



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NAPZA DENGAN  
PERILAKU KEKERASAN DI WISMA CENDRAWASIH  
RUMAH SAKIT JIWA PROF HB SAANIN PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**LIDYA AMELIA PUTRI**  
**NIM: 203110174**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NAPZA DENGAN  
PERILAKU KEKERASAN DI WISMA CENDRAWASIH  
RUMAH SAKIT JIWA PROF HB SAANIN PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Salah Satu Syarat untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawawatan**

**LIDYA AMELIA PUTRI  
NIM: 203110174**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2023**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Lidya Amelita Putri  
NIM : 201110174  
Program Studi : D-III Keperawatan Padang  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien Napza Dengan  
Perilaku Kekerasan Di Wisma Cendrawasih Rumah  
Sakit Jiwa Prof. H.H. Sastrin Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

### DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Herpi Susmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jwa  
Penguji : Ns. Lela Felanda Anri, S.Kep, M.Kep  
Penguji : Benidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jwa  
Penguji : Tannan, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom



Ditandatangani : Poltekkes Kemenkes Padang  
Tanggal : 25 Mei 2023

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fauzriyanti, S.Kep, M.Kep  
NIP. 19750421-199903 2 005

Poltekkes Kemenkes Padang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Napza Dengan Perilaku Kekerasan Di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang**”. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Pembimbing I sekaligus Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang dan Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Pembimbing II sekaligus Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Penguji I dan ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep selaku Penguji II yang telah memberikan masukan dan saran pada Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Dr. Aklima, MPH selaku Direktur RSJ. Prof.HB. Saanin. Padang beserta staf yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku ketua Prodi Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan
5. Bapak/Ibu Dosen dan staf Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang yang telah memberikan bekal ilmu untuk peneliti
6. Teristimewa kepada “Kedua Orang Tua” tersayang dan saudara terimakasih ananda ucapkan telah memberikan bantuan, semangat, doa restu yang tak dapat ternilai dan dibalas dengan apapun, semoga kita selalu diberikan Rahmat dan Karunia oleh Allah SWT

7. Teman-teman seperjuangan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang Angkatan 2020

Penulis menyadari Karya Tulis ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu penulis mengharapkan kritikan dan saran agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik. Akhir kata penulis berharap kepada Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi peneliti untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan.

Padang, Mei 2023

Penulis

## BALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Lidya Anselia Putri

NIM : 203110174

Tanda Tangan



Tanggal : Mei 2023

Poltekkes Kemenkes Padang

**LEMBAR PERSetujuan**  
**Karya Tulis Ilmiah**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Napsa Dengan Perilaku Kekerasan Di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. DR. Soewito Padang" telah diperiksa dan Menyetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Hasil Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, 22 Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing I



Benediyah, S.Kep, M.Kep, Sp.Dwa  
NIP : 19720528 199503 2 001

Pembimbing II



Tasman, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom  
NIP : 19700522 199403 1 001

Mengetahui,

Keras Prodi D-III Keperawatan Padang

Poltekkes Kemenkes Padang



Ns. Yenni Fadriyanti, S.Kep, M.Kep  
NIP. 19750121 199903 2 005

Poltekkes Kemenkes Padang

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023

Lidya Amelia Putri

**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Napza dengan Perilaku Kekerasan di  
Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang”**

**Isi : xiv + 81 Halaman + 2 Bagan + 3 Tabel + 11 lampiran**

**ABSTRAK**

Perilaku kekerasan pada pasien Napza disebabkan oleh pengaruh obat atau dampak dari putus memakai napza. Fenomena awal terlihat pasien dengan perilaku kekerasan dilihat dari mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, secara verbal pasien akan sering berbicara kasar atau menggunakan kata-kata kotor dengan nada yang mengancam. Tujuan peneliti ini adalah menerapkan asuhan keperawatan pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang pada bulan Mei 2023. Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Waktu penelitian bulan Oktober 2022 sampai Juni 2023. Populasi 5 orang dengan 1 sampel, menggunakan teknik *Sampel Random Sampling*. Analisa terhadap proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan dibandingkan dengan hasil penelitian orang lain dan teori. Hasil pengkajian didapatkan keluhan utama yaitu mengatakan bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan, pasien merasa kesal apabila ada keributan selama diruangan, pasien berbicara keras dan pandangan tajam. Diagnosis keperawatan yaitu perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan halusinasi. Intervensi keperawatan dilakukan terhadap masing-masing diagnosis tersebut. Implementasi menggunakan strategi pelaksanaan 1-4. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pasien : 1) dapat mengontrol perilaku kekerasan, 2) dapat menyebutkan kelebihan dirinya, dan 3) dapat mengontrol terjadinya halusinasi. Disimpulkan dari asuhan keperawatan jiwa ini selama 9 hari pasien menunjukkan sudah dapat mengontrol penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan secara mandiri, pasien sudah mampu melakukan kegiatan dan sudah bisa mengontrol terjadinya halusinasi. Disarankan kepada peneliti berikutnya agar dapat melakukan kajian yang lebih luas dengan jenis penelitian yang berbeda, sehingga berbagai aspek napza dengan masalah Perilaku kekerasan dapat diungkapkan secara menyeluruh.

**Kata kunci : Napza, Perilaku Kekerasan, Asuhan Keperawatan**

**Daftar Pustaka : 34 (2012-2022)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	v
LEMBAR PERSETUJUAN .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR BAGAN .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumus Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Dasar Napza .....	6
1. Pengertian Napza .....	6
2. Jenis-Jenis Napza .....	6
3. Efek/Akibat Pemakaian Zat .....	8
4. Faktor Penyebab Penggunaan Narkoba .....	10
B. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan .....	11
1. Pengertian Perilaku Kekerasan.....	11
2. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan .....	11
3. Rentang Respon Perilaku Kekerasan .....	12
4. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan .....	14
5. Mekanisme Koping .....	15
6. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan Pada Penyalahgunaan Napza .....	16

C. Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan .....	17
1. Pengkajian Keperawatan .....	17
2. Diagnosis Keperawatan .....	23
3. Perencanaan Keperawatan .....	24
4. Implementasi Keperawatan .....	34
5. Evaluasi Keperawatan .....	34
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>36</b>
A. Desain dan Jenis Penelitian .....	36
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	36
C. Populasi dan Sampel .....	36
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data .....	37
E. Jenis-Jenis dan Cara Pengumpulan Data .....	38
F. Prosedur Penelitian .....	39
G. Analisa Data .....	40
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>41</b>
A. Deskripsi Kasus .....	41
1. Pengkajian .....	41
2. Diagnosis Keperawatan .....	49
3. Rencana Keperawatan .....	49
4. Implementasi Keperawatan .....	54
5. Evaluasi Keperawatan .....	63
6. Dokumentasi Keperawatan .....	68
B. Pembahasan kasus .....	68
1. Pengkajian Keperawatan .....	69
2. Diagnosis Keperawatan .....	71
3. Rencana Keperawatan .....	73
4. Implementasi Keperawatan .....	76
5. Evaluasi Keperawatan .....	77

<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>79</b>
A. Kesimpulan .....	79
B. Saran .....	81

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan .....	12
Bagan 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan .....	24

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Hierarki Perilaku Kekerasan .....	13
Tabel 2.2 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif .....	13
Table 2.3 Rencana Keperawatan .....	24

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar *Ganchart* Kegiatan
- Lampiran 2. Lembar Batas Bimbingan Pembimbing I
- Lampiran 3. Lembar Batas Bimbingan Pembimbing II
- Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- Lampiran 6. Surat Izin Penelitian dari Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- Lampiran 7. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)
- Lampiran 8. Daftar Hadir Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- Lampiran 9. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Bapak. R
- Lampiran 10. Surat Selesai Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB. Saanin Padang
- Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Lidya Amelia Putri  
NIM : 203110174  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 2 Agustus 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Menikah  
Alamat : Jl. Koto Baru. Perum. Villa Angrek Bulan F.06  
Nama Orang Tua  
a. Ayah : Hendri Somar  
b. Ibu : Rita Yuriza

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Taman Kanak-Kanak	TK Fadhilla Amal	2007-2008
2.	Sekolah Dasar	SDN 20 Indarung	2008-2014
3.	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 21 Padang	2014-2017
4.	Sekolah Menengah Atas	SMA Dian Andalas Padang	2017-2020
5.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2020-2023

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Napza (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya) merupakan zat-zat kimia yang dimasukkan ke dalam tubuh manusia, baik secara oral (melalui mulut), dihirup (melalui hidung), maupun intravena (melalui jarum suntik) serta dapat mengubah pikiran, suasana hati atau perasaan, dan perilaku seseorang (Kabain, 2020). Napza merupakan bahan atau zat yang bila masuk ke dalam tubuh manusia akan memengaruhi tubuh terutama otak/susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis dan fungsi sosial, karena terjadi kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap napza (Alifia, 2020).

UU RI No. 22 tahun 1997 pasal 1 ayat 1 mengatakan Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hingga rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan (Rahmatullah, 2022).

Penyalahgunaan napza adalah penggunaan salah satu atau beberapa jenis napza secara berkala atau teratur diluar indikasi medis, sehingga menimbulkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan gangguan fungsional (Martaatmadja, 2020). Penyalahgunaan napza merupakan permasalahan yang cukup serius dan banyak dialami oleh remaja sampai orang dewasa. Upaya penanganan penyalahgunaan napza adalah dengan rehabilitasi sosial. Rehabilitasi sosial merupakan proses kegiatan pemulihan baik fisik, mental maupun sosial, agar mantan pecandu narkotika dapat kembali menjalankan fungsi sosialnya dalam kehidupan masyarakat.

Menurut *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2018) mengatakan sebagai Badan dunia yang fokus pada masalah napza mencatat sebanyak 275 juta jiwa di seluruh dunia atau 5,6% dari jumlah penduduk dunia dengan rentang usia antara 15-65 tahun telah mengkonsumsi napza. Saat ini bangsa Indonesia masuk kategori darurat napza, terdapa 1.523 orang pengguna napza yang direhabilitasi oleh BNN. Angka prevalensi penyalahgunaan napza setahun pakai pada kelompok pelajar

sebanyak 3,21% atau setara dengan 2.297.492 orang (BNN RI, 2018). Menurut Badan Narkotika Nasional (BNN) jumlah prevalensi pengguna napza dari tahun ke tahun terlihat meningkat. Sekitar 2,1% dari total penduduk Indonesia menjadi penyalahgunaan napza, pada tahun 2017 masih 1,77% dari total penduduk Indonesia dan tahun 2018 menjadi 2,1%, pada tahun 2019 terjadi peningkatan sebesar 0,03%, diperkirakan jumlah penyalahgunaan napza meningkat menjadi 5 juta orang pada tahun 2020, yang disebabkan adanya peningkatan penyalahgunaan narkotika jenis baru (*New Psychoactive Substances*) (BNN RI, 2019). Provinsi Sumatera Barat berada pada posisi ke 13 dengan angka prevalensi penyalahgunaan Napza sebesar 1.78% atau sekitaran 63.352 orang (Asmawati, 2022).

