadaran

Disorientasi

Tidak terjadi disorientasi waktu

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Gangguan jangka panjang (>1 bulan)

Pasien saat ditanya sejak kapan menjadi seorang single parent atau janda pasien menjawab tidak tau lupa. Sedangkan keluarga mengatakan pasien menjadi single parent 3 bulan yang lalu

Masalah keperawatan : Gangguan Proses Pikir

12. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Mudah beralih

Pasien saat ditanya jika diberi orang tua uang 5000 ribu lalu dibelikan jajan seharga 3000 uang kembaliannya ada berapa, pasien tidak menjawab lalu pasien meminta pertanyaan lain

Masalah Keperawatan: Hambatan Interaksi Sosial

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan

Saat pasien diberi pilihan jika bangun tidur apa yang pertama kali pasien lakukan mandi atau makan dulu, pasien menjawab makan dulu lalu saat dibenarkan bahwa sebaiknya mandi terlebih dahulu daripada makan terlebih dahulu pasien langsung menjawab berarti saya salah kalau makan dulu

Masalah keperawatan: Gangguan Proses Pikir

14. Daya Tilik Diri

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Pasien selalu menyalahkan ibunya dengan kondisinya sekarang, dengan kondisi rambut yang dipotong seperti laki-laki

Masalah Keperawatan: Gangguan Proses Pikir

3.1.7 Kebutuhan Pulang

1. Kemampuan klien memenuhi / menyediakan kebutuhan

Makanan : ya Pakaian : ya

Keamanan : ya Transpotasi : tidak

Perawatan kesehatan : ya Tempat tinggal : tidak

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari

Mandi : bantuan minimal BAB/BAK : bantuan minimal

Kebersihan : bantuan minimal Ganti pakaian : bantuan minimal

Makan : bantuan minimal

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Nutrisi

- a. Apakah anda puas dengan pola makan anda ? iya

- b. Apakah anda makan memisahkan diri ? tidak

- c. Frekuensi makan sehari 3 kali

- d. Frekuensi udapan sehari 1-2 kali

- e. Nafsu makan : meningkat BB tertinggi : 70 kg BB terendah : 65 kg

- f. Diet khusus rendah lemak

Jelaskan : pasien terlihat suka nyemil jika dapat makanan atau diberi makanan sama temannya

Masalah Keperawatan : Obesitas

4. Tidur
 - a. Apakah ada masalah ? tidak ada
 - b. Apakah anda merasa segar setelah bangun ? iya
 - c. Apakah anda bias tidur siang ? iya Lamanaya : 1 jam (09.00-10.00)
 - d. Apakah yang menolong anda untuk tidur ? setelah meminum obat
 - e. Waktu tidur malam : jam 21.00 waktu bangun jam 05.00
 - f. Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur
 - g. Pasien mengatakan bangun sesuai dengan jamnya, tidak terlalu pagi
 - h. Perawat ruangan mengatakan pasien tidak mengalami tidur sambil berjalan
 - i. Pasien mengatakan kadang-kadang terbangun saat tidur
 - j. Pasien mengatakan tidak mengalami gelisah saat tidur
 - k. Pasien tidak mengalami berbicara dalam tidur

Jelaskan : pasien mengatakan tidak ada gangguan saat tidur

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. Kemampuan klien dalam
 - a. Pasien terlihat mampu megantisipasi kebutuhannya sendiri
 - b. Pasien mengatakan mampu membuat keputusan berdasarkan keinginannya sendiri
 - c. Pasien terlihat mampu mengatur penggunaan obat
 - d. Pasien terlihat belum mampu melakukan pemeriksaan kesehatannya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Klien memiliki sistem pendukung

- a. Keluarga : ya
- b. Teman sejawat : iya
- c. Profesional / trapis : iya
- d. kelompok sosial : iya

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan hobi

Tidak

Klien mengatakan kalau di rumah tidak bekerja hanya membantu ibunya

Masalah keperawatan : Koping tidak efektif

3.1.8 Mekanisme Koping

Adaptif : teknik relaksasi

Maladaptif : mencederai diri

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3.1.9 Masalah Psikososial Dan Lingkungan

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

Klien tampak menarik diri dari kelompok

2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Klien mengatakan jika di rumah dilarang ibunya keluar

