

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. Y DENGAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG VI A
RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA**



Oleh :

**ELVA AUDINA SISWOYO
152.0016**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA
2018**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN MASALAH UTAMA
PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. Y DENGAN DIAGNOSA
MEDIS SKIZOFRENIA DI RUANG VI A
RUMKITAL Dr. RAMELAN
SURABAYA

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Oleh :

ELVA AUDINA SISWOYO

NIM.152.0016

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
STIKES 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 Surabaya.

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

Surabaya, 20 Juli 2018



HALAMAN PERSETUJUAN

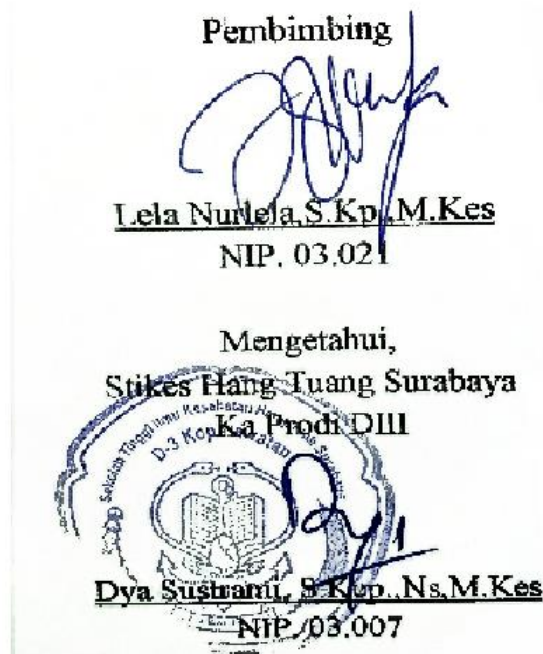
Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : ELVA AUDINA SISWOYO
NIM : 152.0016
Program Studi : D III Keperawatan
Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan Tn. Y dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan Surabaya**

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 25 Juli 2018



Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2018

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Kita diciptakan oleh Allah bukan untuk menjadi pecundang, tapi kita telah disiapkan oleh Allah berpotensi untuk sukses. Tidak hanya pada ukuran dunia tapi juga untuk ukuran akhirat



Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberikanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta kemudahan yang Engkau berikan. Kupersembahkan karya terindah ini kepada orang-orang yang kukasihi dan kusayangi.

- 1. Setiap goresan tinta ini adalah wujud dari keagungan dan kasih sayang yang diberikan Allah SWT kepada umatnya.**
- 2. Setiap detik waktu menyelesaikan karya tulis ini merupakan hasil getaran doa kedua orang tuaku dan kakakku terkasih yang mengalir tiada henti.**
- 3. Setiap detik waktu menyelesaikan karya tulis ini juga merupakan hampasan semangat dari teman-teman terdekat ku Mufarikhatul, Virdha dan Wahidin**

KATA PENGANTAR

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

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

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

1. Laksamana Pertama TNI dr. I Dewa Gede Nalendra, D. I., Sp. BTKV (K), selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ini.
2. Kolonel Laut (Purn), Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Stikes HangTuah Surabaya yang telah memberikan kami untuk praktek di Ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan HangTuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., Ns, M.Kes selaku pembimbing dan penguji I, yang dengan tulus ikhlas telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak Rudi Hartono, S.Kep., Ns selaku pembimbing dan penguji II, yang dengan tulus ikhlas memberikan arahan, bimbingan serta perhatian dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih banyak atas bantuannya. Penulis hanya bias berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Semoga bermanfaat bagi siapa saja terutama bagi STIKES HangTuah Surabaya.

Surabaya, 20 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 TEORI

2.1 Konsep Dasar Skizofrenia	8
2.1.1 Definisi Skizofrenia	8
2.1.2 Gejala Skizofrenia	9
2.1.3 Tipe Skizofrenia	10
2.1.4 Pengobatan Skizofrenia	12
2.2 Konsep Perilaku Kekerasan	13
2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan	13
2.2.2 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan	14
2.2.3 Rentang Respon	18
2.2.4 Mekanisme Koping	20
2.2.5 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan	22
2.2.6 Etiologi	23
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	24
2.3.1 Pengkajian	24
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.3.3 Rencana Keperawatan	27
2.3.4 Tindakan Keperawatan	29
2.3.5 Implementasi	31
2.3.6 Evaluasi	32

BAB 3 TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	33
3.1.1	Identitas Klien	33
3.1.2	Alasan Masuk	33
3.1.3	Faktor Predisposisi	34
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	34
3.1.5	Psikososial	35
3.1.6	Status Mental	37
3.1.7	Kebutuhan Pasien Pulang	40
3.1.8	Mekanisme Koping	41
3.1.9	Masalah Psikososial dan Lingkungan	42
3.1.10	Pengetahuan Kurang Tentang	43
3.1.11	Data Lain-lain	43
3.1.12	Aspek Medis	43
3.1.13	Daftar Masalah Keperawatan	43
3.1.14	Daftar Diagnosa Keperawatan	44
3.2	Pohon Masalah	45
3.3	Analisa Data	46
3.4	Intervensi Keperawatan	48
3.5	Implementasi dan Evaluasi	57

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1	Pengkajian	64
4.2	Diagnosa Keperawatan	67
4.3	Perencanaan	67
4.4	Pelaksanaan	68
4.5	Evaluasi	75

BAB 5 PENUTUP

5.1	Kesimpulan	79
5.2	Saran	81

DAFTAR PUSTAKA	82
-----------------------------	----

LAMPIRAN	83
-----------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif	20
Tabel 3.3 Analisa Data	46
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....	48
Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentan Respon Marah	19
Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	26
Gambar 3.1 Genogram	35
Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari ke-1	83
Lampiran 2 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari ke-2	88
Lampiran 3 Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Hari ke-3	92

DAFTAR SINGKATAN

SP	: Strategi Pelaksanaan
SPTK	: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
Mg	: Miligram
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
P	: Pernafasan
Mnt	: Menit
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
Cm	: Centimeter
Kg	: Kilogram
NIRM	: Nomer Identitas Register Medis
MRS	: Masuk Rumah Sakit
KRS	: Keluar Rumah Sakit
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu komponen terpenting dalam dalam setiap individu adalah keluarga. Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing misalnya peran seorang ayah sebagai pemimpin keluarga yaitu pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom serta pemberi rasa aman terhadap anggota keluarga nya. Banyak perubahan sosial yang tengah terjadi memiliki pengaruh besar pada kehidupan keluarga. Keluarga mengatasi dan beradaptasi terhadap situasi hidup penuh stress secara teratur. Selain itu, selama perjalanan hidup keluarga juga perlu mengatasi stressor situasional(yang tidak diharapkan) seperti penyakit akut atau kronik pada anggota keluarga anak-anak, orang dewasa atau lansia, perilaku menganiaya, penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan, kehamilan remaja atau cedera karena kecelakaan. Stres dalam keluarga adalah peristiwa hidup atau kejadian yang cukup kuat untuk menyebabkan perubahan dalam sistem keluarga. Perilaku kekerasan dalam keluarga dikenal sebagai salah satu dari masalah kesehatan masyarakat yang utama. Kebanyakan perilaku kekerasan rumah tangga secara langsung berhubungan dengan stress sosial dan keluarga(Friedman,2010). Insidens kekerasan dalam keluarga terus meningkat, dan banyak orang tidak merasa aman di rumah mereka sendiri. Kekerasan dalam keluarga bisa berupa salah seorang anggota keluarga mengancam atau menelantarkan anggota keluarga

lainnya atau pasangan sebagai cara untuk mengendalikan individu tersebut.

Kekerasan dapat dihubungkan dengan

kejahatan, gerombolan dan masalah kesehatan jiwa (O'Brien etc,2014). Kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya(WHO dalam Yosep,2013). Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik, dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir. Kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar (Ibrahim, 2011). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis(Keliat dan Akemat,2009).

Menurut data WHO(2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Data Riskesdas 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional yang menunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1000 penduduk. Berdasarkan data dari Dinas Sosial Jawa Timur, penderita gangguan jiwa di Jatim pada tahun 2016 mencapai 2369 orang. Jumlah itu naik sebesar 750 orang dibandingkan tahun 2015 lalu yang hanya 1619 penderita. Fakta empiris yang didapatkan dalam lima bulan terakhir di ruang jiwa pav 6 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya mulai bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2018, terdapat 96 pasien dengan diagnosa medis skizofrenia, dan untuk pasien dengan perilaku kekerasan sebanyak 34 pasien.

Persentase pasien perilaku kekerasan di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya sebanyak (32,6%)

Adanya gangguan jiwa ini sebenarnya disebabkan banyak hal. Ada tiga golongan penyebab gangguan jiwa ini, pertama (gangguan fisik, biologis, atau organik), ke dua gangguan mental, emosional, atau kejiwaan serta ke tiga gangguan sosial atau lingkungan (Ibrahim, 2011). Penyebab terjadinya Perilaku Kekerasan meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan mekanisme koping (Yosep, 2010).

Sejalan dengan paradigma sehat yang di cengahkan Departemen Kesehatan yang lebih menekankan upaya proaktif melakukan pencegahan daripada menunggu di Rumah Sakit, kini orientasi upaya kesehatan jiwa lebih pada pencegahan (preventif) dan promotif. Upaya itu melibatkan banyak profesi, selain Psikiater atau dokter juga perawat adalah berupaya melakukan assessment atau pengkajian mengenai keadaan-keadaan traumatic atau stressor yang di anggap bermakna pada masa lalu dan menggunakan pendekatan komunikasi terapeutik setelah terjalin saling percaya (Yosep, 2009).

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya ?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

5. Mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama Perilaku kekerasan pada Tn.Y dengan diagnosa medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

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

1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn Y dengan diagnosis medis Skizofrenia di ruang Jiwa A Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia dengan baik.

b. Bagi penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu bahan bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia.

c. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

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

2. Teknik pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medic pasien.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pemeriksaan tanda-tanda vital dengan pasien.

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, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatanlain.

4. Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

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

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia, serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

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

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Pada bab ini akan menguraikan secara teoritis mengenai, Konsep Skizofrenia yang meliputi pengertian, tanda gejala, tipe Skizofrenia. konsep perilaku kekerasan konsep, asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan. Asuhan keperawatan akan diuraikan konsep pengkajian, konsep rencana keperawatan, konsep pelaksanaan dan konsep evaluasi.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan sekelompok gangguan psikotik, dengan gangguan dasar pada kepribadian, distorsi khas pada proses pikir. Kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan dari luar (Ibrahim, 2011)

2.1.2 Etiologi Skizofrenia

Maramis (2009) menyebutkan teori tentang etiologi skizofrenia yang saat ini banyak dianut adalah sebagai berikut.

Genetik: Dapat dipastikan bahwa ada faktor genetik yang turut menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia dan terutama anaka-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9-1,8%, bagi saudara kandung 7-15%, bagi anak dengan salaj satu orantua yang menderita skizofrenia 7-16%, bila kedua orangtua menderita skizofrenia 40-68%, bagi kembar dua telur (heterozigot) 2-15%, bagi kembar satu telur (monozigot) 61-86%.