Dampak penggunaan Napza secara psikososial seperti depresi mental, gangguan jiwa berat/psikotik merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan ketidakmampuan individu menilai kenyataan yang terjadi, seperti berhalusinasi, waham atau emosi yang tidak stabil yang berujung pada perilaku kekerasan. Dampak dari putus obat pun juga bervariasi tergantung narkoba yang digunakan, secara umum dampak dari putus obat narkoba seperti pasien akan mengalami depresi, berhalusinasi, tekanan darah meningkat, sulit berkonsentrasi, dan adanya perilaku kekerasan melakukan bunuh diri.

Perilaku kekerasan pada pasien Napza disebabkan oleh pengaruh obat atau dampak dari putus memakai napza. (Patricia, Winifred & Karen, 2014). Gejala klinis pasien dengan perilaku kekerasan secara fisik dapat dilihat dari mata melotot/pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup dan postur tubuh yang kaku, tanda secara verbal pasien akan sering berbicara kasar atau menggunakan kata-kata kotor dengan nada yang mengancam (Direja, 2014).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Ruswardi, 2021). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologi. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal dan fisik, diarahkan pada diri sendiri atau orang lain dan lingkungan (Muhith, 2015).

(Muhith, 2015) mengatakan tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi muka merah dan tegang, mata melotot/pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol.

Conelius et al., (2012) mengatakan penatalaksanaan pada pasien pengguna napza dapat dilakukan dengan substansi klien yang ketergantungan di biarkan saja sampai gejala berhenti, detoksifikasi dengan substansi penurunan dosis pemberian obat secara bertahap sampai berhenti sama sekali dan rehabilitasi yang merupakan upaya kesehatan yang dilakukan secara utuh dan terpadu melalui pendekatan non medis, psikososial, sosial dan religi, sampai penderita mencapai kemampuan fungsional secara optimal.

Ditinjau dari aspek keperawatan seseorang pengguna napza pada penanggulangan terhadap dampak psikologis pasien yang dilakukan berdasarkan dampak utama yang di alami pasien. Dampak yang sering terjadi pada pasien pengguna napza salah satunya pasien dengan perilaku kekerasan. Penatalaksanaan asuhan keperawatan dituju pada pasien dan keluarga perilaku kekerasan menggunakan SP (Strategi Pelaksanaan). Menurut Pusat pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Tahun 2014 ada empat strategi pelaksanaan yaitu : yang pertama latihan cara mengontrol fisik (latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal), latihan kedua patuh minum obat, ketiga latihan cara sosial atau verbal (meminta, menolak dengan baik), latihan yang keempat yaitu latihan mengontrol PK dengan cara latihan spiritual (berzikri dan shalat).

Salah satu rumah sakit rehabilitasi pasien dengan pengguna Napza di Sumatera Barat yaitu Rumah sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Berdasarkan data hasil rekam medis Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang, jumlah pasien penyalahgunaan Napza pada tahun 2020 sebanyak 39 orang dan pasien dengan perilaku kekerasan sebanyak 1816 pasien.

Survey awal yang dilakukan pada tanggal 19 Januari 2023 di Rumah Sakit Jiwa HB. Saanin Padang di ruangan Cendrawasih di dapatkan data sebanyak 21 orang pasien

jiwa dengan masalah napza pada tahun 2021 dan 15 orang pasien jiwa dengan masalah napza pada tahun 2022. Pengkajian keperawatan dilakukan melalui wawancara meliputi identitas pasien, alamat pasien, riwayat kesehatan didapatkan pasien menggunakan narkoba, pasien datang ke rumah sakit jiwa dibawa oleh keluarga karena pasien dirumah sering marah-marah dan berperilaku kasar, pandangan pasien tajam, pasien lebih sering menggunakan kata-kata kotor, sering melamun, berbicara sendiri, rambut kurang rapi, wajah seperti jarang dibersihkan dan berpakaian kurang rapi. Diagnosis keperawatan jiwa yang ditegakkan perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi dan defisit perawatan diri. Implementasi yang dilakukan pasien adalah menggunakan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan. Evaluasi keperawatan memiliki kesamaan dengan evaluasi sebelumnya. Pendokumentasian tindakan apa yang dilakukan, terapi yang diberikan, siapa yang melakukan dan waktu serta paraf perawat.

Berdasarkan kondisi diatas dengan tingginya angka kejadian penggunaan Napza dengan masalah perilaku kekerasan serta masih perlunya asuhan keperawatan yang komprehensif untuk kesembuhan pasien. Oleh sebab itu peneliti sudah melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan kasus Napza dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

## **B. Rumus Masalah**

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan jiwa pada pasien Napza dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2023.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 2023.

- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosis keperawatan yang telah diangkat pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin. Padang 2023.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi atau perencanaan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 2023.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 2023.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawata yang telah dilakukan pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 2023.
- f. Mampu mendokumentasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien napza dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang 2023.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Aplikatif**

###### **a) Bagi Peneliti**

Menjadikan pengalaman yang berharga bagi peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien napza dengan masalah perilaku kekerasan serta dapat mengaplikasikan ilmu yang didapatkan pada bangku kuliah

###### **b) Bagi Pasien**

Pebagai media untuk memperoleh hasil hasuhan keperawatan yang optimal dan sekaligus untuk mengobati permasalahan jiwa pada pasie napza dengan perilaku kekerasan

##### **2. Manfaat Pengembangan Keilmuan**

Bagi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, sebagai bahan informasi tentang implementasi asuhan keperawatan pasien napza dengan maslaah perilaku kekerasan, sehingga dapat diatasi berdasarkan keterbatasan yang ada.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Napza**

##### **1. Pengertian Napza**

Napza merupakan singkatan dari narkotika, psikotropika dan zat adiktif yang sesungguhnya mengandung bahan-bahan berbahaya, namun diciptakan untuk kebutuhan medis dan pengobatan serta memiliki efek tersendiri, oleh karena itu peredarannya sangat diatur oleh pemerintah (Pasaribu et al., 2021). Napza (Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lain) merupakan bahan/zat/obat yang bila masuk kedalam tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh terutama otak/susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan fisik, psikis, dan fungsi sosialnya karena terjadi kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap Napza (Nasution, Habibah Hanum, 2021).

##### **2. Jenis-Jenis Napza**

Napza dibagi menjadi tiga jenis: narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya.

###### **a. Narkotika**

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika bahwa narkotika merupakan zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintesis maupun semisintesis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan yang dibedakan ke dalam golongan.

Narkotika terbagi tiga golongan, yaitu :

###### **1) Narkotika golongan I**

Narkotika golongan I merupakan narkotika yang hanya digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan, dan tidak ditujukan untuk terapi serta mempunyai potensi sangat tinggi yang dapat menimbulkan ketergantungan. Contoh : heroin/putauw, kokain, daun kokain, opium, ganja, jicing, katinon

###### **2) Narkotika golongan II**

Narkotika golongan II merupakan narkotika yang dapat berkhasiat dalam pengobatan yang digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan

dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi yang mengakibatkan ketergantungan. contoh kodein, morfin, petidin, dan metadon

3) Narkotika golongan III

Narkotika golongan III merupakan narkotika yang berkhasiat dalam pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan. Contoh: kodein, buprenorfin, etilmorfina, nikokodina, polkodina dan propiram

b. Psikotropika

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 Tentang Psikotropika mengatakan psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkoba, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 psikotropika dikategorikan menjadi empat golongan, yaitu:

- 1) Psikotropika golongan I adalah : psikotropika yang hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi yang amat kuat, yang mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contoh : ekstasi dan shabu
- 2) Psikotropika golongan II adalah : psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi, atau tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan sindrom ketergantungan. Contoh : amfetamin, metilfenidat atau Ritalin
- 3) Psikotropika golongan III adalah : psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi sedang mengakibatkan sindroma ketergantungan. Contoh : pentobarbital, flunitrazepam
- 4) Psikotropika golongan IV adalah : psikotropika yang berkhasiat untuk pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindrom

ketergantungan. Contoh : diazepam, bromazepam, fenobarbital, klonazepam, pil KB, pil Koplo, rohip, dum

c. Zat adiktif lainnya

Zat adiktif lainnya merupakan bahan atau zat yang berpengaruh psikoaktif diluar yang disebut narkoba dan psikotropika, seperti :

1) Minuman berakohol

Yang mengandung etanol etilalkohol yang dapat berpengaruh menekan susunan syaraf pusat, dan sering menjadi bagian dari kehidupan manusia sehari-hari dalam kebudayaan tertentu

2) Inhalansia

Merupakan gas yang dihirup dan solven (zat pelarut) mudah menguap berupa senyawa organik, yang terdapat pada berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor, dan sebagai pelumas mesin. Contoh : lem, tiner, penghapus cat kuku dan bensin

3) Tembakau

Merupakan pemakaian tembakau yang mengandung nikotin sangat luas di masyarakat. Pemakaian rokok dan alkohol terutama pada remaja, harus menjadi bagian dari upaya pencegahan, karena rokok dan alkohol sering menjadi pintu masuk untuk penyalahgunaan napza lain yang berbahaya

### **3. Efek/Akibat Pemakaian Zat**

Berdasarkan efeknya terdapat tiga golongan yang ditimbulkan dari Napza

a. Golongan depresan (downer)

Merupakan golongan napza yang berfungsi untuk mengurangi aktifitas fungsional tubuh. Golongan ini membuat pemakaiannya merasa tenang, pendiam bahkan membuatnya tertidur dan tidak sadarkan diri.

b. Golongan stimulant (Upper)

Merupakan golongan napza yang dapat merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan kegairahan kerja. Golongan ini membuat pemakainya menjadi aktif, segar dan bersemangat

c. Golongan halusinogen

Merupakan golongan napza yang dapat menimbulkan efek halusinasi yang bersifat merubah perasaan dan pikiran dan seringkali menciptakan daya pandang yang berbeda sehingga seluruh perasaan dapat terganggu.