3. Masalah dengan pendidikan, spesifik

Klien mengatakan tidak ada masalah saat di sekolah dulu

4. Masalah dengan perumahan, spesifik

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan tempat tinggalnya

5. Masalah ekonomi, spesifik

Klien mengatakan suka menghabiskan uang saat dikasih uang jajan oleh ibunya

6. Masalah dalam pelayanan kesehatan, spesifik

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam pelayanan keshatannya untuk saat ini

Masalah Keperawatan: Hambatan Interaksi Sosial

3.10 Pengetahuan Kurang Tentang

faktor presipitasi, koping

Masalah Keperawatan: Koping Tidak Efektif

3.11 Data Lainnya

Pemeriksaan lab foto thorax (8-5-2018)

Hasil pemeriksaan

Cor : tidak membesar

Pulmo : tidak tampak infiltrate, hili tebal kasar

Kedua sinus costoprenicus

Kesimpulan : tidak tampak tanda proses spesifik, cenderung bronchitis kronis

3.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.20.1 (Skrezofernia Hefrenik)

Terapi Medik :

Chlorpromazine: 2 x 100 mg (1-0-1)

Trifluoperazine : 3 x 5 mg (1-1-1)

Trihexypnedin :2 x 2 mg (1-0-1)

3.13 Daftar Masalah Keperawatan

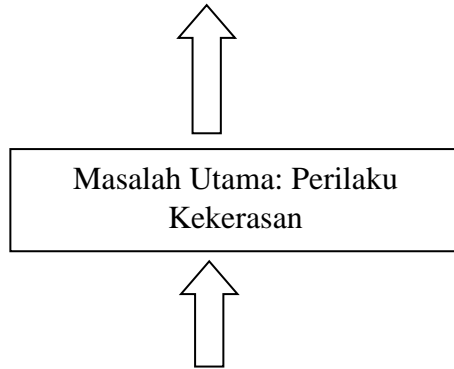
1. Respon pasca trauma
2. Gangguan integritas kulit
3. Ketidakmampuan koping keluarga
4. Gangguan konsep diri : HDR
5. Hambatan interaksi sosial
6. Distres spiritual
7. Koping tidak efektif
8. Perubahan performa peran
9. Gangguan presepsi sensori
10. Gangguan proses pikir

3.14` Diagnosis Keperawatan

1. Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Konsep Diri :HDR
3. Resiko Mecederai Diri Sendiri, Orang Lain dan Lingkungan

3.4 Pohon Masalah

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



Penyebab: Gangguan Konsep Diri : HDR

Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan
Pada Ny. N

3.5 Analisa Data Sintesa

Nama : NY. N

Nirm:02.XX.XX

Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.1 Analisa Data Sintesa

TGL	DATA	MASALAH
04/06 /18	<p>DS : Pasien mengatakan marah-marah pada ibunya karena rambutnya dipotong seperti laki-laki, pasien juga mengatakan saat marah pasien membating barang-barang yang ada sehingga membuat ibunya ketakutan</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak memasang muka jengkel saat ditanya alasan dia marah 2. Nada bicara pasien agak tinggi dan jengkel 	Perilaku Kekerasan
05/06 /18	<p>DS: Pasien mengatakan sering mengancam ibunya dengan menggunakan pisau, sehingga membuat ibunya ketakutan</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berbicara dengan nada 	Resiko Mencederai Orang Lain

	<p>bicara agak tinggi</p> <p>2. Pasien tampak memasang muka jengkel</p> <p>3. Dari data rekam medis 2003 pasien pernah marah-marah membawa pisau setelah mendengarkan suara-suara tau bisikan untuk membunuh orang lain</p>	
6/06/2018	<p>DS: Klien mengatakan tidak percaya diri dengan rambutnya sekarang , klien mengatakan lebih nyaman dengan rambutnya yang panjang</p> <p>DO:</p> <p>1. Klien terlihat tidak nyaman dengan penampilannya</p> <p>2. Klien tampak tidak percaya diri dengan rambutnya , sedikit-sedikit klien bercermin dan membenarkan tatanan rambutnya</p>	Gangguan Konsep Diri : HDR