Neurokimia: Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktivitas pada jaras dopamin mesolimbik. Hal ini didukung oleh temuan bahwa amfetamin, yang kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin, dapat menginduksi psikosis yang mirip skizofrenia dan obat antipsikotik (terutama antipsikotik generasi pertama atau antipsikotik tipikal/klasik) bekerja dengan mengeblok reseptor dopamin, terutama reseptor D₂. Keterlibatan neurotransmitter lain seperti serotonin, noradrenalin, GABA dan glutamat, serta neuropeptida lain masih terus diteliti oleh para ahli.

Hipotesis perkembangan saraf (Neurodevelopmental hypothesis): Studi autopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak penderita skizofrenia, antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6% daripada otak normal dan ukuran anterior-anterior yang 4% lebih pendek, pembesaran ventrikel otak yang nonspesifik, gangguan metabolisme di daerah frontal dan tempotal, dan kelainan susunan seluler pada struktur saraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya gliosis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan. Studi neuropsikologis mengungkapkan defisit di bidang atensi, pemilahan konseptual, fungsi eksekutif dan memori pada penderita skizofrenia.

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Azizah, et al (2016) menyebutkan Gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut:

- a. Muncul delusi dan halusinasi

Delusi adalah keyakinan/pemikiran yang salah dan tidak sesuai kenyataan, namun tetap dipertahankan sekalipun dihapakan pada cukup banyak bukti

mengenai pemikirannya yang salah tersebut. Delusi yang biasanya muncul adalah bahwa penderita skizofrenia meyakini dirinya adalah Tuhan, dewa, nabi, atau orang besar dan penting. Sementara halusinasi adalah persepsi panca indera yang tidak sesuai dengan kenyataan, misalnya penderita tampak berbicara sendiri tetapi ia mempersepsikan ada orang lain yang sedang ia ajak berbicara.

b. Kehilangan energi dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara hanya sedikit, gagal menjalin hubungan yang dekat dengan orang lain, tidak mampu memikirkan konsekuensi dan tindakannya, menampilkan ekspresi emosi yang datar, atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai konteks (misalkan tiba-tiba tertawa atau marah-marah tanpa sebab yang jelas)

2.1.4 Tipe Skizofrenia

Menurut Maramis (2009) jenis-jenisnya sebagai berikut:

1. Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid agak berlainan dari jenis-jenis yang lain dalam jalannya penyakit. Skizofrenia hebefrenik dan katatonik sering lama kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplex, atau gejala-gejala hebefrenik dan katatonik bercampuran. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan. Gejala-gejala yang mencolok adalah waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata ada juga gangguan gangguan proses berpikir, gangguan afek, emosi dan kemauan. Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permmulaannya

mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sbelum sakit sering dapat digolongkan skizoid. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah : gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti *mannerism*, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdaapat pada skizofrenia hebefrenik.waham dan halusinasinya banyak sekali.

3. Skizofrenia Katatonik

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

4. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berpikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang jarang sekali terdaapat. Jenis ini timbulnya perlahan-lahan sekali. Pada permulaan mungkin penderita mulai kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia makin mundur dalam pekerjaan atau pelajaran dan akhirnya menjadi penganggur. Bila tidak ada yang menolongnya ia mungkin akan menjadi pengemis, pelacur atau “penjahat”.

5. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi nonverbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

2.1.5 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

2.2 Konsep Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu perilaku kekerasan saat sedang berlangsung atau perilaku kekerasan terdahulu (Keliat dan Akemat, 2009).

Perilaku kekerasan merupakan bagian dari rentang respon marah yang paling maladatif, yaitu amuk (Yusuf, A. Fitryasari. Nihayati., 2015).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Stuart dan Sundeen, dalam Direja, 2011)

2.2.2 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

1. Faktor Predisposisi

Menurut (Yosep, 2012 dalam Damaiyanti. M & Iskandar 2012), factor predisposisi klien dengan perilaku kekerasan adalah:

a. Teori Biologik

- 1) *Neurologic factor*, beragam komponen dari sistim syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrit, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan memengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.
- 2) *Genetic factor*, adanya factor gen yang diturunkan melalui orangtua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset (Kazuo Murakami, 2007 dalam Damaiyanti 2012) dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyo type XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.
- 3) *Cycardium Rhytm* (irama sikardian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam tertentu manusia

mengalami peningkatan cortisol terutama pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar 9 jam dan 13 jam. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersifat agresif.

- 4) *Biochemistry factor* (Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter (epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkolin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent. Peningkatan hormon androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadi perilaku agresif.
- 5) *Brain Area disosde*, gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tidak kekerasan.

b. Teori psikologik

1) Teori Psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*). Teori ini menjelaskan bahwa adanya keridakpuasan fase oral antara usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu

yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

2) *Imitation, modeling, and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang menolerir kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan cara mengasihi dan mencium boneka tersebut dengan reward positif pula (makin baik belaiannya mendapatkan hadiah coklat). Setelah anak-anak keluar dan diberi boneka ternyata masing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dialaminya.

3) *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana espons ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respons ibu saat marah. Ia juga belajar bahwa dengan agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.

c. Teori sosiokultural

Dalam budaya tertentu seperti rebutan berkah, rebutan uang receh, sesaji atau kotoran kerbau di keraton, serta ritual ritual yang cenderung mengarah pada kemusyrikan secara tidak langsung turut memupuk sikap agresif dan ingin menang sendiri. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini dipicu juga dengan maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul, dan perdukunan (santet, teluh) dalam tayangan televisi.

d. Aspek Religiusitas

Dalam tinjauan religiutas, kemarahan dan agresivitas merupakan dorongan dan bisikan syetan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal (*devil support*). Semua bentuk kekerasan adalah bisikan syetan melalui pembuluh darah ke jantung, otak, dan organ vital manusia lainyang dituruti manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal (ego) dan norma agama (super ego).

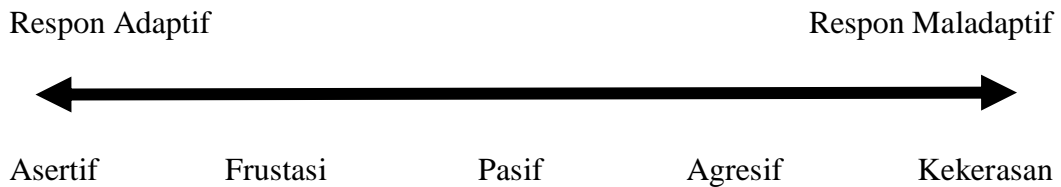
2. Faktor Presipitasi

Menurut (Yosep, 2010 dalam Damaiyanti. M & Iskandar 2012), faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan berkaitan dengan :

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah perkelahian massal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai orang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

2.2.3 Rentang Respon

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



Gambar 2.2 Rentang Respon Marah (Yusuf,Fitriyarsari,Nihayati 2015).

1. Asertif yaitu klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberi kelegaan.
2. Frustrasi yaitu klien gagal mencapai tujuan kepuasan atau saat marah dan tidak dapat menemukan alternatifnya.
3. Pasif yaitu merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.
4. Agresif yaitu klien mengekspresikan secara fisik, tetapi tidak terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.
5. Kekerasan yaitu perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang control, disertai amuk, merusak lingkungan.

Tabel 2.2 Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif

(Yusuf,Fitriyarsari,Nihayati 2015).

Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada bicara	Negatif. Menghina diri (Dapatkah saya lakukan? Atau Dapatkah ia lakukan ?)	Positif. Menghargai diri sendiri (saya dapat atau akan lakukan)	Berlebihan. Menghina oranglain (Anda selalu atau tidak pernah?)
Nada suara	Diam Lemah	Diatur	Tinggi Menuntut

Merengek				
Sikap tubuh	Melorot Menundukkan kepala	Tegas Relaks	Tegang Bersandar ke depan	
Personal space	Oranglain dapat masuk padda teritorial	Menjaga jarak yang menyenangkan Mempertahankan hak tempat atau teritorial	Memiliki teritorial oranglain	
Gerakan	Minimal Lemah Resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan	
Kontak mata	Sedikit atau tidak ada	Sesekali (intermitten) sesuai dengan kebutuhan interaksi	Melotot	

2.2.4 Mekanisme Koping

Menurut (Direja,2011) perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan 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 keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan pada sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi,wajah merah,pupil melebar,mual, sekresi HCL meningkat, peristaltic gaster menurun, pengeluaran urin

dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat

2. Menyatakan secara asertif

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

3. Memberontak

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

4. Perilaku kekerasan

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

2.2.5 Tanda dan gejala Perilaku Kekerasan

Tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut (Yusuf, Fitriyani, Nihayati, 2015) antarlain :

1. Emosi
 - a. Tidak adekuat
 - b. Tidak aman

- c. Rasa terganggu
 - d. Marah (dendam)
 - e. Jengkel
2. Intelektual
- a. Mendominasi
 - b. Bawel
 - c. Sarkasme
 - d. Berdebat
 - e. Meremehkan
3. Fisik
- a. Muka merah
 - b. Pandangan tajam
 - c. Napas pendek
 - d. Keringat
 - e. Sakit fisik
 - f. Penyalahgunaan zat
 - g. Tekanan darah meningkat
4. Spiritual
- a. Kemahakuasaan
 - b. Kebijakan/kebenaran diri
 - c. Keraguan
 - d. Tidak bermoral
 - e. Kebejatan

- f. Kreativitas
5. Sosial
- a. Menarik diri
 - b. Pengasingan
 - c. Penolakan
 - d. Kekerasan
 - e. Ejekan
 - f. Humor

2.2.6. Etiologi

Proses Terjadinya Marah

Amuk merupakan respons kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat hingga disertai hilangnya kontrol, yang individu dapat merusak diri sendiri, orang lain atau lingkungan. Respon marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal. Secara internal dapat berupa perilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif agresif. Respons marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu (1) mengungkapkan secara verbal, (2) menekan, dan (3) menantang.

Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan perilaku agresif dan menantang, biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat

menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk (Yusuf, A, Fitryasari, dan Nihayati 2015).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Pasien mengalami perilaku kekerasan sukar mengontrol diri dan emosi. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran diri yang tinggi agar dapat menerima dan mengevaluasi perasaan sendiri sehingga dapat memakai dirinya sendiri secara terapeutik dalam merawat Pasien.

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam perilaku kekerasan Pasien dan tidak menghakimi.