Namun, secara umum dampak dari kecanduan narkoba diantaranya :

a. Dampak fisik

- 1) Gangguan pada system syaraf, meliputi : kejang-kejang, halusinasi, gangguan kesadaran dan kerusakan syaraf tepi
- 2) Gangguan pada kulit, meliputi: penanahan, alergi serta eksim
- 3) Gangguan pada paru-paru, meliputi : penekanan fungsi pernapasan, kesukaran bernafas, pengerasan jaringan paru-paru
- 4) Sering sakit kepala, mual-mual dan muntah, suhu tubuh meningkat, pengecilan hati dan sulit tidur
- 5) Dampak dari kesehatan reproduksi, meliputi : penurunan fungsi hormone reproduksi serta gangguan fungsi seksual
- 6) Dampak dari kesehatan reproduksi terhadap remaja perempuan, seperti : perubahan periode menstruasi, ketidak teraturan menstruasi, dan tidak haid
- 7) Bagi pengguna narkoba melalui jarum suntik, khususnya pemakaian jarum suntik secara bergantian, risikonya tertular penyakit hepatitis B, C, dan HIV
- 8) Penyalahgunaan narkoba bisa berakibatkan fatal ketika terjadi over dosis

b. Dampak psikologi

- 1) Lambat kerja, ceroboh kerja, gelisah
- 2) Hilangnya kepercayaan diri, apatis, pengkhayal, dan penuh curiga
- 3) Agitatif, menjadi ganas dan tingkah laku yang brutal
- 4) Sulit berkonsentrasi, perasaan kesal dan tertekan
- 5) Cenderung menyakiti diri, perasaan tidak aman, bahkan bunuh diri
- 6) Gangguan mental, anti-sosial dan asusila, dikucilkan oleh lingkungan
- 7) Merepotkan dan menjadi beban keluarga
- 8) Pendidikan jadi terganggu, masa depan suram

#### 4. Faktor Penyebab Penggunaan Narkoba

a. Ingin terlihat gaya

Dapat membuat pemakainya menjadi berani, keren, percaya diri, kreatif, dan santai. Jadi efek keren yang terlihat oleh orang lain dapat menjadi trend pada kalangan tertentu sehingga orang yang memakai zat terlarang itu akan disebut sebagai tren, gaul dan modis

b. Solidaritas kelompok

Suatu kelompok yang mempunyai tingkat kekerabatan yang tinggi antar anggota biasanya memiliki nilai solidaritas yang tinggi, seperti ketua atau beberapa anggota kelompok yang berpengaruh pada kelompok tersebut menggunakan narkoba, maka biasanya anggota yang lain baik secara terpaksa maupun tidak terpaksa akan ikut menggunakan narkoba agar merasa seperti keluarga senasib

c. Menghilangkan rasa sakit

Jika seseorang yang memiliki suatu penyakit atau kelainan yang dapat menimbulkan rasa sakit yang tidak tertahankan dapat membuat orang jadi tertarik jalan pintas untuk mengobati sakit yang dideritanya dengan menggunakan obat-obatan dan zat terlarang

d. Coba-coba / penasaran

Segera melaporkannya kepada [pihak berwajib dan tidak boleh main hakim sendiri

e. Kuratif (pengobatan)

Untuk penyembuhan para korban baik secara medis maupun dengan media lain, seperti banyak didirikan tempat-tempat penyembuhan dan rehabilitasi pecandu narkoba

f. Rehabilitasi

Dilakukan supaya setelah melakukan pengobatan selesai para korban tidak kambuh kembali. Rehabilitasi berupaya untuk menyantuni dan memperlakukan secara wajar para korban narkoba agar dapat kembali ke masyarakat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani. (Widiyawati, 2020)

## **B. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

### **1. Pengertian Perilaku Kekerasan**

Kekerasan (*violence*) adalah bentuk perilaku agresi (*aggressive behavior*) yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderita atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda. Agresi adalah suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan suatu perilaku kekerasan sebagai suatu cara untuk melawan atau menghukum yang berupa tindakan menyerang, merusak hingga membunuh. Agresi tidak selalu diekspresikan berupa tindak kekerasan menyerang orang lain (*assault*), agresivitas terhadap diri sendiri (*self aggression*) serta penyalahgunaan narkoba (*drugs abuse*) untuk melupakan persoalan hingga tindakan bunuh diri juga merupakan suatu bentuk perilaku agresi (Muhith, 2015)

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan mengacu pada dua bentuk, yaitu perilaku kekerasan saat sedang berlangsung atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan). (Sutejo, 2018)

### **2. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan**

Proses terjadinya perilaku kekerasan dapat dipengaruhi oleh dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi

#### a) Faktor Predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, meliputi :

##### 1) Faktor biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis seperti adanya faktor herediter mengalami gangguan jiwa, riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan Napza.

##### 2) Faktor psikologis

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. Frustrasi terjadi apabila keinginan individu

untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat, seperti kesehatan fisik yang terganggu, hubungan sosial yang terganggu.

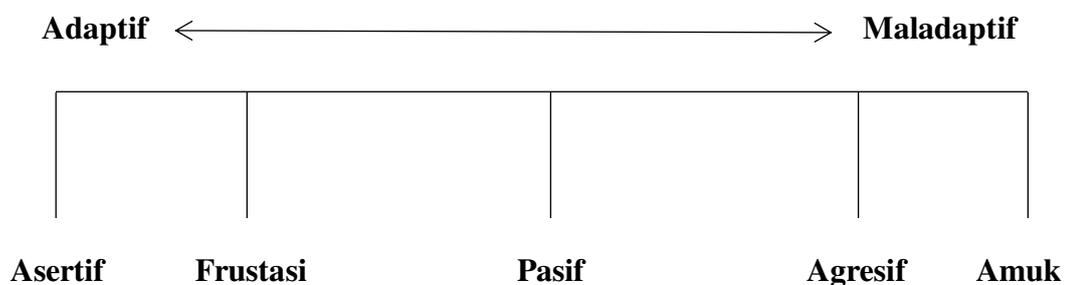
3) Faktor sosiokultural

Fungsi dan hubungan sosial yang terganggu disertai lingkungan sosial yang mengancam kebutuhan individu, yang mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah.

b) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan setiap individu bersifat unik. Faktor tersebut merupakan penyebab yang bersifat internal seperti keinginan yang tidak terpenuhi, perasaan kehilangan dan kegagalan akan kehidupan (pekerjaan, pendidikan, dan kehilangan orang yang dicintai), kekhawatiran terhadap penyakit fisik, dan faktor bersifat eksternal seperti kegiatan atau kejadian sosial yang berubah seperti serangan fisik atau tindakan kekerasan, kritikan yang menghina, lingkungan yang terlalu rebut, atau putusanya hubungan sosial, kerja dan sekolah.

### 3. Rentang Respon Perilaku Kekerasan



Bagan 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

**Sumber :** (Ruswardi, 2021)

a. Respon adaptif

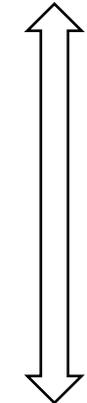
- 1) Asertif merupakan mengemukakan pendapat atau mengekspresikan rasa tidak senang atau tidak setuju tanpa menyakiti lawan bicara
- 2) Frustrasi merupakan respon yang terjadi akibat kegagalan mencapai tujuan karena tujuan yang tidak realistis atau hambatan dalam proses pencapaian tujuan

- 3) Respon transisi pasif merupakan diam dan merasa tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, suatu perilaku dimana seseorang merasa tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya sebagai usaha mempertahankan hak-haknya
- b. Respon maladaptive
- 1) Agresif merupakan perilaku yang menyertai rasa marah, merupakan dorongan mental untuk bertindak dan masih terkontrol
  - 2) Amuk merupakan rasa marah dan bermusuhan yang kuat dan disertai kehilangan control diri

Setelah didapatkan respon perilaku pada pasien, selanjutnya perlu melihat hierarki perilaku kekerasan untuk mengetahui rendah dan tingginya dampak perilaku kekerasan pasien melalui tingkah laku pasien

Tabel. 2.1 Hierarki Perilaku Kekerasan

**Sumber :** (Nurhalimah, 2016)

 Rendah          Tinggi	No	Hierarki Perilaku Kekerasan
	1	Memperlihatkan permusuhan rendah
	2	Kekerasan menuntut
	3	Mendekati orang lain dengan ancaman
	4	Memberi kata-kata ancaman tanpa ada niat melukai
	5	Menyentuh orang dengan cara yang menakutkan
	6	Memberi kata-kata ancaman dengan rencana melukai
	7	Melukai dalam tingkat ringan tanpa membutuhkan perawatan medis
	8	Melukai dalam tingkat serius dan memerlukan perawatan medis

Berdasarkan konsep di atas, dapat disimpulkan perbedaan antara perilaku agresif, asertif dan pasif seperti bagan dibawah

Tabel 2.2 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, dan Agresif

**Sumber :** (Nurhalimah, 2016)

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	a. Negarif b. Menghina c. Dapatkah saya	a. Positif b. Menghargai c. Saya dapat akan	a. Berlebihan b. Menghina orang lain

	lakukan d. Dapatkah ia lakukan	lakukan	c. Ada sekali/tidak pernah
Nada suara	a. Diam b. Lemah c. Merengek	a. Diatur	a. Tinggi b. Menuntut
Postur/sikap tubuh	a. Menundukkan kepala	a. Tegak b. Rileks	a. Tenang b. Bersandar kedepan
Personal space	a. Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	a. Menjagajarak yang menyenangkan b. Mempertahankan hak tempat teritorial	a. Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	a. Minimal b. Lemah c. Resah	a. Memperlihatkan gerakan yang sesuai	a. Mengancam b. Ekspansi gerakan
Kontak mata	a. Sedikit atau tidak	a. Sekali kali sesuai dengan kebutuhan interaksi	a. melotot

#### 4. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut (Muhith, 2015) tanda dan gejala dari perilaku kekerasan yaitu :

- a. Fisik
  - 1) Muka merah dan tegang
  - 2) Mata melotot/pandangan tajam
  - 3) Tangan mengepal
  - 4) Rahang mengatup
  - 5) Wajah memerah dan tegang
  - 6) Postur tubuh kaku
  - 7) Pandangan tajam
  - 8) Mengatupkan rahang dengan kuat
  - 9) Mengepalkan tangan
  - 10) Jalan mondar mandir

- b. Verbal
  - 1) Bicara kasar
  - 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
  - 3) Mengancam secara verbal atau fisik
  - 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
  - 5) Suara keras
  - 6) Berbicara ketus
- c. Perilaku
  - 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
  - 2) Menyerang orang lain
  - 3) Melukai diri sendiri/orang lain
  - 4) Merusak lingkungan
  - 5) Amuk agresif
- d. Emosi
 

Tidak aman dan nyaman, tidak berdaya, rasa terganggu dendam dan jengkel, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut
- e. Intelektual
 

Cerewet, kasar, mendominasi, berdebat dan meremehkan
- f. Spiritual
 

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar
- g. Sosial
 

Menarik diri, mengasingkan, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindiran
- h. Perhatian
 

Mencuri, melarikan diri, bolos, dan penyimpangan seksual

## 5. Mekanisme Koping

Menurut (Avelina Yuldensia, 2022) mekanisme koping yang digunakan pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain :

- a. Sublimasi merupakan menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Seperti seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue,

dan meninju tembok, tujuannya untuk mengurangi ketergantungan akibat rasa marah.

- b. Proyeksi merupakan menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Seperti seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, dan mencumbunya.
- c. Represi merupakan mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Seperti seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya
- d. Reaksi formasi merupakan mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Seperti seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
- e. Displacement merupakan melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Seperti seorang anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya, dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

## **6. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan Pada Penyalahgunaan Napza**

Penatalaksanaan pada klien dengan perilaku kekerasan menurut (Eko, 2014) sebagai berikut :

### **1. Terapi Farmakologi**

Klien dengan perilaku kekerasan perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya : Clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotoriknya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya : Trifluoperazine estelasine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan Transquilizer bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, tetapi

meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

## 2. Terapi Okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca Koran, bermain catur. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan nya program kegiatannya.

## 3. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan system pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan pasien. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif, menanggulangi perilaku maladaptif, dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif sehingga derajat kesehatan pasien dapat ditingkatkan secara optimal.

## 4. Terapi somatic

Menurut Depkes RI (2000) terapi somatik terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi.

## 5. Terapi kejang listrik (ECT)

Terapi kejang listrik atau electronic convulsive therapy (ECT) adalah bentuk terapi yang diberikan kepada pasien dengan menimbulkan kejang dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan di pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 kali sehari dalam seminggu (seminggu 2 kali).