3.4 Rencana Keperawatan

Nama : Ny. N

No. RM : 02-xx-xx

Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.2 Rencana Keperawatan

NO	TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		INTERVENSI
			TUJUAN	KRITERIA	
1.	4Juni 2018	Perilaku Kekerasan	<p>TUM: Klien tidak mencederai diri</p> <p>TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien mau menyebutkan nama 4. Klien mau kontak mata 5. Klien mau mengetahui nama perawat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam/panggil nama <ol style="list-style-type: none"> a. Sebutkan nama perawat b. Jelaskan maksud hubungan interaksi c. Jelaskan akan kontrak yang akan dibuat d. Beri rasa aman dan empati e. Lakukan kontak sering

2.	5Juni 2018		2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan	1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, orang lain maupun lingkungan)	1. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/marah 2. Berikan kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya kepada perawat
			3. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan	1. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialaminya	1. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/kesal yang dialami 2. Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan kepada klien
			4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	1. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan 2. Klien dapat bermain peran sesuai perilaku kekerasan yang biasa dilakukan	1. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan klien (verbal, pada orang lain, pada diri sendiri, dan lingkungan) 2. Bantu klien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

			5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	1. Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan oleh klien 1. Akibat pada klien sendiri 2. Akibat pada orang lain 3. Akibat pada lingkungan	1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan oleh klien 2. Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan oleh klien 3. Tanyakan kepada klien “Apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat.”
3.	06 Juni 2018		6. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan	1. Klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik: 1. Tarik nafas dalam 2. Pukul kasur dan bantal 3. Dll: kegiatan fisik 2. Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku	1. 1. Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien 2. Diskusikan dua cara fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu: tarik nafas dalam dan pukul kasur serta bantal 2. Beri contoh klien tentang cara menarik nafas dalam 3. Diskusikan dengan klien mengenai frekuensi latihan yang akan dilakukan pasien 4. Validasi kemampuan klien dalam dalam melaksanakan latihan

			<p>7. Klien mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan</p>	<p>kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya 4. Klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang telah disusun 1. Keluarga dapat mendemonstrasikan cara merawat klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien 2. Bantu keluarga mengungkapkan perasaan setelah melakukan demonstrasi 3. Anjurkan keluarga mempraktikkan pada klien selama dirumah sakit dan melanjutkannya setelah pulang kerumah
--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

3.7 Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. N Nirm : 02.XX.XX Ruang : Flamboyan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi

TGL	DX.KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI
04/06/18	Resiko perilaku kekerasan	<p>Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga</p> <p>Sp 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan kepada klien penyebab resiko perilaku kekerasan yang dilakukan 2. Menjelaskan pada klien tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dilakukan 3. Menjelaskan pada klien resiko perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menjelaskan pada klien akibat resiko perilaku kekerasan 5. Menjelaskan pada klien untuk mempraktikkan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan 	<p>Sp 1</p> <p>Membina Hubungan saling percaya</p> <p>Respon</p> <p>S : klien mengatakan namanya</p> <p>O: klien mampu merespon dengan baik ajakan perawat untuk berkenalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan kepada klien penyebab resiko perilaku kekerasan <p>S : Klien mengatakan bahwa dirinya sering marah-marah dan membanting barang-barang</p> <p>O: klien tampak menceritakan masalahnya meskipun dengan nada jengkel dan emosi, tangan klien mengenggam dengan erat saat bercerita</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan <p>Respon</p> <p>S: klien mengatakan jika marah rasanya mangkel hatinya ,ingin membanting barang-barang yang ada</p> <p>O: klien menceritakan dengan</p>

			<p>nada emosi dan jengkel</p> <p>3. Menjelaskan pada klien resiko perilaku kekerasan</p> <p>S: klien mengatakan menyesal dengan perbuatannya tetapi masih ada rasa jengkel dihati untuk ibunya</p> <p>O:klien tampak merespon dengan baik saran dan nasehat untuk tidak mengelungangi perbuatannya</p> <p>4. Menjelaskan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>S: klien mengatakan menyesal sudah marah-marah dan membating barang-barang di depan ibunya dan ingin meminta maaf</p> <p>O: klien tampak menyesali perbuatannya dan mendengarkan nasehat dan saran dari perawat</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P : pertahankan Sp 1</p>
05/06/18		<p>Sp 1</p> <p>1. menjelaskan kepada klien penyebab resiko</p>	<p>5.menjelaskan pada klien untuk mempraktikkan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>