2.3.1 Pengkajian

Menurut (Kusumawati dan Hartono 2012) pengkajian faktor predisposisi dan presipitasi, seta kondisi klien sekarang. Kaji riwayat keluarga dan masalah yang dihadapi klien

Menurut (Keliat dan Akemat 2009) Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

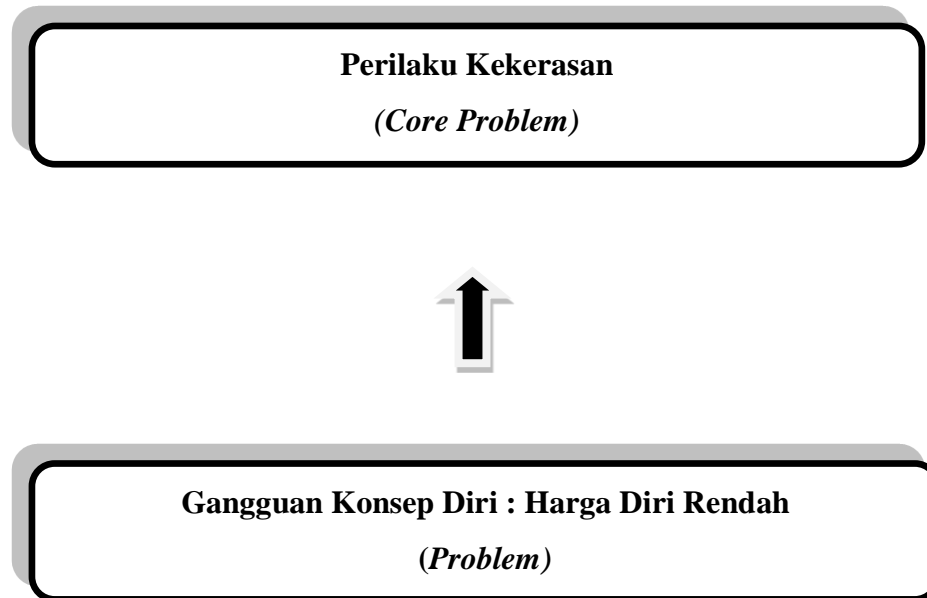
1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan

5. Jalan mondar-mandir
6. Bicara kasar
7. Suara tinggi
8. Mengancam secara verbal atau fisik
9. Melempar atau memukul benda/orang lain
10. Tidak mempunyai kemampuan untuk mencegah/mengontrol perilaku kekerasan.

Pohon Masalah

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
(Efec)





Gambar 2.2 : Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Yusuf,A. Ftryasari, Nihayati, 2015)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

2.3.3 Rencana Keperawatan

1. Tujuan menurut (Yusuf,A. Fitryasari, Nihayati, 2015)

- a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
- b. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- d. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
- e. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
- f. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya

2. Tindakan

1. 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

2. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu

3. 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
4. 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
5. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
6. 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.

2.3.4 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 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
7. Ikut sertakan pasien dalam kegiatan TAK (Terapi Aktifitas Kelompok):

- a. Sesi 1 : Kemampuan memperkenalkan diri
- b. Sesi 2 : Kemampuan berkenalan
- c. Sesi 3 : Kemampuan bercakap-cakap
- d. Sesi 4 : Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
- e. Sesi 5 : Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
- f. Sesi 6 : Kemampuan bekerjasama
- g. Sesi 7 : Evaluasi kemampuan sosialisasi

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.

Tindakan (SP 5) :

1. Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat

2.3.5 Implementasi

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, implementasi seringkali jauh berbeda dengan

rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasamenggunakan rencana tertulis,yaitu apa yang dipikirkan,dirasakan,itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan klien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan,perawat perlu memvalidasi dengan singkat ,apakah rencana tindakan masih sesuai dan diutuhkan oleh klien saat ini(here and now). Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal,intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi klien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak (inform consent) dengan klien yang isinya menjelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta yang diharapkan dari klien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien(Direja,2011)

2.3.6 Evaluasi

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku klien. Dibawah ini beberapa perilaku yang dapat mengindikasikan evaluasi yang positif:

1. Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan klien
2. Bagaimana keadaan klien saat marah dan benci pada orang tersebut
3. Sudahkan klien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain
4. Buatlah komentar yang kritikal
5. Apakah klien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda

6. Klien mampu menggunakan aktivitas secara fisik untuk mengurangi perasaan marahnya
7. Mampu mentoleransi rasa marahnya
8. Konsep diri klien sudah meningkat
9. Kemandirian dalam berfikir dan aktivitas meningkat

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 04 Juni 2018 sampai dengan 08 Juni 2018. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file no.Register 20-xx-xx sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Ruangan Rawat : JIWA A Tanggal Dirawat : 31 Mei 2018

Tanggal Pengkajian : 04 Juni 2018

3.1.1 Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. Y merupakan seorang laki-laki yang berusia 36 tahun dan beragama islam. Pasien mengatakan anak pertama dari 3 bersaudara. Pasien mengatakan sudah menikah dan mempunyai 2 anak laki-laki

3.1.2 Alasan Masuk

Pasien mengatakan datang ke Ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan dibawa oleh istrinya karena marah-marah, memukul isteri dan teman-teman kantornya

Keluhan utama :

Pasien mengatakan dirinya sering bertengkar dengan istrinya dan memukulnya

3.1.3 Faktor Prediposisi

1. Pasien di pernah dirawat di Ruang Jiwa Rumkital Dr. Ramelan sudah 18 kali masuk selama 6 tahun terakhir (2012-2018) dengan masalah yang sama yaitu sering memukul orang lain dan suka marah-marah
2. Pasien tidak pernah kontrol rutin dan jarang minum obat sehingga pengobatan tidak efektif
3. Pasien melakukan perilaku kekerasan yaitu sering memukul istrinya dan memukul teman kantornya

Masalah Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

Penatalaksanaan terapi inafektif

4. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang pernah dirawat disini

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Ketika ditanya pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, pasien mengatakan pernah bertengkar dan memukul isterinya

Masalah Keperawatan : Gangguan Proses Keluarga

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Tanda vital

Tekanan Darah : 130/70 mmHg Nadi : 89 kali/mnt

Suhu : 36°C Pernafasan : 22x/mnt

2. Ukur

Tinggi Badan : 168 cm

Berat Badan : 80 kg

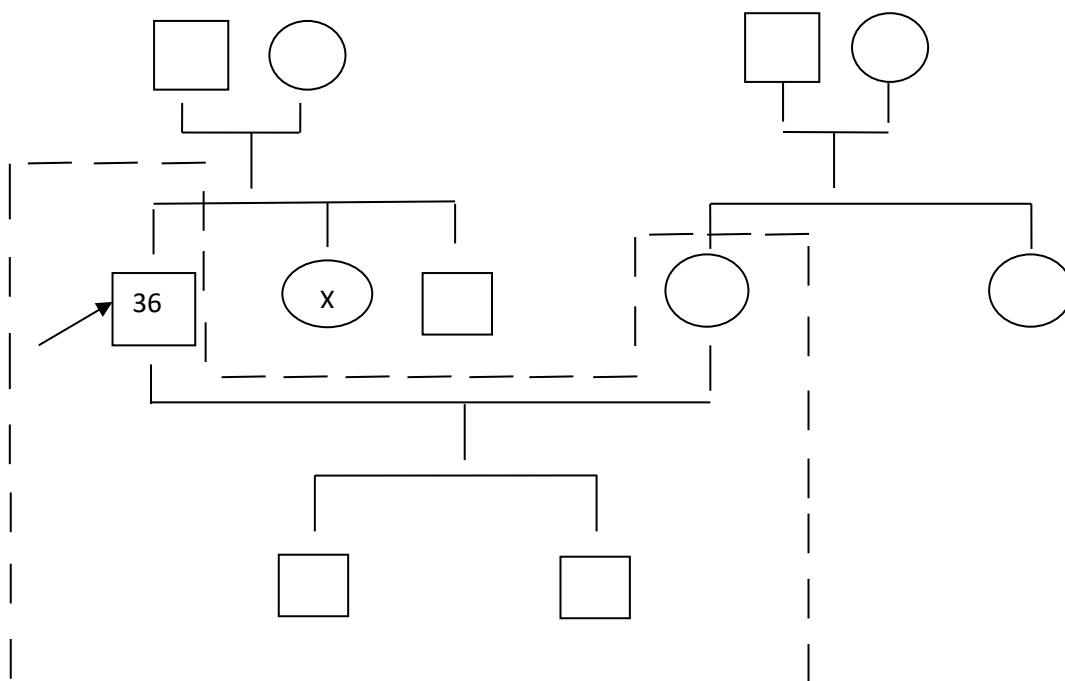
3. Keluhan fisik

Pasien mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5 Psikososial

. Genogram keluarga Tn.Y



Keterangan



Laki-laki



Perempuan

X

Meninggal



Pasien



Tinggal serumah

Jelaskan : Data didapat dari pasien. Pasien mengatakan bahwa anak pertama dari 3 bersaudara, pasien tinggal bersama istri dan 2 anak laki-lakinya

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri

a. Gambaran diri :

Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya.

b. Identitas :

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki berusia 36 tahun yang sudah menikah.

c. Peran :

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang suami yang mempunyai dua anak

d. Ideal diri :

Apabila pasien pulang, pasien mengatakan ingin bekerja kembali dan berkumpul dengan teman-temannya

e. Harga diri :

Pasien mengatakan malu di rawat disini karena dianggap sakit jiwa oleh orang lain

Masalah Keperawatan : Gangguan konsep diri : Harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah anaknya.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat

Pasien mengatakan jika di rumah malas berkumpul dengan orang sekitar rumahnya

Selama di Rumah Sakit pasien lebih sering menyendiri dan jarang berinteraksi dengan orang lain

c. Hambatan dalam berbuhungan dengan orang lain

Pasien mengatakan lebih suka menyendiri

Masalah keperawatan: Isolasi sosial : Menarik diri

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama islam.

Saat ditanya tentang hubungan sakitnya dengan agama yang dianut pasien mengatakan bahwa dirinya sehat dan tidak ada yang sakit pada dirinya

b. Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan tidak pernah sholat. Pasien juga mengatakan tidak pernah berdoa dan puasa

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.6 Status mental

1. Penampilan

Pada saat melakukan pengkajian rambut pasien terlihat rapi, baju bersih, kuku pendek dan memakai sandal

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Pembicaraan

Pada saat pengkajian nada bicara pasien tinggi dan keras. Pasien tidak mampu memulai pembicaraan

Masalah Keperawatan : Hambatan komunikasi

3. Aktivitas Motorik

Pada saat melakukan pengkajian pasien terlihat tegang tidak bisa santai, gelisah ingin mengakhiri pembicaraan dan pasien juga terlihat mondar-mandir

Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

4. Alam perasaan

Pada saat pengkajian pasien terlihat sedih, karena pasien tidak bisa berkumpul dengan keluarga serta teman-temannya

Masalah Keperawatan : Ansietas

5. Afek

Pada saat pengkajian pasien labil terkadang mau menjawab terkadang diam, pandangan tajam dan suara tinggi

Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

6. Interaksi selama wawancara

Pada saat pengkajian kontak mata pasien kurang serta memperlihatkan wajah curiga tidak percaya dengan orang lain

Masalah Keperawatan : Risiko membahayakan diri sendiri dan orang lain

7. Persepsi

Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak pernah melihat bayangan-bayangan dan bisikan yang tidak ada wujudnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

8. Proses Pikir

Pengulangan pembicaraan/perseverasi, pasien baru menjawab pertanyaan setelah diulangi beberapa kali.

Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir

9. Isi Pikir

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

Waham

Saat pengkajian, pasien tidak terdapat adanya waham, baik waham agama, somatik, kebesaran, curiga, maupun nihilistik

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

10. Tingkat kesadaran

Pada saat ditanya hari ini hari apa, tanggal berapa dan dimana, pasien menjawab “hari Senin tanggal 04 Juni 2018 di Ruang Jiwa RSAL”.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

11. Memori

Saat ditanya kejadian masa lalu ,pasien mengatakan “waktu itu di bawa kesini oleh istri karena suka marah-marah”

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pada saat ditanya $20+20$ pasien menjawab 40 ,ketika ditanya 40×2 pasien menjawab 80

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

13. Kemampuan penilaian

Saat diberi pilihan mandi dulu baru makan atau makan dulu baru mandi, pasien mengatakan mandi dulu baru makan karena agar badan dan mulut bersih lalu makan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

14. Daya tilik diri

Pada saat ditanya tentang penyakitnya pasien menjawab tidak sakit jiwa tetapi dibawa di Ruang Jiwa RSAL

Masalah Keperawatan : Gangguan proses pikir

3.1.7 Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhan

Pasien mampu memenuhi kebutuhan seperti makan, keamanan, pakaian, tempat tinggal dan uang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- a. Perawatan diri

Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa pasien selalu mandi, kebersihan dijaga, makan, BAB/BAK dan ganti pakaian

Penjelasan: Pada saat obeservasi keadaan umum pasien bersih

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- b. Nutrisi

1. Apakah anda puas dengan pola makan anda? Ya
2. Apakah anda memisahkan diri? Tidak
3. Frekuensi makan sehari : 3 kali sehari
4. Frekuensi udapan sehari : 1 kali sehari
5. BB SMRS : 80 kg BB MRS : 80 kg
6. Diet khusus : Pasien tidak mendapatkan diit khusus, pasien mengatakan makan selalu habis atau tercukupi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- c. Tidur

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada masalah dalam tidur. Pasien merasa segar setelah bangun tidur. Pasien terbiasa tidur siang. Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan saat tidur

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. Kemampuan pasien dalam

Pasien tidak mampu mengantisipasi kebutuhan diri sendiri dan membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri. Pasien masih belum mampu mengatur penggunaan obat dan pemeriksaan kesehatan, pasien juga tampak malas dan tidur terus dikamar

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

4. Pasien memiliki sistem pendukung

Pasien mengatakan mendapat dukungan dari keluarga agar cepat pulang.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. Apakah pasien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi

Saat pengkajian pasien mengatakan mengatakan senang bekerja karena bisa mendapatkan uang dan bertemu dengan temannya

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Mekanisme koping

Saat ditanya tentang bagaimana pasien dalam menyelesaikan masalah, pasien mengatakan menghindar atau emosi dan marah-marah

Masalah Keperawatan : Ketidakefektifan koping individual

3.1.9 Masalah psikososial dan lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit keluarganya yang memotifikasi untuk sembuh.

b. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik :

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit malas berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

c. Masalah dengan pendidikan, spesifik :

Pasien mengatakan bahwa pendidikan terakhirnya SMA

d. Masalah dengan pekerjaan, spesifik :

pasien mengatakan ingin kembali bekerja

e. Masalah dengan perumahan, spesifik :

Pasien mengatakan tinggal di rumah nya dengan isteri dan anaknya

f. Masalah ekonomi, spesifik :

Pasien mengatakan ekonominya didapatkan dari bekerja

g. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik :

Pasien mengatakan jika sakit berobat di pelayanan kesehatan setempat

h. Masalah lainnya, spesifik :

pasien sering marah-marah dengan istrinya

Masalah Keperawatan : Isolasi sosial menarik diri

3.1.10 Pengetahuan kurang tentang

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mengalami gangguan jiwa. Saat ditanya tentang penyakit dan obatnya Pasien menjawab tidak tahu.

Masalah Keperawatan : Defisit pengetahuan tentang penyakit dan obat

3.1.11 Data lain-lain

Tidak Ada

3.1.12 Aspek Medik

Diagnosa Medik : Skizofrenia.

Terapi Medik : Trifluoperazin 5mg (1-0-1)

Hexymer 2mg (1-0-1)

Sizoryl 25mg (0-0-1)

3.1.13 Daftar masalah keperawatan

- Risiko perilaku kekerasan
- Penatalaksanaan terapi inafektif
- Gangguan proses keluarga
- Gangguan konsep diri : Harga diri rendah
- Isolasi sosial: menarik diri
- Hambatan komunikasi
- Ansietas
- Risiko membahayakan diri sendiri dan orang lain

- Gangguan proses pikir
- Ketidakefektifan coping individual
- Defisit pengetahuan tentang penyakit dan obat

3.1.14 Daftar diagnosa keperawatan

Perilaku Kekerasan

Surabaya, 04 Juni 2018

Elva

Elva Audina Siswoyo

NIM. 152.0016

POHON MASALAH

Resiko perilaku menciderai diri sendiri dan orang lain.

(Akibat)



Perilaku kekerasan.

(Masalah utama)



Harga Diri Rendah

(Penyebab)

Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan Kasus

ANALISA DATA

NAMA : Tn.Y

NIRM : 20xxx

RUANGAN : Jiwa A

Tabel 3.3 Analisa Data

TGL	DATA	MASALAH	TANDA TANGAN
05 Juni 2018	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan melakukan kekerasan rumah tangga yaitu memukul istrinya dan memukul teman kantornya</p> <p>DO :</p> <p>Pada saat pengkajian pasien terlihat tegang tidak bisa santai dan gelisah ,nada bicara tinggi dan cepat</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sering bertengkar dengan istrinya dan memukulnya</p> <p>DO :</p>	<p>Resiko mencederai diri dan orang lain.</p> <p>Perilaku kekerasan.</p>	<p>Elva</p> <p>Elva</p>

	<p>1. Pasien labil, pandangan tajam, nada suara tinggi</p> <p>2. Kontak mata pasien kurang</p> <p>3. Memperlihatkan wajah curiga</p> <p>DS</p> <p>Pasien mengatakan malu dirawat disini karena dianggap sakit jiwa</p> <p>DO</p> <p>Pasien sering menyendiri dan jarang berinteraksi dengan orang lain</p>	<p>Harga Diri</p> <p>Rendah</p>	<p>Elva</p>
--	--	---------------------------------	-------------

RENCANA KEPERAWATAN JIWA

Nama Pasien : Tn. Y

Nama Mahasiswa : Elva Audina Siswoyo

NIRM : 20xxxx

Institusi : STIKES Hang Tuah Surabaya

Bangsal / tempat : Jiwa A

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Tgl	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN			RASIONAL
			TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	TINDAKAN KEPERAWATAN	
1	05 Juni 2018 09.00 wib	Perilaku kekerasan	SP 1 Pasien : 1. Pasien dapat membina hubungan	- Pasien mengungkapkan keadaannya saat ini. - Pasien mampu menjawab salam.	- Sapa Pasien dengan ramah secara komunikasi terapeutik. - Memperkenalkan diri secara sopan.	Membina hubungan saling saling dapat mempermudah proses asuhan keperawatan.

		<p>saling percaya (BHSP).</p> <p>2. Membantu Pasien untuk menemukan apa penyebab perilaku kekerasan.</p> <p>3. Membantu Pasien untuk mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan.</p>	<p>- Pasien mau membalas jabat tangan</p> <p>- Pasien mampu menyelesaikan masalah tanpa melakukan tindakan kekerasan.</p> <p>- Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala saat marah.</p> <p>- Pasien mampu mengetahui tindakan yang dilakukan sangat</p>	<p>- Tanyakan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai Pasien.</p> <p>- Berikan perhatian pada Pasien dan perhatikan kebutuhan dasar Pasien.</p> <p>- Bantu Pasien mengidentifikasi kebutuhan yang belum terpenuhi.</p> <p>- Minta Pasien untuk mempraktekkan.</p>	
--	--	---	--	--	--

			<p>4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Pasien saat marah.</p> <p>5. Mengidentifikasi tentang akibat dari melakukan perilaku kekerasan.</p> <p>6. Membantu menyebutkan cara mengendalikan perilaku</p>	<p>merugikan dirinya dan orang lain.</p> <p>- Pasien dapat menghindari perilaku kekerasan.</p> <p>- Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan.</p>	<p>- Minta Pasien untuk menyebutkan akibat Perilaku Kekerasan yang dialaminya.</p> <p>- Minta Pasien untuk menyebutkan cara mengendalikan Perilaku kekerasan saat marah timbul.</p>	
--	--	--	---	---	---	--

			<p>kekerasan Pasien saat marah timbul.</p> <p>7. Mengajarkan pasien untuk melakukan latihan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam.</p>	<p>- Pasien mampu menirukan menggunakan cara fisik 1 untuk mengontrol Perilaku Kekerasan.</p>	<p>- Minta Pasien untuk mempraktekan latihan tarik nafas dalam.</p>	
--	--	--	--	---	---	--

2			<p>SP 2 Pasien :</p> <p>1. Mengajarkan Pasien melakukan cara fisik ke 2 yaitu pukul kasur dan bantal dan memasukkan dalam jadwal.</p>	<p>- Pasien mampu dapat melakukan latihan cara fisik ke 2 untuk mengendalikan Perilaku Kekerasan.</p>	<p>- Minta Pasien untuk melakukan cara fisik 2 dan membantu Pasien untuk membuat jadwal tersebut.</p>	<p>- Pasien dapat mengontrol kemarahannya dengan melakukan cara fisik 1 yaitu dengan tarik nafas dalam.</p>

			<p>SP 3 Pasien :</p> <p>1. Membantu Pasien mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal dan memasukkan dalam jadwal.</p> <p>SP 4 Pasien :</p> <p>1. Membantu Pasien untuk mengendalikan</p>	<p>- Pasien mampu mengendalikan atau mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal.</p> <p>- Pasien mampu mengendalikan Perilaku kekerasan</p>	<p>- Minta Pasien untuk mempraktekan cara mengendalikan Perilaku Kekerasan dengan cara verbal serta membantu menjadwalkannya.</p> <p>- Minta Pasien untuk mempraktekan cara fisik</p>	<p>- Pasien dapat mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu dengan pukul kasur atau bantal.</p> <p>- Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan</p>
--	--	--	---	---	---	---

			<p>perilaku kekerasan secara spiritual dan memasukkan dalam jadwal.</p> <p>SP 5 Pasien :</p> <p>1. Membantu Pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat dan</p>	<p>demngan cara spiritual.</p> <p>- Pasien dapat melaksanakan minum obat dengan cara teratur dan mengetahui penggunaan obat tersebut.</p>	<p>dengan cara spriritual dan menjadwalkannya.</p> <p>- Minta Pasien untuk membuat jadwal dengan teratur minum obat.</p>	<p>dengan cara melakukan sholat atau mendekatkan diri dengan cara ibadah lainnya.</p>
--	--	--	---	---	--	---