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Menurut muhith (2015) asuhan keperawatan merupakan tindakan mandiri perawat profesional melalui kerja sama yang bersifat kolaboratif baik dengan klien

maupun tenaga kesehatan lainnya. Standar asuhan keperawatan ada lima tahap standar yaitu, pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi

Tahap pengkajian keperawatan:

a. Identitas klien

Melakukan pengenalan dan kontra dengan pasien tentang nama mahasiswa, nama panggilan, selanjutnya dilanjutkan melakukan pengkajian dengan Nama pasien, nama panggilan pasien, umur, informer, ruang rawat, tanggal dirawat, tanggal pengkajian dan nomor rekap medik (jika klien dirawat dirumah sakit).

b. Alasan masuk

Klien biasanya masuk atau dibawa ke pelayanan kesehatan biasanya klien sering mengungkapkan kalimat yang bernada ancaman, kata-kata kasar, mengamuk, mencederai diri dan orang lain serta merusak lingkungan

c. Faktor predisposisi

1) Biologis

- a) Biasanya terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan
- b) Biasanya mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan
- c) Biasanya terdapat rasa frustrasi
- d) Biasanya adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan
- e) Biasanya tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah
- f) Biasanya perilaku kekerasan perilaku yang dipelajari

2) Sosial budaya

Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan tidak dapat diterima.

### 3) Biologi

Faktor ini biasanya adanya pemberian stimulus listrik ringan. Pada hipotalamus ternyata menimbulkan perilaku agresi. Untuk kasus ini merupakan dampak dari putus obat napza

#### d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan berupa pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah, nadi, dan pernafasan. Biasanya klien perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan akan meningkat ketika klien marah.

#### e. Psikososial

##### 1) Genogram

Biasanya menggambarkan tentang garis keturunan keluarga klien, apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh klien

##### 2) Konsep diri

###### a) Gambaran diri

Biasanya ada keluhan mengenai persepsi klien terhadap tubuhnya, seperti bagian tubuh yang tidak disukai

###### b) Identitas

Interaksi antara klien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga pasien tidak merasa puas akan status ataupun posisi klien sebagai anggota keluarga dan masyarakat

###### c) Peran diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan kurang dapat melakukan peran dan tugasnya dengan baik sebagai anggota keluarga dalam masyarakat

###### d) Ideal diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan ingin diperlakukan dengan baik oleh keluarga ataupun masyarakat sehingga klien dapat melakukan perannya sebagai anggota keluarga atau anggota masyarakat dengan baik

###### e) Harga diri

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan selalu mengungkapkan hal negative tentang dirinya dan orang lain, marah pada diri sendiri dan

orang lain, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, penolakan terhadap kemampuan diri dan merasa gagal akan kehidupan. Hal ini dapat menyebabkan klien dengan perilaku kekerasan memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga klien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

f. Hubungan sosial

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan cenderung mengungkapkan hal negative tentang dirinya dan orang lain dan mengungkapkan hal negatif tentang dirinya dan orang lain dan mengungkapkannya dengan rasa marah sampai dengan melakukan perilaku kekerasan. Ini menyebabkan klien tidak pernah berkunjung ke rumah tetangga dan klien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan masyarakat.

g. Spiritual

Biasanya klien meyakini agama yang dianutnya. Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan kurang melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya. Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan.

h. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Biasanya kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau amuk. Masa kecil yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya, atau saksi penganiayaan (Afnuhazi, 2015)

i. Status mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan klien dengan perilaku kekerasan tidak rapi, rambut acak-acakan, mulut dan gigi kotor, badan pasien bau

2) Pembicaraan

Biasanya klien berbicara keras dan kasar, dengan posisi badan condong ke depan dan siap berada pada jarak akan meyerang orang lain (Dermawan dan Rusdi, 2013)

3) Aktivitas mototrik

Klien biasanya gelisah, mondar-mandir, tidak dapat duduk tenang, otot tegang, rahang mengencang, pernafasan meningkat, mata melotot, dan pandangan mata tajam

## 4) Alam perasaan

Biasanya klien akan kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman. pasien juga merasakan kecewa, keinginan tidak tercapai dan tidak puas sehingga menyebabkan frustrasi (Irman dkk, 2016)

## 5) Afek

Biasanya klien marah, sikap bermusuhan, kecemasan, dan mudah tersinggung

## 6) Interaksi selama wawancara

Biasanya klien memperlihatkan perilaku yang tidak kooperatif, bermusuhan, mudah curiga dan tersinggung, kontak mata aktif dan mata melotot

## 7) Persepsi

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidak memiliki tanda dan gejala halusinasi pendengaran, pengecap, penglihatan, penghidu maupun perabaan

## 8) Proses piker

## a) Proses piker (arus dan bentuk piker)

Otistik (autism) : biasanya bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikiran sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli disekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham, dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

## b) Isi piker

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidak mengalami gangguan isi piker, tidak mempunyai keyakinan lain seperti ilmu magic dan tidak memiliki keyakinan yang berlebihan tentang kebesaran dirinya.

## 9) Tingkat kesadaran

Biasanya tingkat kesadaran klien stupor dengan sikap yang canggung. Klien tidak memiliki disorientasi orang, tempat dan waktu

## 10) Memori

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidak mengalami gangguan daya ingat jangka pendek maupun jangka panjang

## 11) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu berkonsentrasi. Biasanya klien pernah menduduki dunia pendidikan, tidak memiliki masalah dalam berhitung (penambahan maupun pengurangan)

## 12) Kemampuan penilaian

Biasanya klien memiliki kemampuan penilaian yang kurang baik dan tidak mampu mengambil keputusan, seperti saat diajak berinteraksi

## 13) Daya titik diri

Biasanya klien dengan harga diri rendah kronis menyalahkan dirinya dan orang lain terhadap situasi yang ia alami.

## j. Kebutuhan persiapan pulang

## 1) Makan

Klien makan secara mandiri tanpa bantuan perawat.

## 2) Defekasi/berkemih

Klien mampu BAB dan BAK di kamar mandi secara mandiri.

## 3) Mandi

Klien mampu mandi secara mandiri dan rutin.

## 4) Berpakaian/berhias

Biasanya pasien mengganti pakaiannya setiap selesai mandi dengan menggunakan pakaian yang bersih. Klien mampu berpakaian rapi dan benar sesuai aturan.

## 5) Istirahat dan tidur

Biasanya pasien tidur siang lebih kurang 1 sampai 2 jam, tidur malam lebih kurang 8 sampai 9 jam. Penggunaan obat biasanya pasien minum obat 3x sehari dengan obat oral. Reaksi obat pasien dapat tenang dan tidur

## 6) Pemeliharaan kesehatan

Biasanya pasien melanjutkan obat untuk terapinya dengan dukungan keluarga dan petugas kesehatan serta orang disekitarnya

## 7) Aktivitas di dalam rumah

Klien dapat mengerjakan kegiatan rumah seperti merapikan kamar tidur, membersihkan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur kebutuhan sehari-hari

8) Aktivitas di luar rumah

Klien tidak melakukan kegiatan di luar rumah seperti belanja, bepergian, dan lain-lain

k. Mekanisme koping

Biasanya pada pasien dengan perilaku kekerasan, data yang didapatkan saat wawancara pada pasien, bagaimana pasien mengendalikan diri ketika menghadapi masalah:

1) Koping adaptif

- a) Bicara dengan orang lain
- b) Mampu menyelesaikan masalah
- c) Teknik relaksasi
- d) Aktifitas konstruktif
- e) Olahraga

2) Koping maladaptive

- a) Minum alkohol
- b) Reaksi lambat/berlebihan
- c) Bekerja berlebihan
- d) Menghindar
- e) Mencederai diri

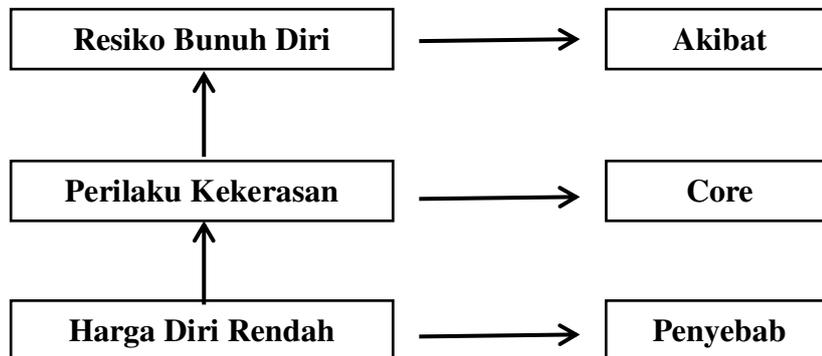
l. Masalah psikososial dan lingkungan

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan akan mengungkapkan masalah yang menyebabkan penyakitnya maupun apa saja yang dirasakannya kepada perawat maupun tim medis lainnya, jika terbina hubungan yang baik dan komunikasi yang baik serta perawat maupun tim medis yang lain dapat memberikan solusi maupun jalan keluar yang tepat dan tegas.

## 2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapatkan walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Bagan 2.2  
Pohon masalah perilaku kekerasan



Sumber : (Eko, 2014)

Berdasarkan pohon masalah diatas, maka diagnosis keperawatan yang dapat diangkat yaitu :

- a. Perilaku kekerasan
- b. Harga diri rendah
- c. Resiko bunuh diri atau menciderai orang lain

### 3. Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat dilaksanakan untuk mencapai setiap tujuan khusus. Sementara rasional adalah alasan ilmiah mengapa tindakan diberikan. Alasan ini bisa didapatkan dari literatur, hasil penelitian, dan pengalaman praktik. Rencana tindakan yang digunakan di tatanan kesehatan kesehatan jiwa disesuaikan dengan standar asuhan keperawatan jiwa Indonesia (Yusuf, 2015).