		<p>perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>2. menjelaskan pada klien tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>3. menjelaskan pada klien resiko perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>4. menjelaskan pada klien akibat resiko perilaku kekerasan</p> <p>5. menjelaskan pada klien untuk mempraktikkan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan</p>	<p>S : klien mengatakan sudah menyesali perbuatannya dan meminta maaf kepada ibunya</p> <p>Klien mengatakan tidak mood untuk melakukan kegiatan , klien mengatakan ngantuk</p> <p>O: Klien tampak menyesal akan perbuatan yang dilakukan</p> <p>Nada bicara klien tidak dengan emosi dan jengkel</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi Sp 2</p>
06/06/18		<p>Sp 2</p> <p>1. Mempraktikkan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan dan membantu klien memasukkan dalam jadwal</p>	<p>1. Mempraktikkan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan dan membantu klien memasukkan dalam jadwal</p> <p>S: klien mengatakan mau mengikuti kegiatan selanjutnya</p> <p>Klien mengatakan sudah mampu mengontrol marah dengan istifar dan Tarik nafas dalam 3 kali</p> <p>O : - klien mampu mempraktikkan cara mengendalikan amarah dengan nafas dalam 3 kali dan istifar</p> <p>-klien tampak belum mampu memasukkan jadwal kegiatan</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: pertahankan Sp2</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny. N dengan masalah utama Perilaku kekerasan di ruang Flamboyan Rumag Sakit Jiwa Menur Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis sudah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien, klien kooperatif dan klien mengatakan keluarga sering menjenguk klien ke rumah sakit satu sampai dua minggu sekali, sebagian data di peroleh dari rekam medik klien, klien sendiri dan keluarga. Maka upaya penulis dalam melakukan pengkajian yaitu :

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

Menurut data yang di dapat klien pernah mengalami ganggun jiwa pada tahun 2003 di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis skizofrenia hebefrenik. Saat di ruangan klien didapatkan klien tampak memasang muka jengkel saat diwawancara dan nada bicara pasien agak tinggi.

Pada dasarnya antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan yaitu dibuktikan pada tinjauan pustaka pada tanda dan gejala menurut (Keliat,2010) menjelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu ada ide melukai, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam, penyalahgunaan obat, depresi berat, marah, sikap bermusuhan/panik, bicara ketus, mengungkapkan kata-kata kotor, serta adanya riwayat perilaku kekerasan. Sedangkan di tinjauan kasus telah di dapatkan data secara objektif maupun subjektif yaitu, pasien suka marah-marah, membanting barang-barang sehingga membuat ibunya ketakutan dan saat di lakukan wawancara pasien tampak memasang muka jengkel saat ditanya alasan klien marah, dan juga nada bicara klien agak tinggi

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Keliat, Budi Ana 1998:3) Kutipan Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa (Azizzah, Lilik dkk 2006)

4.2 Diagnosa Keperawatan

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

Dari tinjauan teori dan tinjauan kasus tersebut tidak terdapat kesenjangan pada pohon masalah yang terletak pada penyebab perilaku kekerasan pada pasien.

Pada tinjauan teori berdasarkan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus berdasarkan kasus nyata yang sesuai dengan pengkajian keadaan pasien saat itu. Tidak ada kesenjangan pada pohon masalah pada tinjauan teori didapatkan penyebab harga diri rendah yaitu dikarenakan berduka koping individu tidak efektif dan koping keluarga tidak efektif sedangkan di tinjauan kasus di dapatkan penyebab koping individu dikarenakan perilaku kekerasan. Dikarenakan pasien tidak dapat dengan mudah memecahkan masalah yang terjadi pada pasien, ekspresi pasien yang langsung marah/ingin memukul orang, pasien tidak dapat mengambil keputusannya untuk masalahnya sendiri. Sedangkan pada tinjauan teori menurut Yusuf A, Fitriyasari, dan Nihayati penyebab dari Perilaku Kekerasan biasa terjadi karena Gangguan konsep diri : HDR. Dan diagnosa yang berlaku pada gangguan ini adalah *Resiko perilaku kekerasan*.