			<p>memasukkan dalam jadwal.</p> <p>SP 1 Keluarga :</p> <p>1. Menyebutkan pengertian perilaku kekerasan dan proses terjadinya masalah perilaku kekerasan.</p>	<p>- Keluarga mampu menyebutkan tentang pengertian serta proses terjadinya Perilaku Kekerasan.</p> <p>- Keluarga mampu merawat Pasien</p>	<p>- Minta keluarga untuk menyebutkan pengertian dan proses terjadinya Perilaku Kekerasan.</p> <p>- Minta keluarga untuk menyebutkan cara</p>	<p>- Keluarga dapat mengetahui pengertian dan proses terjadinya Perilaku Kekerasan.</p> <p>- Keluarga dapat menyebutkan bagaimana merawat Pasien dengan Perilaku Kekerasan.</p>
--	--	--	--	---	---	---

			<p>2. Menyebutkan cara merawat Pasien perilaku kekerasan.</p> <p>SP 2 Keluarga :</p> <p>1. Mempraktikan cara merawat Pasien perilaku kekerasan.</p> <p>SP 3 Keluarga :</p>	<p>dengan perilaku kekerasan.</p> <p>- Pasien mampu merawat Pasien dengan Perilaku Kekerasan.</p> <p>- Keluarga mampu membuat jadwal aktivitas maupun</p>	<p>merawat Pasien dengan Perilaku Kekerasan.</p> <p>- Minta keluarga untuk mempraktekkan cara merawat Pasien dengan Perilaku Kekerasan.</p>	<p>- Keluarga mampu merawat keluarga lain dirumah dengan Perilaku Kekerasan.</p>
--	--	--	--	---	---	--

			1. Membuat jadwal aktifitas dan minum obat Pasien dirumah	jadwal minum obat dengan teratur.		
--	--	--	--	--------------------------------------	--	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : Tn. Y

NIRM : 20XXXX

RUANGAN : Jiwa A

Tabel 3.5 Implementasi dan evaluasi

TGL	DX KEP	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
05 Juni 2018 Pukul 09.00 WIB	Perilaku kekerasan.	<p>SP 1 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya (BHSP). 2. Membantu Pasien untuk menemukan apa penyebab perilaku kekerasan. 3. Membantu Pasien untuk mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan “nama saya Tn.Y tinggal di Sidoarjo mbak” - Pasien mengatakan ”saya marah karena tidak boleh berpacaran dengan orang lain oleh istri saya”. -Pasien mengatakan “kalau kerasa marah ya tegang, ingin marah dan berbicara kasar mbak” 	Elva

		<p>4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan Pasien saat marah.</p> <p>5. Mengidentifikasi tentang akibat dari melakukan perilaku kekerasan.</p> <p>6. Membantu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan Pasien saat marah timbul.</p> <p>7. Mengajarkan pasien untuk melakukan latihan fisik 1 yaitu tarik nafas dalam.</p>	<p>-pasien mengatakan “kalau lagi marah rasanya pengenukul orang lain aja mbak”</p> <p>-Pasien mengatakan “kalau saya marah-marah istri dan anak saya ketakutan”</p> <p>- Pasien mengatakan “tidak tahu”</p> <p>-pasien mengatakan “oh gitu ya mbak cara mengendalikan marah saya bisa tarik nafas dalam dan merilekskan tubuh”</p> <p>O :</p> <p>- Pasien mau menjawab salam dan menyebutkan nama</p>	
--	--	---	--	--

			<p>- Pasien mau dan mampu melakukan teknik relaksasi dengan benar</p> <p>A :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu membina hubungan saling percaya. 2. Pasien mampu menyebutkan penyebab marah yaitu bertengkar dengan isteri 3. Pasien mampu menyebutkan tanda dan gejala Perilaku Kekerasan. 4. Pasien mampu mengenali Perilaku Kekerasan yang biasa di lakukan. 	
--	--	--	---	--

			<p>5. Pasien mampu mengenali akibat dari Perilaku Kekerasan.</p> <p>6. Pasien mampu mengontrol Perilaku Kekerasan dengan teknik tarik nafas dalam</p> <p>P :</p> <p>- Lanjutkan sp 2</p>	
--	--	--	--	--

06 Juni 2018 09.00 WIB	Perilaku kekerasan.	<p>SP 2 Pasien</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).</p> <p>2. Mengevaluasi Sp 1 mengontro marah dengan tarik nafas dalam</p> <p>3. Mengajarkan Pasien melakukan cara fisik ke 2 yaitu pukul kasur dan bantal</p>	<p>S :</p> <p>-Pasien mengatakan “saya masih ingat dengan perawat Elva kan kemarin yang ngobrol dengan saya”</p> <p>-Pasien mengatakan “saya bisa mengendalikan marah dengan tarik nafas dalam mbak jika marah muncul”</p> <p>-Pasien mengatakan “oh jika marah saya bisa tarik nafas dalam dan pukul bantal”</p>
------------------------------------	---------------------	---	---

			<p>O :Pasien mampu mempraktekkan teknik nafas dalam pukul bantal jika marah</p> <p>A : Pasien mampu mempraktekkan teknik pukul bantal jika marah</p> <p>P :Lanjutkan SP 3</p>
--	--	--	---

07 Juni 2018 09.00 WIB	Perilaku kekerasan.	<p>SP 3 Pasien :</p> <p>1. Membina hubungan saling percaya (BHSP).</p> <p>2. Mengevaluasi Sp 2 mengontrol marah dengan pukul kasur atau bantal</p> <p>3.Membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal</p>	<p>S</p> <p>- Pasien mengatakan "saya sudah kenal dengan perawat Elva karena tiap hari ketemu"</p> <p>- Pasien mengatakan "saya bisa mengontrol marah dengan pukul bantal mbak "</p> <p>- Pasien mengatakan "jika ingin marah</p>	Elva
------------------------------------	---------------------	---	---	------

			<p>tarik nafas dalam dan berbicara dengan baik agar tidak jadi marah”</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat mempraktekan cara menyampaikan marah dengan baik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat mempraktekan cara menyampaikan marah dengan baik <p>P :</p> <p>Evaluasi sp 1,2 dan 3</p>	
--	--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn. Y dengan diagnosa medis Skizofrenia diruang jiwa A Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan tanggal 04 Juni 2018 sampai dengan 08 Juni 2018 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan penjelasan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dan pasien mengerti serta kooperatif. Pada pengkajian akan diuraikan beberapa kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

1. Keluhan Utama

Pada tinjauan teori didapatkan data pada pasien yang dengan masalah Perilaku Kekerasan memiliki tanda dan gejala diantaranya adalah pasien emosi, selalu dengan kekerasan. Pasien juga berpandangan tajam, dengan wajah tegang dan nada bicara tinggi. Secara hubungan sosial pasien menarik diri karena tidak mau bersosialisasi dengan temannya. Pada tinjauan kasus

didapatkan data pada keluhan utama, yaitu pasien mengatakan dirinya sering bertengkar dengan istrinya. Pasien juga sering memukul istrinya.

2. Faktor Presipitasi

Pada tinjauan teori terdapat beberapa faktor diantaranya, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Pada pengkajian kasus pasien didapatkan data faktor presipitasi, pasien mengatakan datang ke Ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan karena marah- marah, pasien juga mengatakan dirinya sering bertengkar dan memukul istri serta teman kantornya. Pasien pernah dirawat di ruang jiwa Rumkital Dr.Ramelan 18 kali dari tahun 2012-2018 dengan masalah yang sama. Pengobatan kurang berhasil karena pasien jarang kontrol dan jarang minum obat. Sampai pada tanggal 31 Mei 2018 pasien mendapatkan perawatan inap jiwa A Rumkital Dr.Ramelan dengan kasus yang sama. Tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus.

3. Hubungan Sosial

Pada tinjauan teori terdapat tanda dan gejala perilaku kekerasan diantaranya faktor emosi, intelektual dan sosial. Faktor emosi merasa terganggu, dendam, jengkel, menyalahkan dan menuntut. Pada faktor intelektual mendominasi cerewet, berdebat, meremehkan sedangkan sosial mengalami penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.

Saat pengkajian didapatkan anak adalah orang yang paling berarti dan pasien tampak menyendiri serta tidak mau bersosialisasi dengan temannya. Hambatan yang dialami, pasien mengatakan malu di rawat di ruang jiwa karena dianggap sakit jiwa oleh orang lain. Seperti dalam tinjauan teori, tanda dan gejala perilaku kekerasan pada aspek emosi, intelektual dan sosial. Pasien merasa malu di rawat di ruang jiwa karena dianggap sakit jiwa oleh orang lain sehingga pasien tidak mau bersosialisasi dan lebih banyak menyendiri. Pada aspek sosial tidak jauh

beda dengan tinjauan teori, bahwa didapatkan pasien tidak mau bersosialisasi. Pada aspek intelektual pasien mengatakan malu di rawat di ruang jiwa karena dianggap sakit jiwa oleh orang lain, dan pada aspek emosi pasien memilih untuk selalu menyelesaikan masalah dengan emosi atau kekerasan.

Menurut penulis, perilaku diatas sesuai dengan tinjauan teori mengenai tanda dan gejala perilaku kekerasan. Tidak terdapat kesenjangan karena pada intinya antara tinjauan teori dan tinjauan kasus memiliki maksud yang sama.

4. Status Mental

Pada tinjauan pustaka ditemukan dalam tabel perbandingan perilaku asertif, pasif dan agresif, beberapa ciri yang muncul pada pasien perilaku kekerasan. Pada pembicaraan nada bicara tinggi dan keras. Saat pengkajian pasien didapatkan pada aktivitas motorik terdapat bahwa tampak tegang, gelisah dan terlihat mondar-mandir. Pada interaksi selama wawancara, pasien tidak mampu memulai pembicaraan. Pasien tampak kurang kontak mata saat diajak bicara.

Menurut penulis, hal diatas memang sesuai dengan tinjauan teori dan tidak terdapat kesenjangan terhadap tinjauan kasus. Yang memiliki maksud yang sama antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus.

5. Mekanisme Koping

Pada tinjauan teori, mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah dan menghindar. Untuk melindungi diri antara lain sublimasi, proyeksi, represi, reaksi formasi dan *displacement*. Pada saat dikaji Tn. S tidak mampu membuat keputusan menggunakan mekanisme tersebut dan belum bisa mengontrol emosinya dengan marah-marah dan memukul orang lain. Metode yang

dilakukan pasien adalah cenderung mendahulukan emosi dan kekerasan jika ada masalah.

Menurut penulis, hal diatas sesuai dengan tinjauan teori dan tidak terdapat kesenjangan terhadap tinjauan kasus. Karena salah satu mekanisme diatas termasuk dalam penyelesaian masalah pasien dan pasien lebih mengarah ke maladaptif yang di dibuktikan pada latar belakang pasien dalam keluarga maupun lingkungan dengan mekanisme koping individu inafektif.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Didalam pengambilan diagnosa keperawatan tidak ada kesenjangan tinjauan teori, diagnosa yang ada pada tinjauan teori adalah gangguan konsep diri : harga diri rendah sebagai penyebabnya, perilaku kekerasan sebagai masalah utama dan resiko mencederai sebagai efek dari masalah utama.