Tabel 2.3  
Rencana Keperawatan

Masalah Keperawatan	Perencanaan	
	SLKI	SIKI
Resiko perilaku kekerasan (D.0146) (PPNI, 2017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....menit, diharapkan control diri	<b>Pencegahan Perilaku Kekerasan</b> <i>Observasi</i>

	<p>meningkat. Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun</li> <li>- Verbalisasi perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun</li> <li>- Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun</li> <li>- Suara keras menurun</li> <li>- Bicara ketus menurun (PPNI, 2019)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (benda tajam)</li> <li>- monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</li> <li>- monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (pisau cukur)</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</li> <li>- libatkan keluarga dalam perawatan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anjurkan pengunjung dan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</li> <li>- latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</li> <li>- latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (relaksasi atau bercerita) (PPNI, 2018)</li> </ul>
Harga Diri Rendah	Setelah dilakukan tindakan	Promosi Harga Diri

<p>Kronis (D.0086) (PPNI, 2017)</p>	<p>keperawatan selama.....menit, diharapkan harga diri meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- penilaian diri positif meningkat</li> <li>- perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</li> <li>- penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat</li> <li>- minat mencoba hal baru meningkat</li> <li>- berjalan menampakkan wajah meningkat</li> <li>- perasaan malu menurun</li> <li>- perasaan bersalah menurun</li> <li>- perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun</li> <li>- meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun (PPNI, 2019)</li> </ul>	<p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri</li> <li>- monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</li> <li>- monitor tingkat harga diri setiap waktu</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</li> <li>- motivasi menerima tantangan atau hal baru</li> <li>- diskusikan pernyataan tentang harga diri</li> <li>- diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</li> <li>- diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</li> <li>- diskusikan persepsi negatif diri</li> <li>- diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan</li> </ul>
---	--	---

		<p>dan batasan yang jelas</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</li></ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</li><li>- anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</li><li>- anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain</li><li>- anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif</li><li>- latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri</li><li>- latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi (PPNI, 2018)</li></ul>
--	--	--

<p>Koping Tidak Efektif (D.0096) (PPNI, 2017)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....menit, diharapkan status Koping membaik. Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kemampuan memenuhi peran sesuai usia meningkat</li> <li>- perilaku koping adaptif meningkat</li> <li>- verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat</li> <li>- verbalisasi pengakuan masalah meningkat</li> <li>- verbalisasi kelemahan diri meningkat</li> <li>- perilaku asertif meningkat</li> <li>- verbalisasi menyalahkan orang lain menurun</li> <li>- perilaku penyalahgunaan zat menurun</li> </ul>	<p>Dukungan Pengambilan Keputusan</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan</li> <li>- dsiskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi</li> <li>- fasilitasi melihat situasi secara realistic</li> <li>- fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif</li> <li>- fasilitasi hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berikan informasi yang diminta pasien</li> </ul> <p><i>kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memfasilitasi</li> </ul>
---	--	---

		pengambilan keputusan
--	--	-----------------------

Strategi tindakan pelaksanaan pada pasien menurut Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan (2012), yaitu:

**a. Diagnosis Perilaku Kekerasan**

1. Strategi pelaksanaan 1 : pengkajian dan latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal
  - a) Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan
  - b) Mendiskusikan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan
  - c) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, obat, verbal, dan spiritual
  - d) Menjelaskan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik yaitu tarik nafas dalam dan memukul kasur atau bantal
  - e) Memasukkan latihan fisik kedalam jadwal pasien
2. Strategi pelaksanaan 2 : Latihan patuh minum obat
  - a) Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - b) Memvalidasi kemampuan melakukan larikan nafas dalam dan pukul kasur atau bantal
  - c) Menanyakan manfaat yangdirasakan pasien dan berikan pujian
  - d) Menjelaskan latihan yang selanjutnya yaitu latihan cara mengontrol perilaku kekerasandengan obat
  - e) Menjelaskan 6 benar minum obat, yaitu benar nama, jenis, dosis, waktu, cara dan kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak rutin minum obat
  - f) Masukkan minum obat ke jadwal pasien bersama dengan latihan fisik
3. Strategi pelaksanaan 3 : Latihan cara sosial atau verbal
  - a) Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - b) Memvalidasi kemampuan pasien melakukan teknik nafas dalam, pukulkasur atau bantal, minum obat dengan patuh dan benar
  - c) Menanyakan manfaatnya dan berikan pujian.

- d) Menjelaskan latihan yang selanjutnya yaitu latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan benar)
  - e) Memasukkan latihan secara verbal ke dalam jadwal pasien
4. Strategi pelaksanaan 4 : Latihan cara spiritual
- a) Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
  - b) Memvalidasi kemampuan pasien melakukan teknik nafas dalam, pukul kasur atau bantal, minum obat dengan patuh dan benar, dan latihan cara verbal
  - c) Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian
  - d) Menjelaskan latihan yang selanjutnya yaitu latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan memilih 2 kegiatan
  - e) Memasukkan latihan secara psiritualke dalam jadwal pasien

Strategi tindakan pelaksanaan pada keluarga pasien menurut Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan (2012)

1. Strategi pelaksanaan 1 : cara merawat pasien dan latihan cara nafas dalam dan memukul bantal atau kasur
  - a) Mendiskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien
  - b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya perilaku kekerasan
  - c) Menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan
  - d) Melatih cara merawat perilaku kekerasan yang pertama yaitu dengan latihan cara nafas dalam dan memukul bantal atau kasur
  - e) Menganjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
2. Strategi pelaksanaan 2 : Latihan cara memberi minum obat
  - a) Mengevaluasia kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan
  - b) Memvalidasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik yaitu latihan cara nafas dalam dan memukul bantal atau kasur, setelah itu beri pujian
  - c) Menjelaskan 6 benar cara memberikan/minum obat
  - d) Melatih cara memberikan membimbing minum obat

- e) Mengajarkan membantu pasien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan memberi pujian
3. Strategi pelaksanaan 3 : Latihan cara sosial atau verbal
    - a) Mengevaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien
    - b) Memvalidasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik yaitu latihan cara nafas dalam dan memukul bantal atau kasur, dan memberikan obat, beri pujian
    - c) Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara verbal yaitu dengan meminta,menolak dan mengungkapkan perasaan dengan benar.
    - d) Melatih caraverbal/sosial
    - e) Menganjurkan membantu pasien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan memberi pujian
  4. Strategi pelaksanaan 4 : Latihan cara spiritual
    - a) Mengevaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala perilaku kekerasan pasien
    - b) Memvalidasi kemampuan keluarga dalam merawat/melatih pasien cara fisik yaitu latihan cara nafas dalam dan memukul bantal atau kasur, memberikan obat, dan latihan cara verbal/sosail, dan beri pujian
    - c) Menjelaskan mengontrol marah dengan cara spiritual
    - d) Melatih cara spiritual
    - e) Menjelaskan follow up ke puskesmas dan tanda kambuh
    - f) Mengidentifikasi kendala atau kesulitan dalam melakukan latihan

#### **b. Diagnosis Harga Diri Rendah**

1. Tindakan Keperawatan pada pasien
  - a) Strategi pelaksanaan (SP) 1 : Latihan kegiatan pertama
    - 1) Identifikasi penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah tercapai dan belum tercapai,upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi
    - 2) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien dan bantu menilai kemampuan kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan yang akan dilaksanakan)

- 3) Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih
  - 4) Bantu pasien memilih kegiatan yang dapat dilakukan untuk dilatih saat ini
  - 5) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)
  - 6) Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan harian
- b) Strategi pelaksanaan (SP) 2 : Latihan kegiatan kedua
- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
  - 2) Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian
  - 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama
  - 4) Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih
  - 5) Latih kegiatan kedua
  - 6) Berikan pujian ketika pasien mampu melakukan kegiatan
  - 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kegiatan
- c) Strategi pelaksanaan (SP) 3: Latihan kegiatan ketiga
- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
  - 2) Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih dan beri pujian
  - 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua
  - 4) Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih
  - 5) Latih kegiatan ketiga
  - 6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
  - 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan ketiga
- d) Strategi pelaksanaan (SP) 4 : Latihan kegiatan keempat
- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
  - 2) Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan beri pujian
  - 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga
  - 4) Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
  - 5) Latih kegiatan keempat
  - 6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
  - 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

2. Tindakan Keperawatan pada keluarga
  - a) Strategi pelaksanaan (SP) 1 keluarga : mengenal masalah harga diri rendah dan latih cara merawat : melakukan kegiatan pertama
    - 1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien harga diri rendah, jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya, dan akibat harga diri rendah, dan jelaskan cara merawat harga diri rendah
    - 2) Berikan pujian terhadap upaya yang dilakukan keluarga
    - 3) Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan yang dipilih pasien, bimbing memberikan bantuan pada pasien
    - 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
  - b) Strategi pelaksanaan (SP) 2 keluarga : latihan cara merawat : membimbing melakukan kegiatan kedua
    - 1) Evaluasi kemampuan keluarga, mengidentifikasi gejala harga diri rendah
    - 2) Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melakukan kegiatan yang telah dilatih
    - 3) Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien, beri pujian
    - 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal
  - c) Strategi pelaksanaan (SP) 3 keluarga : Latihan cara merawat : membimbing melakukan kegiatan ketiga
    - 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala harga diri rendah
    - 2) Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melakukan kegiatan yang telah dilatih
    - 3) Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian, bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan ketiga yang telah dipilih pasien
    - 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal
  - d) Strategi pelaksanaan (SP) 4 keluarga :
    - 1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala harga diri rendah

- 2) Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melakukan kegiatan yang telah dilatih
- 3) Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian, bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan keempat yang dipilih pasien
- 4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien dan keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasikan apakah tindakan keperawatan masih dibutuhkan sesuai dengan kondisi pasien saat ini

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana antara hasil akhir yang teramati. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang dilaksanakan. Perumusan evaluasi ada empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu Subjektif, Objektif, Analisa data dan Perencanaan.

Evaluasi keperawatan pada pasien dan anggota keluarga yang mengalami kekerasan menurut Imran (2016) adalah :

- a. Evaluasi kemampuan pasien risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :
  - 1) Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang bisa dilakukan dan akibat dari perilaku kekerasan
  - 2) Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal :
    - a) Secara fisik, seperti napas dalam dan pukul bantal atau kasur
    - b) Secara sosial atau verbal seperti menolak, meminta, atau mengungkapkan perasaan dengan cara yang baik
    - c) Secara spiritual
    - d) Terapi psikofarmaka
- b. Evaluasi kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan risiko perilaku kekerasan dapat berhasil apabila :
  - 1) Mengetahui masalah yang dirasakan saat merawat pasien, (pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan)
  - 2) Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
  - 3) Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
  - 4) Memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
  - 5) Menciptakan suasana dan lingkungan keluarga yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
  - 6) Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pada pasien
  - 7) Melakukan follow up ke puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan

## **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

### **A. Desain dan Jenis Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus yang bertujuan untuk menggambarkan fenomena yang ada, yaitu fenomena alam atau fenomena buatan manusia, atau digunakan untuk menganalisis atau menggambarkan hasil subjek tetapi tidak dimaksudkan untuk memberikan implikasi yang lebih luas. (Adiputra et al., 2021).

### **B. Tempat Dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan diruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Waktu penelitian dilakukan pada bulan November 2022 sampai Juni 2023. Dengan melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 2 Februari 2023 sampai 11 Februari 2023 selama 9 hari

### **C. Populasi dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari obyek/subyek yang memiliki kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya, populasi disini maksudnya bukan hanya orang atau makhluk hidup, akan tetapi benda-benda alam yang lainnya (Sandu, 2015). Berdasarkan data yang ada di Wisma Cendrawasih RSJ HB. Saanin Padang terdapat sebanyak 5 orang pasien rawat inap yang penggunaan Napza dengan masalah perilaku kekerasan.

#### **2. Sampel**

Sampel merupakan sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, ataupun bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Sandu, 2015). Sampel penelitian ini diambil 5 pasien yang merupakan penyalahgunaan napza dengan masalah perilaku kekerasan di wisma Cendrawasih RSUP HB. Saanin Padang pada tahun 2023. Guna menjangkau partisipan dengan masalah Perilaku Kekerasan, dilakukan screening terhadap pasien penyalahgunaan napza. Setelah

dilakukan screening terdapat 2 pasien napza dengan Perilaku Kekerasan, maka penulis memilih responden dengan cara simple random sampling yaitu dengan cara mengundi nama 2 orang pasien tersebut sehingga didapatkan 1 orang pasien sebagai partisipan yaitu Bapak. R

Penelitian ini menggunakan responden dengan kriteria :

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien napza dengan perilaku kekerasan yang ada Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- 2) Pasien yang kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik
- 3) Pasien memiliki lebih dari tiga tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu mata merah, bicara kasar, mata melotot
- 4) Pasien bersedia menjadi subjek dalam penelitian

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien yang memiliki keterbatasan fisik yang dapat mengganggu proses penelitian
- 2) Pasien yang tidak kooperatif dengan tidak mengikuti kegiatan
- 3) Pasien yang tidak bersedia untuk dilakukan penelitian

#### **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

Alat dan instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format keperawatan jiwa yang dimulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, termometer, dan pengukuran berat badan.