4.3 Rencana Keperawatan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Perilaku kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK). Pada tinjauan teori terdapat enam strategi pelaksanaan.

Menurut (Yusuf.A, Fitriyasari, Nihayati 2015)

1. SP pada Pasien
 1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
 2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
 3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
 4. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya

5. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
6. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
 - a. Tindakan :
 - 1) Bina hubungan saling percaya
 - a) mengucapkan salam terapeutik
 - b) berjabat tangan
 - c) menjelaskan tujuan interaksi
 - d) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
 - 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
 - 3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual

- e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- 4) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
 - a) Verbal
 - b) Terhadap orang lain
 - c) Terhadap diri sendiri
 - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
 - a) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien

2. SP Keluarga

1. Tujuan Keperawatan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

2. Tindakan keperawatan

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul, dan akibat dari perilaku tersebut)

- c. Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain
- d. Bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan
 - 1) Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
 - 2) Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut dengan tepat
 - 3) Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- e. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

4.4 Pelaksanaan

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

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

- 1. SP untuk pasien
- 3. Tindakan (SP 1) :
 - a. Bina hubungan saling percaya
 - 1) mengucapkan salam terapeutik

- 2) berjabat tangan
 - 3) menjelaskan tujuan interaksi
 - 4) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
- b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
- c. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- 1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - 2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - 3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
 - 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
 - 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
- 1) Verbal
 - 2) Terhadap orang lain
 - 3) Terhadap diri sendiri
 - 4) Terhadap lingkungan
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- 1) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - 2) Obat

3) Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien

4. Tindakan (SP 2) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua

5. Tindakan (SP 3) :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal

6. Tindakan (SP 4) :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual

7. Tindakan (SP 5) :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat

2. SP pada Keluarga

Tindakan :

1. Tujuan Keperawatan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

2. Tindakan keperawatan

a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien

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

c. Diskusikan bersama keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain

- d. Bantu latihan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan
- e. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
- f. Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien jika pasien dapat melakukan kegiatan tersebut dengan tepat
- g. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- h. Buat perencanaan pulang bersama keluarga.

4.5 Evaluasi

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

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

Pada waktu dilakukan evaluasi, penulis melakukan SP 1 pada tanggal 4 Juni 2018 dan pasien mampu melakukan SP 1 yaitu : Membina hubungan saling percaya, menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, dan mempraktikkan latihan cara mengendalikan fisik. Pada hari berikutnya tanggal 5 Juni 2018 masih tetap mengulangi SP 1 yaitu : menyebutkan tanda dan gejala, menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan, dan menyebutkan akibat perilaku kekerasan pasien sudah mampu menyebutkan dan mengevaluasi tindakan di SP 1 meskipun pasien

mengatakan tidak mood. Selanjutnya pada hari akhir tanggal 6 juni 2018 pasien mampu melakukan SP 2 yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan nafas dalam apabila marah dan memukul guling untuk mengendalikan perilaku kekerasan. karena kerjasama dengan perawat sudah baik pasien mampu melakukan tindakan SP berikutnya, hasil dari evaluasi pasien Ny. N di ruang Flamboyan pada tanggal 4-6 Juni 2018 sudah tercapai sampai SP 2.

BAB 5

PENUTUP

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

5.1 Kesimpulan

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

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Ny. N dengan diagnosa medis skizofrenia hibefrenik di dapatkan bahwa sebelum pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memang sudah dua kali masuk Rumah Sakit Jiwa Menur .
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Ny. N dengan diagnosa medis skizofrenia hibefrenik di dapatkan tiga permasalahan aktual (1)gangguan konsep diri : harga diri rendah, (2) perilaku kekerasan dan (3) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

3. Terapi dan pengobatan secara farmakoterapi sangatlah penting, namun untuk mengatasi permasalahan utama yang menjadi penyebab permasalahan hanya dapat dilakukan oleh profesi keperawatan dengan pendekatan asuhan keperawatan komprehensif dengan pendekatan strategi pelaksanaan bertingkat dan berlanjut.
4. Pada akhir evaluasi pada tanggal 6 Juni 2018 semua tujuan tercapai sebagian karena kondisi klien yang terkadang mengalami gangguan suasana hati
5. Dilakukan pendokumentasian dengan SP yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan pada klien Ny. N, yang dilaksanakan mulai tanggal 4 sampai dengan 6 mei 2018