4.3 Perencanaan

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu perilaku kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK) pasien yang terbagi dua strategi yang tertuju pasien dan keluarga. Pada tinjauan teori terdapat lima strategi pelaksanaan tindakan keperawatan.

Sp 1 pasien, pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, pasien mampu mengidentifikasi apa saja tanda pasien akan marah, pasien mampu menjelaskan apa saja yang dilakukan pasien saat marah yaitu dengan mencederai/ memukul orang lain, pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol dengan latihan nafas dalam. SP 2 pasien, pasien dapat melakukan latihan cara fisik kedua yaitu dengan

meluapkan marah pada kasur ataupun bantal. Pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan. SP 3 pasien, Pasien mampu mengendalikan marah dengan cara verbal yaitu menyampaikan secara halus, secara langsung. Pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan. SP 4 pasien, pasien mampu mendemonstrasikan mengendalikan marah dengan cara spiritual yaitu dengan memposisikan diri duduk atau berbaring, ataupun dengan berwudhu. Pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan. SP 5 pasien, Pasien mampu mendemonstrasi dan menyebutkan obat-obat yang harus diminum, beserta waktu minum dan dosisnya. Pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan.

SP 1 keluarga : menyebutkan pengertian perilaku kekerasan dan proses terjadinya perilaku kekerasan. Menyebutkan cara merawat pasien perilaku kekerasan. SP 2 keluarga, Mempraktekkan cara merawat pasien perilaku kekerasan. SP 3 keluarga, membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah dan minum obat (perencanaan pulang).

4.4 Pelaksanaan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pada situasi nyata, implementasi seringkali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasamenggunakan rencana tertulis,yaitu apa yang dipikirkan,dirasakan,itu yang dilaksanakan. Hal itu sangat membahayakan pasien dan perawat jika tindakan berakibat fatal, dan juga tidak memenuhi aspek legal. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan,perawat perlu memvalidasi dengan singkat ,apakah rencana tindakan

masih sesuai dan diutuhkan oleh pasien saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang diperlukan untuk melaksanakan tindakan. Perawat juga menilai kembali apakah tindakan aman bagi pasien. Setelah tidak ada hambatan maka tindakan keperawatan boleh dilaksanakan. Pada saat akan melaksanakan tindakan keperawatan, perawat membuat kontrak dengan pasien yang isinya menjelaskan apa yang akan dilaksanakan dan peran serta yang diharapkan dari pasien. Dokumentasikan semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien (Direja, 2011)

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 yang akan dilaksanakan. Diantaranya Sp 1 pasien, pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, pasien mampu mengidentifikasi apa saja tanda pasien akan marah, pasien mampu menjelaskan apa saja yang dilakukan pasien saat marah yaitu dengan mencederai/ memukul diri sendiri, pasien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol dengan latihan nafas dalam.

SP 2 pasien, pasien mampu melakukan latihan cara fisik kedua yaitu dengan meluapkan marah pada kasur ataupun bantal dan memasukkan kedalam jadwal.

SP 3 pasien, pasien mampu mengendalikan marah dengan cara verbal yaitu menyampaikan secara halus, secara langsung dan memasukkan kedalam jadwal.

SP 4 pasien, pasien mampu mengulangi latihan yang sudah diajarkan dan dilakukan, pasien mampu mendemonstrasikan mengendalikan marah dengan cara

spiritual yaitu dengan memposisikan diri duduk atau berbaring, berwudhu, atau sholat dan memasukkan kedalam jadwal.

SP 5 pasien, pasien mampu mendemonstrasi dari latihan pertama yaitu latihan nafas dalam, pukul bantal/ kasur, penyampaian secara halus, dan cara dengan berwudhu atau dengan spiritual. Pasien mampu mendemonstrasi dan menyebutkan obat-obat yang harus diminum, beserta waktu minum dan dosisnya.pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal.

Pada tahap pelaksanaan ini, SP 1 dilaksanakan pada tanggal 05 Juni 2018 pada pukul 09.00 WIB selama 15 menit dengan topik membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, membantu pasien untuk menemukan apa penyebab perilaku kekerasan, membantu pasien untuk mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan saat marah, mengidentifikasi akibat dari melakukan perilaku kekerasan, membantu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan saat marah timbul, dan mengajarkan pasien untuk melakukan latihan fisik mengendalikan marah yaitu tarik nafas dalam dan merileks kan tubuh. Saat di lakukan pelaksanaan yang meliputi membina hubungan saling percaya dengan penulis pasien tidak mampu memulai pembicaraan, kontak mata pasien kurang dan tidak berkonsentrasi, pasien juga tampak tegang, pasien kurang mampu untuk membina, pasien mengetahui nama perawat dan bisa menyebutkan namanya dengan mengatakan“nama saya Tn.Y, saya tinggal di Sidoarjo mbak”. Saaat ditanya apa penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan, pasien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dengan mengatakan bahwa ”saya marah karena tidak boleh berpacaran dengan orang lain oleh istri saya” dengan respon verbal pasien sedikit tersenyum. Pasien

mampu mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan dengan mengatakan “kalau kerasa marah ya tegang, ingin marah dan berbicara kasar mbak” dengan respon verbal pasien berbicara serius tapi santai. Pasien mampu mengidentifikasi apa saja tindakan yang dilakukan pasien saat marah dengan mengatakan bahwa “kalau lagi marah rasanya pengen mukul orang lain aja mbak”. Pasien mampu mengidentifikasi mengenai akibat dari melakukan perilaku kekerasan dengan mengatakan “kalau saya marah-marah istri dan anak saya ketakutan” dengan respon verbal pasien sedikit menundukkan kepala. Pasien belum mampu untuk menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan saat marah timbul dengan mengatakan “tidak tahu”. Saaat diajarkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan merilekskan tubuh, pasien mampu mengontrol marah dengan teknik nafas dalam dengan mau dan mampu melakukan teknik nafas dalam yang diajarkan perawat selama 5 kali dan mengatakan “oh gitu ya mbak cara mengendalikan marah saya bisa tarik nafas dalam dan merilekskan tubuh”. Saat ditanya bagaimana perasaan pasien setelah belajar mengendalikan marah dengan tarik nafas dalam, pasien mengatakan “sedikit rileks, sepertinya cara itu sangat membantu mencegah marah ya mbak”. Selain itu pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan dengan mengatakan bahwa “saya bisa belajar kembali cara mengendalikan marah jika bangun tidur dan waktu marah nya muncul”. Saat dilakukan kontrak yang akan datang mengeliputi topic, waktu dan tempat pasien mengatakan “iya mbak besok kita belajar lagi, jam 9 ya”. Pada SP 1 tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Karena respon pasien sesuai dengan rencana pelaksanaan yang ada di teori dan rencana yang sudah di susun penulis

Selanjutnya dilakukan SP 2 pada 06 Juni 2018 pukul 09.00 WIB selama 15 menit dengan topik evaluasi membina hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, mengevaluasi Sp 1 mengontrol marah dengan tarik nafas dalam, mengajarkan pasien melakukan mengontrol marah dengan cara fisik yang kedua yaitu pukul kasur atau bantal. Pada tahap pelaksanaan yang meliputi membina hubungan saling percaya dengan penulis, pasien mampu untuk membina hubungan saling percaya dengan mengatakan “saya masih ingat dengan perawat Elva kan kemarin yang ngobrol dengan saya” dan “kabar hari ini saya baik”. Pada tahap pelaksanaan ini pasien kooperatif, mampu memulai pembicaraan, kontak mata pasien menatap perawat dan pasien tampak rileks. Pada saat diminta mengevaluasi cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan merilekskan diri yang diajarkan pada pertemuan kemarin, pasien mampu mengevaluasi dengan mengatakan “saya bisa mengendalikan marah dengan tarik nafas dalam mbak jika marah muncul” respon pasien tampak rileks dan pasien mau dan mampu mengevaluasi cara tarik nafas dalam selama 3 kali. Selanjutnya pada saat diajarkan cara mengontrol marah dengan cara yang kedua yaitu memukul bantal dan kasur respon pasien berkonsentrasi memperhatikan perawat dalam mengajarkan teknik pukul bantal. Saat diminta melakukan teknik mengontrol marah dengan pukul bantal, respon pasien kooperatif dengan mau belajar dan mempraktekkannya. Pasien mampu mengendalikan marah dengan memukul bantal atau kasar dengan mengatakan “oh jika marah saya bisa tarik nafas dalam dan pukul bantal”selain itu pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan dengan mengatakan bahwa “saya bisa belajar kembali cara mengendalikan marah jika bangun tidur dan waktu marah nya muncul”. Saat ditanya bagaimana perasaan pasien setelah belajar

mengendalikan marah dengan pukul kasur atau bantal, pasien mengatakan “rileks juga seperti kemarin, kalau marah saya bisa tarik nafas dalam dan pukul bantal”. Selain itu pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan dengan mengatakan bahwa “ saya bisa belajar kembali cara mengendalikan marah jika bangun tidur dan waktu marah nya muncul”. Saat dilakukan kontrak yang akan datang mengeliputi topic, waktu dan tempat pasien mengatakan “ iya mbak besok kita belajar lagi, jam 9 ya”. Pada SP 2 tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Karena respon pasien sesuai dengan rencana pelaksanaan yang ada di teori dan rencana yang sudah di susun penulis

Selanjutnya dilakukan SP 3 tepatnya tanggal 07 Juni 2018 pukul 09.00 WIB selama 15 menit dengan topik membina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, mengevaluasi Sp 2 yaitu mengontrol marah dengan pukul kasur dan bantal, membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal. Pada saat dilakukan membina hubungan saling percaya dengan pasien, pada tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif ,pasien mampu memulai pembicaraan, kontak mata pasien menatap perawat dan pasien juga tampak rileks, pasien mampu untuk membina hubungan saling percaya dengan mengatakan ”saya sudah kenal dengan perawat Elva karena tiap hari ketemu”. Pada saat diminta mengevaluasi cara mengontrol marah dengan pukul kasur atau bantal yang diajarkan pada pertemuan kemarin, respon pasien rileks, pasien mau dan mampu mengevaluasi dengan mengatakan“saya bisa mengontrol marah dengan pukul bantal mbak “. Selanjutnya pada saat diajarkan cara mengontrol marah dengan cara yang ketiga yaitu mengontrol marah dengan cara verbal menyampaikan marah yang respon pasien berkonsentrasi memperhatikan perawat

dalam menjelaskannya. Saat diminta mempraktekkan teknik mengontrol marah dengan cara verbal menyampaikan marah dengan baik ,respon pasien kooperatif dengan mau menjelaskan cara menyampaikan marah dengan orang lain secara baik. Pasien mampu mengendalikan marah dengan cara verbal dengan mengatakan “jika ingin marah tarik nafas dalam dan berbicara dengan baik agar tidak jadi marah”, selain itu klien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan bahwa akan dilakukan saat tanda-tanda marah pasien muncul. Pada SP 3 tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Karena respon pasien sesuai dengan rencana pelaksanaan yang ada di teori dan rencana yang sudah di susun penulis

Selama dilakukan tindakan keperawatan 3 hari terjadi kendala yang ditemukan penulis pada pertemuan pertama, yaitu pasien tidak mampu memulai pembicaraan, kontak mata pasien kurang dan tidak berkonsentrasi, pasien juga tampak tegang saat di lakukan pelaksanaan yang meliputi membina hubungan saling percaya. Namun penulis tetap melakukan SPTK sesuai rencana.