1. Format Pengkajian Keperawatan jiwa

Terdiri dari identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, faktor presipitasi, pemeriksaan fisik, psikososial, genogram, status mental, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan, aspek medik, dan pohon masalah.

2. Diagnosis Keperawatan

Terdiri dari data subjektif, data objektif, dan masalah keperawatan yang dialami

3. Rencana Asuhan Keperawatan

Terdiri dari diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan yang meliputi tujuan, kriteria hasil, dan intervensi

#### 4. Implementasi Keperawatan

Terdiri dari nama pasien, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medic, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan

### **E. Jenis-Jenis Dan Cara Pengumpulan Data**

#### 1. Jenis Data

##### a. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan langsung dari responden. Data dari penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien penyalahgunaan napza dengan perilaku kekerasan. Meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola makan pasien, pola aktivitas sehari-hari dan pemeriksaan fisik pasien

##### b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada, meliputi : laporan dari petugas panti, catatan atau laporan histori yang telah tersusun dalam arsip yang tidak diublikasikan

#### 2. Cara Pengumpulan Data

##### a. Observasi

Dalam melakukan observasi peneliti melakukan pengamatan dan pencatatan sistematis terhadap gejala yang tampak bagi objek penelitian seperti keadaan umum pasien, ekspresi pasien saat berkomunikasi, kegiatan yang dilakukan pasien sehari-hari, sikap menerima dan mengambil keputusan serta penanganan dan program untuk permasalahan penyalahgunaan napza dengan masalah perilaku kekerasan

##### b. Wawancara

Dalam melakukan penelitian ini, metode wawancara dapat dilakukan pada saat memilih sampel yang sesuai kriteria purposive sampling dan pengkajian

keperawatan jiwa. Peneliti menanyakan riwayat pemakaian Napza dengan sikap yang dilakukan jika tidak mendapatkan obat tersebut, riwayat memiliki lebih dari tiga tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, aktivitas/kebutuhan sehari-hari, data spiritual serta data yang dibutuhkan terkait dengan kondisi responden saat ini.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yaitu cara pengumpulan data dengan melakukan pemeriksaan secara langsung kepada partisipan penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang tidak sesuai dengan keadaan normal. Pemeriksaan fisik ini yang akan dilakukan peneliti adalah keadaan umum partisipan dan melakukan pemeriksaan *head to toe*. Pemeriksaan dimulai dari mengecek tanda-tanda vital dan melakukan pemeriksaan seperti mata merah, bibir kering, wajah pucat, ada bekas luka di tangan atau dibagian tubuh lainnya.

d. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan menggunakan format asuhan keperawatan, seperti format pengkajian, analisa data, format diagnosis keperawatan, format intervensi keperawatan, format implementasi dan evaluasi keperawatan serta format dokumentasi keperawatan. dalam penelitian ini didapatkan dokumentasi berupa assessment dan informasi pribadi pasien dari Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

## **F. Prosedur Penelitian**

1. Peneliti meminta surat survey awal dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Peneliti meminta izin untuk melakukan survey awal ke Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
3. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian penelitian ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
4. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian dan meminta data laporan tahunan ke Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

5. Peneliti mendatangi kepala ruangan ruangan cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB.Saanin Padang yang melakukan rawat ginap sebagai data populasi. Peneliti mendapatkan 5 orang pasien napza dengan masalah perilaku kekerasan. Dari 5 pasien napza dengan perilaku kekerasan 3 orang diantaranya tidak memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.
6. Peneliti kemudian menentukan sampel dengan teknik simple random sampling melalui cara undian, dari 2 orang yang memenuhi kriteria didapatkan 1 orang pasien sebagai partisipan.
7. Peneliti mendatangi partisipan, membina hubungan saling percaya dan menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan, serta meminta persetujuan partisipan dengan memberikan informed consent kepada partisipan untuk ditanda tangani.
8. Partisipan menandatangani informed consent, kemudia peneliti melakukan kontrak waku dan tempat untuk melakukan asuhan keperawatan jiwa selama 9 hari kunjungan.
9. Peneliti meminta waktu partisipan untuk melakukan pengkajian menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa dengan cara wawancara, observasi, dan dokumentasi.
10. Peneliti akan melakukan intervensi, implementasi dan evaluasi kepada responden kemudian peneliti melakukan terminasi.

### **G. Analisa Data**

Data yang penelititemukan saat melakukan pengkajian dapat dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan dengan membuat analisa data. Setelah penulis membuat analisa data dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi keperawatan selama 9 hari sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan dan dilanjutkan dengan melakukan evaluasi hasil tindakan, setelah itu peneliti melakukan dokumentasi keperawatan. Analisa selanjutnya peneliti membandingkan pemberian asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada responden berdasarkan hasil pengamatan peneliti dengan teori dan penelitian yang sudah terdahulu.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Deskripsi kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan asuhan keperawatan pada partisipan dengan perilaku kekerasan yang telah dilaksanakan di Wisma Cendrawasih rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang, dimulai tanggal 2 Februari sampai dengan 11 Februari 2023 selama 9 hari. Gambaran asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan sampai melakukan evaluasi keperawatan. Pemilihan partisipasi dilakukan melalui skrining menggunakan format skrining pasien napza dengan masalah perilaku kekerasan didapatkan hasil 5 orang pasien yang mengalami penyalahgunaan napza dengan gangguan perilaku kekerasan. Dari 5 yang penyalahgunaan napza dengan gangguan perilaku kekerasan tersebut didapatkan 2 orang pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kemudian peneliti melakukan random acak sederhana yaitu dengan cara mengundi nama 2 orang pasien tersebut sehingga didapat 1 orang pasien sebagai partisipan yaitu Bapak R.

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

##### **a. Identifikasi Klien**

Partisipan merupakan seorang pasien yang dirawat di ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Bapak. R dirawat di Ruangan Cendrawasih pada tanggal 30 Januari 2023. Bapak. R berusia 34 tahun, dengan nomor rekap medik 01.32.26, suku pasien adalah Piliang, pendidikan terakhir pasien adalah SD. Pasien tinggal di Jl. Palinggam No 79. Pasa Gadang. Padang Selatan. Sumber data ini adalah petugas diruangan Cendrawasih, pasien dan *Medical Record* pasien.

##### **b. Alasan Masuk**

Bapak. R masuk rumah sakit jiwa Prof. HB. Saanin Padang diantar oleh keluarga pada tanggal 30 Januari 2023 melalui IGD. Alasan Bapak. R masuk rumah sakit jiwa dikarenakan sebulan sebelum masuk rumah sakit pasien memakai narkoba jenis ganja dan pasien merasa gelisah sejak 2 minggu yang lalu, pasien sering mengamuk tanpa alasan. Pasien mengatakan kalau emosi

datang pasien akan melempar barang-barang yang ada didekat pasien, marah-marah kepada orang sekitar serta mengancam membunuh orang lain, berbicara ngacau dan terkadang tertawa sendiri.

**c. Keluhan Utama**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 Februari 2023, Bapak. R mengatakan bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan, pasien merasa kesal apabila ada keributan selama diruangan, pasien mengatakan jarang melakukan interaksi dengan teman-teman yang ada diruangan dikarenakan pasien akan merasa marah apabila perkataannya tidak didengarkan, pasien mengatakan lebih senang untuk berbicara dengan petugas rumah sakit yang ada diruangan.

**d. Faktor Predisposisi**

**1. Gangguan Jiwa di Masa Lalu**

Pasien mengalami gangguan jiwa sejak 5 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2018 dengan tanda dan gejala sering marah tanpa sebab, berbicara kasar, membuang barang-barang, merusak barang, berbicara dan tertawa sendiri. Pada saat itu pasien menggunakan ganja dan sabu bersama teman-temannya. Pasien selama ini melakukan rawat jalan di rumah sakit Jiwa. HB. Saanin Padang dan kontrol setiap bulannya.

**2. Pengobatan Sebelumnya**

Pasien sebelumnya juga pernah dirawat, terakhir dirawat 1 tahun yang lalu, menjalin pengobatan rawat jalan di RSJ HB. Saanin Padang. Pasien selama satu tahun terakhir sangat teratur minum obat dan rutin kontrol dan diawasi oleh keluarga, namun beberapa bulan sebelum kambuh pasien putus obat.

**3. Trauma**

Trauma terbagi atas lima bagian yaitu aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, dan kekerasan dalam keluarga

a) Aniaya Fisik

Pasien mengatakan pada umur 28 tahun pasien pernah menjadi pelaku aniaya fisik dengan cara memukul temannya karena emosi, korban tidak memberikan uang yang dimintanya serta pasien juga merasa diejek oleh temannya karena memiliki gangguan jiwa dan pasien juga korban dari aniaya fisik yang diakibatkan tangan pasien sebelah kanan ada bekas jahitan yang disebabkan di tusuk oleh temannya.

b) Aniaya Seksual

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi aniaya seksual.

c) Penolakan

Pasien mengatakan pernah menjadi korban penolakan ketika sedang bekerja, pasien dituduh mencuri uang di perusahaan nya dan langsung diberhentikan dari pekerjaannya.

d) Kekerasan dalam rumah tangga

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi kekerasan dalam rumah tangga.

e) Tindakan kriminal

Pasien mengatakan pernah menjadi korban tindakan kriminal, karena dituduh mengambil uang perusahaan ditempat pasien bekerja dulu dan akibatnya pasien di keluarga dari perusahaan dan pasien merasa tidak percaya diri.

#### **4. Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa**

Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa adalah nenek nya, karena nenek pasien merasa depresi ditinggal oleh suaminya yang sudah meninggal.

#### **5. Pengalaman Masa Lalu yang Tidak menyenangkan**

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yang pasien rasakan adalah ditolak untuk tidak boleh bekerja lagi karena dituduh mencuri uang perusahaan dan menyebabkan pasien prustasi dan putus asa dan pelariannya pasien mengkonsumsi narkoba jenis ganja dan sabu dengan sensasi berhalusinasi untuk mendapatkan kesenangan.

**e. Pemeriksaan Fisik**

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Bapak. R didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 118/97 mmHg, Nadi 89 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Hasil pengukuran tinggi badan Bapak. R didapatkan 165cm, berat badan 52 Kg. selanjutnya untuk keluhan fisik lainnya Bapak. R mengatakan terkadang merasa sakit kepala.

**f. Psikososial****1) Genogram**

Pasien Bapak. R umur 34 tahun, merupakan anak tunggal. Pasien sudah pernah meninikah lalu bercerai dengan istrinya, dan sekarang pasien tinggal bersama ibu, ayah tiri dan saudaranya, pasien tidak mengenal ayah kandung nya karena dari pasien masuk di dalam kandungan ayahnya sudah meninggalkan ibu nya, dan ibunya menikah kembali dan memiliki 5 anak dengan suami baru nya dan 2 anak dengan mantan istri suami ibunya. Didalam anggota keluarga pasien ada yang mengalami gangguan jiwa yaitu nenek pasien, dikarenakan suami nenek pasien atau kakek pasien meninggal dunia dan menyebabkan nenek pasien menjadi depresi. Pasien mengatakan bahwa setiap ada permasalahan dalam keluarga ia akan mencoba membantu menyelesaikannya dengan baik bersama keluarga, namun pasien jarang dilibatkan dalam pengambilan keputusan karena emosi pasien yang sering tidak stabil. Sejak kecil ibu pasien memberikan kebebasan pada pasien dalam bergaul.