5.2 Saran

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

1. Bagi Institusi Pendidikan

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

2. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan pengetahuan dengan mempelajari konsep perilaku kekerasan dan meningkatkan keterampilan dengan mengikuti seminar serta pemahaman perawat tentang perawatan pada pasien jiwa khususnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ah.Yusuf, R. F. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Amin Huda, H. K. (2015). *NANDA NIC-NOC JILID 3*. Jogjakarta: Media Action.
- Erwina, I. (2012, Juni 1). Aplikasi Model Adaptasi Roy Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Penerapan Asertiveness Training. *Ners Jurnal Keperawatan Vol 8*, 65-73.
- Fajar Rinawati, M. A. (2016, November 1). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adptasi Stress Struart. *Jurnal Ilmu Keperawatan Vol 5*, 34-36.
- Iyus Yosep, T. S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Azizah Lilik, dkk. (2016). *Buku Ajar Kesehatan Jiwa* . Yogyakarta: Indomedia Pustaka
- Mohammad Ali, T. A. (2015, November 2). Pengaruh Pelatihan Asertif Dalam Memperpendek Fase Intensif Dan Menurunkan Gejala Perilaku Kekerasan Di Ruang Intensive Psychiatric. *Jurnal Ilmu Keperawatan Volume 3, no 2*, 168-182.
- Mukhriyah Damaiyanti, I. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa* . Bandung: Refika Aditama.
- Rinawati, F. (2015, November 1). Penerapan Terapi Perilaku Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Pendekatan Teori Johson Dan Teori Lewin. *Jurnal Keperawatan Vol 4*, 67-72.
- Sari, N. P. (2015, Januari 01). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Resiko Perilaku zKekerasan (RPK) Terhadap Pengetahuan Keluarga. *Jurnal Kesehatan " Samodra Ilmu" Vol 6*, 25-34.
- Saswati, N. (2016, Juli 2). Pengaruh Penerapan Standart Asuhan Keperawatan Perilaku Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya Volume -Nomer 2*, 1-7.
- Surya, A. H. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Arteam.
- Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. Bandung: Refika Aditama.

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Anita Rosa Elvita

Nama Pasien : Ny. N

No. RM :02-XX-XX

Hari/Tanggal : Senin, 04-06-2018

Pertemuan : Pertama (SP 1)

1. Proses Keperawatan.

a) Kondisi pasien

- 1) Klien terlihat mondar-mandir
- 2) Bicara dengan nada tinggi
- 3) Mengancam
- 4) Tangan mengepal
- 5) Emosi klien labil
- 6) Wajah tegang

b) Diagnosa keperawatan

Perilaku kekerasan.

c) Tujuan

- 1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 3) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

- 4) Pasien menyebutkan perilaku kekerasan apa yang dilakukan saat marah
 - 5) Pasien dapat mengetahui akibat dari perilaku kekerasan
 - 6) Pasien dapat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan saat marah.
- d) Tindakan keperawatan
2. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
- a) Orientasi
- 1) Salam terapeutik : “selamat pagi bu, perkenalkan nama saya Anita Rosa Elvita bisa di panggil anita, saya dari stikes hangtuh Surabaya. Saya sedang praktik disini, nama ibu siapa ? boleh tidak saya mengobrol dengan bapak ?”
 - 2) Evaluasi/validasi : “bagaimana kabarnya ibu hari ini ? bagaimana perasaan ibu hari ini ?”
 - 3) Kontrak :
 - a) Topik : “bagaimana kalau pagi ini mengobrol tentang penyebab ibu marah-marah, mengetahui tanda-tanda ibu akan marah, tindakan yang ibu lakukan pada saat marah, dan akibat dari ibu marah serta mengajarkan cara mengontrol latihan fisik cara ke 1 yaitu latihan nafas dalam.”
 - b) Waktu : “berapa lama bu kita mengobrol ? bagaimana kalau 15 menit bu ?”
 - c) Tempat : “ dimana enak nya kita duduk mengobrol bu ? bagaimana kalau di ruang tengah saja bu ?”

b) Kerja

“apa yang menyebabkan ibu marah ? apakah sebelumnya ibu pernah marah ? terus penyebabnya apa ?”