Kesenjangan yang terjadi dalam pelaksanaan adalah dalam tinjauan teori terdapat SP Pasien yang hanya dapat dilakukan sampai SP ke 3 karena waktu yang amat terbatas dan SP Keluarga belum dilakukan sama sekali karena penulis belum bertemu keluarga yang merupakan suatu pendukung kesembuhan pasien. Selain itu faktor pendukung selanjutnya dari perawat sendiri yang sangat kurang untuk berkomunikasi dengan pasien sehingga pasien kurang perhatian dalam perawatan diruangan.

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 di rumah sakit. Evaluasi tersebut menggunakan SOAP sehingga terpantau respon pasien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi, penulis melakukan evaluasi SP1 pada tanggal 05 Juni 2018 pukul 10.00 WIB dengan hasil, saat dilakukan pelaksanaan yang meliputi membina hubungan saling percaya dengan penulis pasien tidak mampu memulai pembicaraan, kontak mata pasien kurang dan tidak berkonsentrasi, pasien juga tampak tegang, pasien kurang mampu untuk membina, pasien mengetahui nama perawat dan bisa menyebutkan namanya dengan mengatakan “nama saya Tn.Y, saya tinggal di Sidoarjo mbak”. Saat ditanya apa penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan, pasien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dengan mengatakan bahwa “saya marah karena tidak boleh berpacaran dengan orang lain oleh istri saya” dengan respon verbal pasien sedikit tersenyum. Pasien mampu mengenali tanda dan gejala perilaku kekerasan dengan mengatakan “kalau kerasa marah ya tegang, ingin marah dan berbicara kasar mbak” dengan respon verbal pasien berbicara serius tapi santai. Pasien mampu mengidentifikasi apa saja tindakan yang dilakukan pasien saat marah dengan mengatakan bahwa “kalau lagi marah rasanya pengenukul orang lain aja mbak”. Pasien mampu mengidentifikasi mengenai akibat dari melakukan perilaku kekerasan dengan mengatakan “kalau saya marah-marah istri dan anak saya

ketakutan” dengan respon verbal pasien sedikit menundukkan kepala. Pasien belum mampu untuk menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan saat marah timbul dengan mengatakan “tidak tahu”. Saat diajarkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan merilekskan tubuh, pasien mampu mengontrol marah dengan teknik nafas dalam dengan mau dan mampu melakukan teknik nafas dalam yang diajarkan perawat selama 5 kali dan mengatakan “oh gitu ya mbak cara mengendalikan marah saya bisa tarik nafas dalam dan merilekskan tubuh”. Pada tahap ini pasien mampu mencapai SP1 dan pada hari selanjutnya di rencanakan melakukan SP2. Pada evaluasi berikutnya tanggal 06 Juni 2017 pukul 10.00 WIB, pada tahap pelaksanaan yang meliputi membina hubungan saling percaya dengan penulis, pasien mampu untuk membina hubungan saling percaya dengan mengatakan “saya masih ingat dengan perawat Elva kan kemarin yang ngobrol dengan saya” dan “kabar hari ini saya baik”. Pada tahap pelaksanaan ini pasien kooperatif, mampu memulai pembicaraan, kontak mata pasien menatap perawat dan pasien tampak rileks. Pada saat diminta mengevaluasi cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan merilekskan diri yang diajarkan pada pertemuan kemarin, pasien mampu mengevaluasi dengan mengatakan “saya bisa mengendalikan marah dengan tarik nafas dalam mbak jika marah muncul” respon pasien tampak rileks dan pasien mau dan mampu mengevaluasi cara tarik nafas dalam selama 3 kali. Selanjutnya pada saat diajarkan cara mengontrol marah dengan cara yang kedua yaitu memukul bantal dan kasur respon pasien berkonsentrasi memperhatikan perawat dalam mengajarkan teknik pukul bantal. Saat diminta melakukan teknik mengontrol marah dengan pukul bantal, respon pasien kooperatif dengan mau belajar dan mempraktekkannya. Pasien mampu

mengendalikan marah dengan memukul bantal atau kasar dengan mengatakan “oh jika marah saya bisa tarik nafas dalam dan pukul bantal” selain itu pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan dengan mengatakan bahwa “ saya bisa belajar kembali cara mengendalikan marah jika bangun tidur dan waktu marah nya muncul”. Pasien mampu mengevaluasi SP 1 dan mencapai SP 2, pada hari selanjutnya di rencanakan melakukan SP3. Pada 07 Juni 2018 dilakukan evaluasi pukul 10.00 WIB, pada saat dilakukan membina hubungan saling percaya dengan pasien, pada tahap pelaksanaan ini, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif ,pasien mampu memulai pembicaraan, kontak mata pasien menatap perawat dan pasien juga tampak rileks, pasien mampu untuk membina hubungan saling percaya dengan mengatakan ”saya sudah kenal dengan perawat Elva karena tiap hari ketemu”. Pada saat diminta mengevaluasi cara mengontrol marah dengan pukul kasur atau bantal yang diajarkan pada pertemuan kemarin, respon pasien rileks, pasien mau dan mampu mengevaluasi dengan mengatakan “saya bisa mengontrol marah dengan pukul bantal mbak “. Selanjutnya pada saat diajarkan cara mengontrol marah dengan cara yang ketiga yaitu mengontrol marah dengan cara verbal menyampaikan marah yang respon pasien berkonsentrasi memperhatikan perawat dalam menjelaskannya. Saat diminta mempraktekkan teknik mengontrol marah dengan cara verbal menyampaikan marah dengan baik ,respon pasien kooperatif dengan mau menjelaskan cara menyampaikan marah dengan orang lain secara baik. Pasien mampu mengendalikan marah dengan cara verbal dengan mengatakan “jika ingin marah tarik nafas dalam dan berbicara dengan baik agar tidak jadi marah”, selain itu pasien mampu memasukkan ke dalam jadwal kegiatan bahwa akan dilakukan saat tanda-

tanda marah pasien muncul. Pasien mampu mengevaluasi SP 2 dan mencapai SP 3. Karena kerjasama dan waktu yang begitu singkat untuk dilakukan sesuai rencana pada pasien, akhirnya tidak tercapai sesuai dengan waktu yang sudah direncanakan. Hasil evaluasi pada Tn Y selesai hanya dalam tiga hari, sehingga evaluasi pada SP ke 4 sampai ke 5 pasien tidak dapat tercapai dan SP keluarga juga tidak dapat dilakukan karena penulis tidak bertemu dengan keluarga yang merupakan suatu sistem pendukung kesembuhan Tn Y, selain itu faktor pendukung selanjutnya adalah perawat itu sendiri yang sangat kurang dan terbatas waktu dalam berkomunikasi dengan pasien sehingga pasien kurang diperhatikan dalam perawatan di ruangan.

Pada tahap evaluasi, pasien mampu melakukan SP sesuai pertemuan, meskipun secara visual wajah tampak tegang namun penulis dengan pasien memiliki hubungan baik sehingga secara mandiri pasien dapat mempraktekkan langsung apa yang diajarkan penulis. Hal itu diketahui pada saat penulis mengamati dari jarak jauh, tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa kriteria hasil selalu menjadi patokan untuk semua rencana yang akan dilakukan penulis.

BAB 5

PENUTUP

Setelah peneliti melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan jiwa secara langsung pada pasien dengan diagnose medis Skizofrenia

dengan masalah utama Perilaku Kekerasan di ruang jiwa A Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan suatu asuhan keperawatan jiwa pada Pasien dengan perilaku kekerasan

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. Y dengan diagnosa medis Skizofrenia di dapatkan bahwa pasien melakukan perilaku kekerasan yaitu sering memukul istri dan memukul teman kantornya
2. Pada penegakan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada pasien Tn.Y dengan diagnosa medis Skizofrenia 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. Rencana tindakan yang dilakukan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan adalah pasien dapat membina hubungan saling percaya, Pasien dapat mengidentifikasi marah (penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, akibat), Pasien dapat mengontrol dengan latihan fisik yaitu nafas dalam dan mengontrol dengan cara verbal.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah pasien membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi marah (penyebab, tanda dan gejala, pk yang dilakukan, akibat), mengontrol dengan latihan fisik satu nafas dalam ,memeukul kasur dan bantal serta mengontrol dengan cara verbal.
5. Evalusai yang di dapat pada Tn. Y hanya dapat dilakukan pada Sp ke 3 selama 3 hari yaitu pasien dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi marah (penyebab, tanda dan gejala, Perilaku Kekerasan yang dilakukan, akibat), mengontrol dengan latihan fisik satu nafas dalam, pukul kasur dan bantal serta mengontrol dengan cara verbal.
6. Dilakukan pendokumentasian dengan SPTK yang telah dibuat dan direncanakan untuk mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien Tn.Y, yang dilaksanakan mulai tanggal 05 Juni 2018 sampai dengan 07 Juni 2018

5.2 Saran

Dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Akademis, sebagai reverensi bagi institusi khususnya dalam hal asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia diperlukan hubungan baik dan keterlibatan pasien

dan perawat sehingga timbul rasa saling percaya yang akan menimbulkan kerja sama dalam pemberian asuhan keperawatan jiwa.

2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan keterampilan baru dengan cara mengikuti seminar-seminar keperawatan jiwa, serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan perilaku kekerasan.

b. Bagi penulis

Hasil penulis ini dapat menambah kemampuan dalam menganalisa, memproses dan menyimpulkan serta menambah wawasan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan dengan diagnosis medis Skizofrenia.

c. Bagi profesi kesehatan

Memberikan pemahaman secara rutin dan kesinambungan terhadap organisasi keperawatan bagi profesi pada asuhan keperawatan jiwa dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai standart asuhan keperawatandan kode etik pada pasien dengan masalah utama Perilaku Kekerasan diagnosis medis Skizofrenia

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah,Zainuri,Akbar.2016.*Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.
Yogyakarta:Indomedia Pustaka
- Damaiyanti, M. dan Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT
revika Aditama.
- Direja .2011.*Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*.Yogyakarta:Nuha Medika
- Friedman, Bowden,Jones.2010.*Buku Ajar Keperawatan Keluarga*.Jakarta:EGC
- Ibrahim, S. A. (2011). *Skizofrenia Spliting Personality*. Tangerang: Jelajah Nusa
- Keliat, B. A. dan Akemat. (2009). *Model Praktik Keperawatan Profesiona Jiwa*.
Jakarta: EGC
- Kusumawati&Hartono.2012.*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Jakarta: Salemba
Medika
- Maramis.2009.*Ilmu Kedokteran Jiwa*.Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan
- O'Brien,Kennedy,Ballard.2014.*Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik*
.Jakarta:EGC
- Yosep,I.2013.*Keperawatan Jiwa*.Bandung: PT Revika Aditama
- Yusuf, A fitryasari,Nihayati.2015.*Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*.
Jakarta:Salemba Medika

Lampiran 1

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari Selasa, tgl 05 Juni 2018

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

Ds : Pasien mengatakan datang ke Ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan dibawa oleh istrinya karena marah-marrah, memukul isteri dan teman-teman kantornya

Do : pasien terlihat tegang tidak bisa santai dan gelisah ,nada bicara tinggi dan cepat

Diagnosa keperawatan

Perilaku Kekerasan

2. Tujuan

1. Klien dapat melakukan BHSP
2. Klien dapat menyebutkan penyebab perilaku kekerasan.
3. Klien dapat menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan.
4. Klien dapat menyebutkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
5. Klien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan
6. Klien dapat menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan.
7. Klien dapat mempraktekan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan fisik 1

3. Tindakan keperawatan
 1. Melakukan BHSP
 2. Membantu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan.
 3. Membantu menyebutkan tanda dan gejala perilaku kekerasan.
 4. Membantu menyebutkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
 5. Membantu menyebutkan akibat perilaku kekerasan
 6. Membantu menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan.
 7. Membantu mempraktekan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan fisik 1

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase orientasi

- a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak perkenalkan nama saya Elva Audina Siswoyo, biasa dipanggil Elva. saya dari Stikes Hang Tuah Surabaya yang kebetulan praktik di sini selama 3 hari kedepan. Kalau boleh tahu nama bapak siapa?mari kita ngobrol-ngobrol sebentar pak dengan saya”

- b. Evaluasi

“Bagaimana kabar bapak hari ini?”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini?”