**2) Konsep Diri****a) Citra Tubuh**

Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya

**b) Identitas Diri**

Pasien senang dilahirkan sebagai seorang laki-laki, namun pasien belum puas menjadi seorang laki-laki karena belum mendapatkan penghasilan dari pekerjaannya

**c) Peran Diri**

Pasien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena pasien belum mampu membuat ibunya merasa bangga.

d) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang agar bisa membantu ibunya, dan pasien berharap bisa memulai kehidupan yang baru, pasien juga mengatakan ingin menjadi pengusaha.

e) Harga Diri

Pasien merasa sedih dan marah ketika dirinya dibawa ke Rumah Sakit Jiwa, pasien juga merasa keluarganya tidak peduli dan tidak menyayanginya lagi.

**3) Hubungan Sosial**

a) Orang Terdekat

Pasien mengatakan orang yang terdekat baginya adalah ibunya dan keponakan nya.

b) Peran Serta Dalam Kegiatan kelompok/Masyarakat

Pasien mengatakan sebelum dirinya diawa ke RSJ, pasein selalu ikut serta dala kegiatan masyarakat seperti melakukan gotong royong dan membantu mengumpulkan dana ketika ada acara dikampungnya.

c) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang Lain.

Pasien mengatakan sering mengamuk dan marah-marah bila tidak sesuai dengan pemikiran pasien dan orang sekitar menjadi takut untuk berinteraksi dengan pasien. Sehingga pasien sangat sulit untuk berhubungan dengan orang lain.

**4) Spiritual**

a) Nilai dan Keyakinan

Pasien beraga islam dan menyakini adanya Allah, dan pasien yakin akan segera di sembuhkan oleh Allah dari sakitnya.

b) Kegiatan Ibadah

Pasien mengatakan selalu melakukan shalat lima waktu.

**g. Status Mental****1) Penampilan**

Penampilan pasien tampak kurang rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian sebagaimana mestinya, rambut agak panjang, kuku bersih dan pendek.

**2) Pembicaraan**

Pasien saat dikasi cukup kooperatif, mampu memulai pembicaraan, nada bicaranya keras, apa yang ditanyakan jawabannya sesuai namun agak sedikit berbelit-belit.

**3) Aktivitas Motorik**

Pasien melakukan aktivitas mandiri seperti mandi, makan dan beribadah. Pasien masih tampak gelisah, bignung, dan pandangan kosong

**4) Alam Perasaan**

Pasien merasa khawatir berada dirumah sakit dan ingin segera pulang bertemu dengan keluarganya.

**5) Afek**

Afek pasien labil, karena saat berinteraksi pasien cenderung mengikuti kemauan

**6) Interaksi Selama Wawancara**

Saat berinteraksi pasien mudah curiga, beranggapan perawat tidak percaya dengan apa yang dirinya katakan, mudah tersinggung, namun cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan.

**7) Persepsi**

Pasien mengatakan saat dirinya baru dirawat pasien mendengar bisikan dan bayangan yang menatap tajam kearah dirinya seakan sedang mengawasinya.

**8) Proses Pikir**

Pasien berbicara dengan berbelit-belit tetapi tetap sampai pada tujuan pembicaraan.

**9) Isi Pikiran**

Isi pikiran Bapak. R adalah curiga dengan orang lain, dan pasien gelisah tidak ada keluarga yang membesuknya.

**10) Tingkat kesadaran**

Pasien dalam kondisi sadar, namun tampak bingung dan sering merenung.

**11) Memori**

pasien tidak memiliki masalah dalam ingatan baik itu ingatan jangka panjang maupun jangkannya pendek

**12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung**

Pasien mampu untuk berkonsentrasi terhadap sesuatu.

**13) Kemampuan Penilaian**

Pasien mampu melakukan penilaian terhadap sesuatu yang dia lihat, pasien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain.

**14) Daya Tilik Diri**

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya, pasien beranggapan semua kesalahan bersumber dari orang sekitarnya.

**h. Kebutuhan Persiapan Pasien Pulang****1) Makan**

Pasien selama dirawat, makan 3 kali dalam sehari yaitu jam 7.00, jam 12.00 dan jam 18.00 WIB.

**2) BAB/BAK**

Pasien BAB 1 Kali sehari dan BAK lebih kurang 3 kali dalam sehari.

**3) Mandi**

Pasien mandi 2 kali dalam sehari yaitu, pada pagi dan sore.

**4) Berpakaian/Berhiasan**

Pasien Berpakaian tampak cukup rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian sebagaimana mestinya, rambut panjang dan kuku pendek.

**5) Istirahat dan Tidur**

Pasien mengatakan sesekali tidak mau tidur pada malam hari.

**6) Penggunaan Obat**

Pasien minum obat 3 kali sehari dibawah pengawasan perawat.

**7) Pemeliharaan Kesehatan**

Klien menggunakan kartu BPJS kesehatan dalam proses pemeliharaan kesehatan apabila berada dalam kondisi sakit.

**8) Kegiatan di Dalam rumah**

pasien membantu orang tua dalam menyelesaikan kegiatan rumah seperti, menyapu, mengelap kaca, mencuci piring dan menyapu halaman.

**9) Kegiatan/aktivitas di Luar Rumah.**

Pasien mengatakan kegiatannya diluar rumah yaitu sering ngamen ditaplau

**i. Mekanisme Koping**

**1) Koping Adaptif**

Pasien mampu berkomunikasi dengan orang lain namun pasien terlihat jarang melakukannya.

**2) Koping Maladaptif**

Pasien melampiaskan marahnya pada objek lain jadi koping yang digunakan adalah sublimasi, reaksi pasien terhadap sesuatu sangat lambat.

**j. Masalah Psikososial dan Lingkungan**

**1) Masalah dengan kelompok**

Pasien mengatakan orang-orang disekitar lingkungannya merasa takut berinteraksi dengannya.

**2) Masalah berhubungan dengan lingkungan**

Pasien mengatakan hanya bergaul dengan orang yang dikenalnya saja.

**3) Masalah dengan Pendidikan**

Pasien tidak ada masalah dengan pendidikan.

**4) Masalah dengan pekerjaan**

Pasien mengatakan ia tidak bekerja lagi hanya saja sering mengamen di tepi laut/pantai.

**5) Masalah dengan perumahan**

Pasien tidak ada masalah dengan perumahan. Pasien hanya tinggal bersama ayah tiri, ibu dan saudaranya.

**6) Masalah ekonomi**

Pasien mengatakan ada bermasalah dengan ekonomi karena yang berkerja hanya ibu pasien yang berkerja sebagai tukang urut.

**7) Masalah dengan pelayanan kesehatan**

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

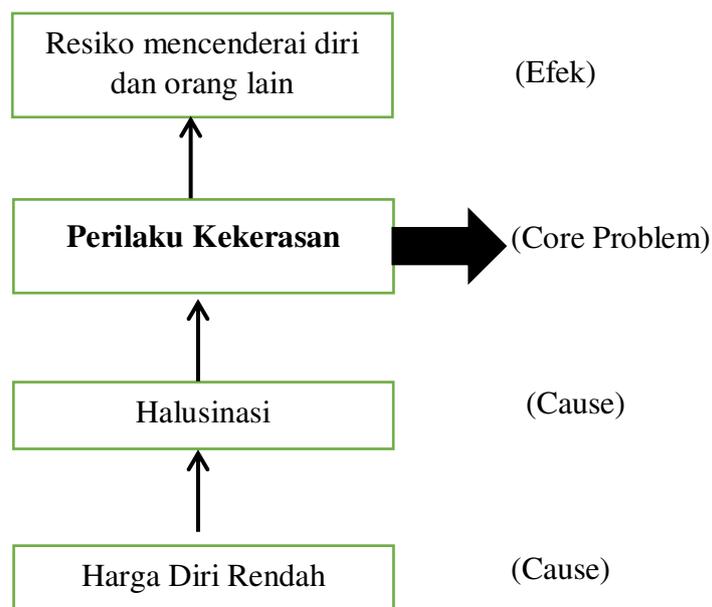
### k. Pengetahuan

Pasien kurang mengetahui tentang penyakitnya, dan iya sesekali beranggapan bahwa iya tidak mengalami gangguan jiwa.

### l. Aspek Mesik

Pasien di diagnosis dengan skizofrenia. Skizofrenia memiliki karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Salah satu gejala positif dan negatif skizofrenia adalah perilaku kekerasan, pada kasus ini ditemukan gejala tersebut pada Bapak. R. Terapi medis yang didapatkan Bapak. R adalah Risperidol 2x2mg, Lorazepam 1x2mg, Metronidazole 3x 50 mg, dan Trihexyphenidyl 3x2mg.

## 2. Diagnosis Keperawatan



Sesuai dengan pohon masalah diatas didapatkan rumusan masalah keperawatan prioritas pertama adalah perilaku kekerasan, prioritas ke-dua adalah Harga Diri Rendah, dan prioritas ke-tiga adalah halusinasi. Berdasarkan pohon masalah Perilaku kekerasan menjadi core problem, Harga diri rendah dan Halusinasi sebagai penyebab, dan resiko menciderai orang lain sebagai akibat.

## 3. Rencana Keperawatan

Pasien membuat rencana keperawatan dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien, empat strategi pelaksanaan pada

tiga diagnosis keperawatan yaitu Perilaku kekerasan, Harga diri rendah dan Halusinasi. Tindakan ini akan dilakukan selama 9 hari dimulai dari tanggal 2 Februari 2023 sampai 11 Februari 2023.

**a. Diagnosis keperawatan Perilaku Kekerasan**

1. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada pasien:

Mengidentifikasi perilaku kekerasan, dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, latihan nafas dalam dan memukul kasur dan bantal.

a. Membina hubungan saling percaya

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Tindakan yang harus dilakukan berupa mengucapkan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan berinteraksi, dan membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.

b. Diskusikan dengan pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu

c. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan meliputi :

- 1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
- 2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologi
- 3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
- 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
- 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual

d. Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.