“oh jadi penyebab ibu marah gara-gara karena rambutnya dipotong pendek?”

“apakah ibu merasakan kesal, kemudian dada ibu berdebar-debar kemudian tangan ibu menggepal ? setelah itu apa yang ibu lakukan ?”

“Apakah ibu tahu kerugian apa yang ibu dapatkan setelah melakukan itu ?”

“mau kah ibu belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik dan tanpa menimbulkan kerugian ?”

“bagaimana kalau kita belajar 1 cara dulu bu ? begini bu, kalau bapak ingin marah maka ibu berdiri, lalu tarik nafas dalam dari hidung kemudian tahan 3 detik setelah itu hembuskan lewat mulut. Nah bagus, lakukan sebanyak 3 kali ya bu.”

“Sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah terbiasa melakukannya.”

c) Terminasi :

1) Evaluasi respon pasien:

a) Respon subjektif : “bagaimana perasaan ibu setelah berbincang-bincang dengan saya?”

“Iya, jadi penyebab ibu marah itu karena rambut ibu dipotong pendek sama orang tua, lalu ibu tidak menyukai jika dipotong pendek”

“coba selama saya tidak ada ingat-ingat penyebab ibu, dan jangan lupa latihan nafas dalam, ya ibu?”

b) Respon objektif : “px hanya melakukan latihan nafas dalam 1 kali setelah diajarkan oleh perawat, lalu pasien pergi”

c) Tindak lanjut pasien :

“ibu, hari ini kita sudah berbincang-bincang dan saya sudah megajarkan tentang cara mengontrol marah dengan nafas dalam, bagaimana kalau kita buat jadwal latihan ya bu?”

d) Kontrak yang akan datang :

1) Topik

“Baik, bagaimana kalau besok kita berbincang-bincang lagi mengenai tanda-tanda, akibat dan cara mengendalikan marah lagi?”

2) Waktu

“Kira-kira besok kita bertemu jam berapa lagi? Bagaimana kalau seperti hari ini bu?”

3) Tempat

“Besok ibu mau bercerita dimana? bagaimana kalau ditempat ini lagi?”

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Anita Rosa Elvita

Nama Pasien : Ny. N

Hari/tanggal : Selasa/05 Juni 2018

Pertemuan : Ke-2 (SP 1)

Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan

1. Proses keperawatan

a. Kondisi pasien

- 1) Klien mondar-mandir
- 2) Bicara dengan nada tinggi
- 3) Tangan mengepal
- 4) Emosi klien labil

b. Diagnosa keperawatan

Perilaku kekerasan

c. Tujuan

SP 1 Pasien

- 1) Mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- 2) Menyebutkan perilaku kekerasan yang dilakukan pasien saat marah
- 3) Dapat mengetahui akibat dari perilaku kekerasan

2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

a. Orientasi

- 1) Salam terapeutik : “Selamat pagi bu?” masih ingat dengan saya? Sesuai janji saya kemarin saya datang lagi hari ini.

2) Evaluasi/validasi : “ Bagaimana perasaan ibu hari ini? Masih ada perasaan kesal atau marah? “.

3) Kontrak :

a) Topik : “Bagaimana kalau kita bebincang-bincang lagi dan sedikit bercerita tentang perasaan marah ibu?”

b) Waktu : “Berapa lama bu mau berbincang-bincang dengan saya? Bagaimana kalau 15 menit.”

c) Tempat : “Kita ngobrolnya dimana bu? Disini saja ya seperti kemarin?”

b. Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

“Apakah ibu tahu tanda-tanda perilaku kekerasan itu apa saja?”

“nah,sekarang bisa diceritakan saat ibu marah, tindakan apa yang biasanya ibu lakukan?”

“ibu tahu tidak akibat dari ibu marah itu apa?”

“masih ingat latihan nafas dalam yang saya ajari kemarin?bisakah kita coba lagi hari ini, agar ibu terbiasa melakukannya apabila ibu sedang marah.”

1) Terminasi

1 Evaluasi Subyektif : “Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercerita dan belajar bersama?”

2 Evaluasi Obyektif : Pasien hanya menjawab seperlunya saja dan meninggalkan perawat.

3 Kontrak yang akan datang

a) Topik

“Hari ini ibu sudah bercerita dan sudah bisa mengulangi latihan nafas dalam sendiri.”