- c. Kontrak

- Topik : “Bagaimana kalau pagi ini kita mengobrol tentang penyebab bapak marah, tanda dan gejalanya, lalu perilaku yang bapak lakukan saat marah, beberapa cara yang dapat mengendalikan perilaku kekerasan, dan cara mengontrol latihan fisik 1 dengan nafas dalam”
- Waktu : “Berapa lama bapak kita akan mengobrol? Bagaimana kalau 15 menit”
- Tempat : “Dimana ya pak tempat yang nyaman untuk mengobrol?”

2. Fase kerja

- “Oh iya pak kira- kira penyebab bapak marah apa ya?apakah sebelumnya pernah ada masalah pak? Oh jadi penyebabnya marah saat tidak tidak boleh berpacaran lagi
- “Apakah bapak tahu tanda dan gejala saat bapak marah waktu itu? Jadi tanda dan gejala marah itu tegang, ingin marah dan berbicara kasar ya pak”
- “Jika bapak marah apa yang bapak lakukan ?jadi jika marah ingin memukul orang begitu ya pak”
 “Lalu, apakah bapak tahu kerugian apa yang bapak dapatkan jika memukul istri bapak? Oh jadi jika bapak marah anak dan istrinya takut ya pak”
- “Baiklah, apakah bapak tidak tahu tidak ada beberapa cara mengendalikan kemarahan bapak?”
- “Bagaimana kalau kita belajar latihan fisik dahulu pak dengan cara tarik nafas dari hidung tahan 3 detik kemudian hembuskan lewat

mulut,dan lakukan selama 3 kali ya pak. Jadi, coba gunakan cara itu ketika bapak ingin marah. Ayo coba di praktekan pak bersama saya.”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi klien respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi subjektif.

“Bagaimana pak perasaanya setelah melakukan latihan nafas dalam?”

Pasien mengatakan “sedikit rileks ,sepertinya cara itu sangat membantu mencegah marah mbak”

- Evaluasi obyektif

O : Pasien melakukan latihan tarik nafas dalam selama 5x

Rencana tindak lanjut

“Pak, saya sudah mngajarkan cara mengontrol marah dengan nafas dalam, mari kita masukkan jadwal latihan .Bapak dapat berlatih jika bangun tidur atau jika marah itu muncul pak?”

b. Kontrak yang akan datang

- Topic : “Oh iya pak besok bertemu lagi ya pak untuk belajar cara kedua mengontrol marah “

- Waktu : “Bagaimana kalau jam jam 9 pak ?Kita ngobrol selama selama 15 menit.”

- Tempat :”Uuntuk tempatnya bapak pengennya dimana”

Lampiran 2

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari Rabu, tgl 06 Juni 2018

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

Ds : Pasien mengatakan datang ke Ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan dibawa oleh istrinya karena marah-marah, memukul isteri dan teman-teman kantornya

Do : pasien terlihat tegang tidak bisa santai dan gelisah ,nada bicara tinggi dan cepat

2. Diagnosa keperawatan

Perilaku Kekerasan

3. Tujuan

1. Klien dapat melakukan BHSP

4. Klien dapat mempraktekkan latihan cara fisik 2

5. Tindakan keperawatan

a. Melakukan BHSP

b. Mengevaluasi cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu teknik relaksasi nafas dalam

c. Mengajarkan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik ke 2 yaitu pukul bantal atau kasur

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak bagaimana kabar hari ini? Apakah masih ingat dengan saya? Kita ngobrol lagi ya pak sesuai janji kita kemarin.”

b. Evaluasi

“Bagaimana kabar bapak hari ini?”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini?”

”Pak coba bapak praktekan cara mengendalikan marah yang kita pelajari kemarin”

c. Kontrak

Topik : “Sesuai dengan kontrak kemarin yah pak kita akan ngobrol tentang bagaimana cara mengontrol marah menggunakan cara fisik ke 2, yaitu memukul kasur dan bantal saat bapak ada tanda-tanda marah bapak muncul.”

Waktu : “Kita ngobrol selama 15 menit ya pak.”

Tempat : “Untuk tempat juga disini lagi pak? Baiklah pak disini saja.”

2. Fase kerja

- “Jadi kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan dada berdebar-debar selain bapak melakukan tarik nafas dalam, bapak juga bias memukul kasur dan bantal.”

- “Mari kita coba melakukan pak, apakah bapak bisa melakukannya cara memukul bantal atau kasur?lampiaskan kemarahan bapak pada bantal tersebut.”
- “Nah, bagus sekali pak, cara ini bias dilakukan secara rutin jika perasaan marah bapak timbul secara tiba-tiba.apakah bapak mengerti?”
- “Baiklah bagus pak, sekarang mari kita susun jadwalnya kapan bapak mau mempraktekan memukul bantal atau kasur? Bagaimana kalau setiap bangun tidur pak? Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu bapak dapat menggunakan cara ke dua itu.”

3. Fase terminasi

a. Evaluasi klien respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi subjektif.

S : “Bagaimana pak perasaanya setelah melakukan latihan fisik kedua tadi?”

Pasien mengatakan “rileks juga seperti kemarin, kalau saya marah bisa tarik nafas dalam dan pukul bantal

- Evaluasi obyektif

O : Klien melakukan latihan tarik nafas dalam selama 5 kali. Klien dapat mempraktekan latihan teknik mengendalikan marah dengan pukul kasur dan bantal

b. Rencana tindak lanjut

“Pak, saya sudah mengajarkan bapak cara mengontrol marah dengan sangat baik tanpa merugikan orang lain, semoga bapak dapat terus

mempraktekannya sesuai jadwal yaitu ketika bangun tidur atau jika marah itu muncul ya pak.”

c. Kontrak yang akan datang

- Topic : “Baik pak bagaimana kalau besok kita latihan cara mengendalikan marah dengan cara yang ketiga pak yaitu menyampaikan marah dengan baik”
- Waktu : “Bapak maunya jam berapa?”
- Tempat : “Bapak pengennya kita ngobrol dimana pak”

Lampiran 3

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Hari Kamis, tgl 07 Juni 2018

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

Ds : Pasien mengatakan datang ke Ruang Jiwa A Rumkital Dr. Ramelan dibawa oleh istrinya karena marah-marrah, memukul isteri dan teman-teman kantornya

Do : pasien terlihat tegang tidak bisa santai dan gelisah, nada bicara tinggi dan cepat

2. Diagnosa keperawatan

Perilaku Kekerasan

3. Tujuan

- Klien dapat melakukan BHSP
- Klien dapat mempraktekkan latihan cara mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal

4. Tindakan keperawatan

- Melakukan BHSP
- Mengevaluasi mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua yaitu pukul bantal dan kasur
- Mengajarkan mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal

Membantu klien dalam menyusun jadwal harian cara latihan ke dua.

C. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

4. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak bagaimana kabar hari ini? Apakah masih ingat dengan saya? Kita ngobrol lagi ya pak.”

d. Evaluasi

“Bagaimana kabar bapak hari ini?”

“Bagaimana perasaan bapak hari ini?”

“Coba praktekkan kembali cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal pak”

e. Kontrak

Topik : “Sesuai dengan kontrak kemarin yah pak kita akan ngobrol tentang bagaimana cara mengontrol marah menggunakan cara verbal yaitu menyampaikan marah dengan baik.”

Waktu : “Tetap sama ya pak kita ngobrol selama 15 menit.”

Tempat : “Untuk tempat juga disini lagi, tetapi kalau bapak ingin pindah tempat atau bosan kita bias pindah tempat, bagaimana pak? Baiklah pak disini saja.”

5. Fase kerja

- “Jadi kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan dada berdebar-debar selain bapak melakukan tarik nafas dalam dan pukul bantal bapak juga bisa mengendalikannya dengan menyampaikan marah dengan baik.”

- “Mari kita coba melakukan pak, jika bapak ingin marah coba ungkapkan dengan bicara yang baik dan nada suara yang rendah”
- “Nah, bagus sekali pak, cara ini bias dilakukan secara rutin jika perasaan marah bapak timbul secara tiba-tiba.apakah bapak mengerti?”
- “Baiklah bagus pak, sekarang mari kita susun jadwalnya kapan bapak mau mempraktekannya kapan.”

6. Fase terminasi

d. Evaluasi klien respon klien terhadap tindakan keperawatan

- Evaluasi subjektif.

S : “Bagaimana pak perasaanya setelah melakukan latihan mengendalikan marah dengan cara ketiga”

- Pasien mengatakan “sedikit tenang, kalau jika ingin marah tarik nafas dalam dan berbicara dengan baik agar tidak jadi marah

- Evaluasi obyektif

O : Klien melakukan latihan tarik nafas dalam,pukul bantal dan bisa menyampaikan marah yang baik dan tenang

e. Rencana tindak lanjut

“Pak, saya sudah mengajarkan bapak cara mengontrol marah dengan sangat baik tanpa merugikan orang lain, semoga bapak dapat terus mempraktekannya sesuai jadwal yang sudah dibicarakan tadi.”

f. Kontrak yang akan datang

- Topic : “Baik pak pertemuan kita selesai sesuai dengan apa yang saya bicarakan sejak berkenalan sama bapak bahwa hanya 3 hari saya disini untuk membantu menyelesaikan masalah bapak.”
- Waktu : “Besok saya sudah tidak disini pak, saya pamit.”
Tempat : “Jika lain waktu saya ada jam kosong saya akan mengunjungi bapak disini lagi, semoga apa yang saya berikan bermanfaat bagi bapak yah, semoga bapak lekas sembuh dan bisa berkumpul dengan keluarga lagi.assalamualaikum bapak.”