“Besok kita bertemu lagi ya bu, saya ingin ibu bercerita lebih banyak lagi kepada saya.”

b) Waktu

Kira-kira kita besok bertemu jam berapa? Bagaimana kalau seperti

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa : Anita Rosa Elvita

Nama Pasien : Ny. N

No. RM : 02-XX-XX

Hari/Tanggal : Rabu, 06-06-2018

Pertemuan : ke-3 (SP2)

1. Proses Keperawatan

a. Kondisi pasien

- 1) Klien terlihat mondar-mandir
- 2) Bicara dengan nada tinggi
- 3) Tangan mengepal
- 4) Emosi klien labil

b. Diagnosa Keperawatan

Perilaku Kekerasan

c. Tujuan

SP 2 Pasien

- 1) Pasien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 2) Pasien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan oleh klien
- 3) Pasien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan

2. Strategi komunikasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan

a. Orientasi

- 1) Salam terapeutik : “selamat pagi bu, masih ingat dengan nama saya bu? Bagaimana kabarnya ibu hari ini?”
- 2) Evaluasi/validasi : “bagaimana bu perasaannya hari ini? Masih ada perasaan kesal atau marah?”
- 3) Kontrak :
 - a) Topik : “bagaimana kalau kita bercakap-cakap lagi hari ini bu?”
 - b) Waktu : “Berapa lama ibu mau berbincang-bincang hari ini? Bagaimana kalau 15 menit?”
 - c) Tempat : “dimana ngobrolnya bu? Bagaimana kalau disini saja seperti kemarin?”

b) Kerja (langkah-langkah tindakan keperawatan)

“Jadi bagaimana, apakah ibu sekarang sudah mengetahui tanda-tanda perilaku kekerasan?”

“Lalu apa yang biasanya ibu lakukan saat ibu marah?”

“ibu tau tidak akibat dari tindakan yang telah ibu lakukan?”

“Masih ingat kan latihan nafas dalam yang telah saya ajari kemarin?

Sekarang ayo kita coba ulangi kembali ya bu?”

”Nah, sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul ibu sudah terbiasa melakukannya.

c) Terminasi

1) Evaluasi Subyektif

“Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercerita dan belajar bersama?”

2) Evaluasi Obyektif

Pasien hanya menjawab seperlunya saja dan meninggalkan tempat.

d) Kontrak yang akan datang

1) Topik

“Hari ini ibu sudah bercerita dan sudah biasa latihan nafas dalam sendiri.”

“Besok kita bertemu lagi ya bu, saya ingin ibu bercerita lebih banyak lagi kepada saya.”

2) Waktu

Kira-kira kita besok bertemu jam berapa? Bagaimana kalau seperti hari ini?

3) Tempat

“Besok ibu mau bercerita dimana? Bagaimana kalau ditempat ini lagi

Evaluasi Kemampuan Perawat dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan

Nama Pasien : Ny. N

Ruangan : Ruang Flamboyan

Nama Perawat : Anita Rosa Elvita

No	Kemampuan	Tanggal		
		04-06-2018	05-06-2018	31-06-2018
A	Pasien			
	SP 1 PASIEN			
1	Mengidentifikasi penyebab PK	√		
2	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK	√		
3	Mengidentifikasi PK yang dilakukan	√		
4	Mengidentifikasi penyebab PK	√		
5	Menyebutkan cara mengendalikan PK		√	
6	Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengendalikan fisik 1			√
7	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian	√	√	√
	Nilai SP 1 Pasien			
	Sp 2 Pasien			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			√
2	Melatih pasien mengendalikan PK dengan cara fisik II			√
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			√

	Nilai SP 2 Pasien			
	SP 3 Pasien			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
2	Melatih pasien mengendalikan PK dengan cara verbal			
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
	Nilai SP 3 Pasien			
	Sp 4 Pasien			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
2	Melatih pasien mengendalikan PK dengan cara spiritual			
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
	Nilai SP 4			
	Sp 5 Pasien			
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien			
2	Menjelaskan cara mengendalikan PK dengan minum obat			
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian			
	Nilai SP 5			