- 1) Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan
- 2) Menjelaskan dan melatih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik latihan nafas dalam dan memukul bantal .
- 3) Tanyakan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan
- 4) Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
- 5) Masukkan ke jadwal kegiatan harian

2. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien:  
Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat (6 benar).
  - a. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 dan 2
  - b. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat (6 benar)
  - c. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan  
Masukkan pada jadwal kegiatan haria
  
3. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada pasien:  
Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal.
  - a. Evaluasi cara mengontrol kemarahan dengan latihan fisik 1& 2 dan minum obat (6 benar)
  - b. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
  - c. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
  - d. Tanyakan perasaan pasien
  - e. Masukkan ke jadwal harian
  
4. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 4 pada pasien:  
Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (2 kegiatan )
  - a. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 & 2, minum obat (6 benar), dan cara sosial atau verbal
  - b. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan cara spiritual (sholat dan do'a)
  - c. Tanya perasaan klien setelah melakukan kegiatan
  - d. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
  - e. Memasukkan pada jadwal kegiatan harian

**b. Diagnosis keperawatan Harga Diri Rendah**

## 1. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada pasien :

Latihan kegiatan pertama

- a. Identifikasi tentang pandangan/penilaian pasien terhadap diri sendiri dan pengaruhnya terhadap orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai
- b. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien dan bantu pasien menilai kemampuan kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan yang dapat dilaksanakan)
- c. Bantu pasien memilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih
- d. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)
- e. Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan harian

## 2. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien:

Latihan kegiatan kedua

- a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
- b. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan beri pujian
- c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama
- d. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih
- e. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)
- f. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- g. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kegiatan

## 3. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada pasien:

Latihan kegiatan ketiga

- a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
- b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kedua yang telah dilatih dan beri pujian
- c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua
- d. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih
- e. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)
- f. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan

g. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan tiga kegiatan

4. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 4 pada pasien:

Latihan kegiatan keempat

- a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
- b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga yang telah dilatih dan beri pujian
- c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua, dan ketiga
- d. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
- e. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)
- f. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- g. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

**c. Diagnosis Keperawatan Halusinasi**

1. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada pasien:

Melatih cara menghardik

- a. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
- b. Mengidentifikasi isi halusinasi klien
- c. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
- d. Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
- e. Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi
- f. Mengidentifikasi perasaan pasien saat halusinasi muncul
- g. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
- h. Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
- i. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- j. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik
- k. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan

2. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien:

Melatih cara benar minum obat

- a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
- b. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian

- c. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
  - d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. (Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak minum sesuai program, akibat yang ditimbulkan bila putus obat, cara mendapatkan obat, jelaskan prinsip 6 benar minum obat : jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas.
  - e. Masukkan pada jadwal kegiatan harian
3. Strategi Pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada pasien:
- Latihan cara bercakap-cakap
- a. Evaluasi gejala halusinasi
  - b. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol kekambuhan halusinasi dengan menghardik, dan minum obat sesuai jadwal
  - c. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat halusinasi terjadi
  - d. masukkan pada jadwal kegiatan harian
4. Strategi Pelaksanaan (SP) Pertemuan 4 pada Pasien:
- Latihan cara melakukan aktifitas terjadwal
- a. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
  - b. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain
  - c. Latih cara mengontrol halusinasi dengan mengontrol kegiatan harian
  - d. masukkan ke jadwal harian.

Pasien juga rutin mengikuti TAK diruangan dan mengikuti seluruh aktivitas penyuluhan selama dirawat, selama penulis melakukan penelitian tidak ada kunjungan oleh keluarga, oleh karena itu strategi pelaksanaan pada keluarga tidak dapat dilakukan

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan sesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan

keperawatan pada pasien dengan diagnosis perilaku kekerasan dilakukan dari tanggal 2 Februari 2023 s/d 11 Februari 2023.

a. **Diagnosis Keperawatan Perilaku Kekerasan**

Kamis, 2 Februari 2023 pukul 10.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada pasien perilaku kekerasan yang dilakukan dengan cara:

1) Membina hubungan saling percaya

Tindakan yang telah dilakukan untuk membina hubungan saling percaya berupa mengucapkan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan berinteraksi, dan membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.

2) Mendiskusikan penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu

Pasien mengatakan penyebab muncul perilaku kekerasan pada dirinya adalah karena pasien tidak memiliki pekerjaan dan tidak dapat membahagiakan keluarganya. Sedangkan penyebab perilaku kekerasan saat ini adalah pasien merasa curiga dan khawatir orang disekitarnya akan berniat melakukan kejahatan padanya, oleh karena itu pasien sering menatap tajam dan berbicara dengan nada tinggi untuk mencegah orang disekitarnya berbuat jahat.

3) Mendiskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan

Pasien mengatakan perasaannya lega apabila dapat melampirkan kemarahannya dengan memukul, merusak dan membuang barang.

4) Mendiskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.

Pasien mengatakan saat kemarahan muncul dia akan merusak dan membuang barang, bicara ngacau, pasien mengatakan cara tersebut dapat membuatnya merasa lega.

5) Mendiskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan

Pasien mengatakan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya adalah orang sekitar tidak mau dekat dengannya dan ia merasa dikucilkan.

6) Menjelaskan dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik latihan nafas dalam dan memukul bantal.

- 7) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan latihan nafas dalam dan pukul bantal.
- 8) Menanyakan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan  
Pasien mengatakan perasaannya menjadi senang setelah dilatih untuk mengontrol marah.
- 9) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan latihan nafas dalam dan pukul bantal.
- 10) Masukkan kegiatan yang pasien lakukan ke jadwal kegiatan harian

Hari Jumat, 3 Februari 2023 pukul 09.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien perilaku kekerasan dengan cara:

- 1) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat (Benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan kontinuitas minum obat).
- 2) Mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan nafas dalam dan pukul bantal. Pasien mengatakan apabila perasaan marahnya mulai muncul maka pasien melakukan tindakan yang diajarkan oleh perawat.
- 3) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat (Benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan kontinuitas minum obat). Pasien mengatakan belum mengetahui 6 benar minum obat dan pasien mengatakan minum obat masih diawasi perawat.
- 4) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat menyebutkan 6 benar minum obat dan mengetahui masing-masing fungsi dari 6 poin tersebut.
- 5) Masukkan kegiatan yang pasien lakukan ke jadwal kegiatan harian.

Hari Sabtu, 4 Februari 2023 pada pukul 10.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan ketiga perilaku kekerasan dengan cara:

- 1) Mengevaluasi cara mengontrol kemarahan dengan latihan nafas dalam, pukul bantal dan minum 6 benar minum obat (Benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan kontinuitas minum obat. Pasien mengatakan apabila perasaan marahnya mulai muncul maka pasien

melakukan tindakan yang diajarkan oleh perawat, namun pasien mengatakan minum obat masih diingatkan oleh perawat.

- 2) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik. pasien mengatakan semenjak putus obat pasien selalu berbicara kasar, dan meminta dengan memaksa.
- 3) Berikan reinforcement setelah pasien dapat menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik melakukan kegiatan dan motivasi pasien melakukan kegiatan tanpa diingatkan perawat.
- 4) Menanyakan perasaan pasien  
Pasien mengatakan merasa senang dan nyaman ketika diajarkan perawat menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
- 5) Masukkan kegiatan yang pasien lakukan ke jadwal kegiatan harian.

Hari Senin, 6 Februari 2023 Pukul 10.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan (SP) keempat pada pasien perilaku kekerasan dengan cara :

- 1) Mengevaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan nafas dalam, pukul bantal, minum obat (6 benar), dan cara sosial atau verbal. Pasien mengatakan apabila perasaan marahnya mulai muncul maka pasien melakukan tindakan yang diajarkan oleh perawat, namun pasien mengatakan minum obat masih diingatkan oleh perawat, pasien mengatakan sudah mulai bisa menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
- 2) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan cara spiritual (sholat dan do'a). Pasien mengatakan selama diruangan melakukan sholat lima waktu kadang-kadang sholat subuh dan isya sering tertinggal
- 3) Menanyakan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan  
Pasien mengatakan perasaanya menjadi tenang setelah diajarkan dan diingatkan kembali untuk sholat dan berdo'a.
- 4) Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
- 5) Memasukkan pada jadwal kegiatan harian

**b. Diagnosis Keperawatan Harga Diri Rendah**

Penulis melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan prioritas kedua Harga diri rendah yang dilakukan dari tanggal 2 februari 2023 sampai 11 Februari 2023.

Hari Kamis, 2 Februari 2023 pukul 13.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 yang dilakukan dengan cara :

- 1) Identifikasi tentang pandangan/penilaian pasien terhadap diri sendiri dan pengaruh terhadap orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai. Pasien mengatakan dirinya tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena pasien tidak mampu membuat orangtuanya merasa bangga sebab dirinya belum mempunyai pekerjaan. Pasien juga mengatakan ia seringkali mendengar ejekan dari lingkungan masyarakat tentang dirinya, pasien berharap untuk cepat sembuh dan bisa membantu ibunya dirumah. Pasien saat ini berusaha dengan baik mengikuti arahan dari perawat di RSJ seperti minum obat yang teratur
- 2) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien dan bantu pasien menilai kemampuan kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan yang dapat dilaksanakan)
- 3) Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan  
Pasien memilih kegiatan merapikan tempat tidur, menyapu, menyiapkan makanan, dan membersihkan meja
- 4) Bantu pasien memilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih  
Pasien memilih kegiatan merapikan tempat tidur untuk latihan pertama.
- 5) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya).
- 6) Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan harian

Hari Jumat, 3 Februari 2023 pukul 11.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke dua yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah  
Pasien mengatakan dirinya merasa senang setelah melakukan kegiatan merapikan tempat tidur.
- 2) Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian.

- 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama  
Pasien mengatakan tempat tidurnya menjadi rapi dan tidak berantakan lagi
- 4) Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih  
Pasien memilih kegiatan menyapu lantai untuk latihan yang kedua.
- 5) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya).  
Pasien menyiapkan alat sapu, skop dan tempat sampah
- 6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua.

Hari Sabtu, 4 Februari 2023 pukul 12.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ketiga yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah  
Pasien mengatakan dirinya merasa senang setelah melakukan kegiatan membersihkan tempat tidur dan mengepel lantai
- 2) Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian
- 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua  
Pasien mengatakan tempat tidurnya menjadi rapi tidak berantakan lagi dan lantai menjadi bersih
- 4) Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih  
Pasien memilih kegiatan menyiapkan makanan untuk latihan yang ke tiga
- 5) Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)
- 6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan tiga kegiatan

Hari Senin, 6 Februari 2023 pukul 12.30 WIB, dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-4 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah  
Pasien mengatakan dirinya merasa senang setelah melakukan kegiatan membersihkan tempat tidur, menyapu lantai, dan menyiapkan makanan untuk teman-temannya Selain senang, klien mengatakan ia merasa lebih berguna dan punya banyak kegiatan.
- 2) Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian

- 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga  
Pasien mengatakan setelah melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga, tempat tidurnya menjadi rapi dan lantai ruangan menjadi lebih bersih serta ia dapat membantu perawat dalam menyiapkan makanan untuk teman-temannya yang lain.
- 4) Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih  
Kegiatan pasien yang terakhir adalah membersihkan meja
- 5) Latih kegiatan keempat (alat dan cara melakukannya)  
Pasien mengatakan alat yang diperlukan untuk membersihkan meja adalah sabun untuk membersihkan meja air bersih, dan kain lap.
- 6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

c. **Diagnosis Keperawatan Halusinasi**

Penulis melakukan implementasi pada diagnosis Keperawatan prioritas ke ketiga halusinasi yang dilakukan dari tanggal 2 Februari s/d 11 Februari 2023.

Hari Selasa, 7 Februari 2023 dilakukan strategi pelaksanaan (SP) 1 pada pasien halusinasi yang dilakukan dengan cara :

- 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien  
Pasien mengatakan satu minggu sebelum masuk rumah sakit pasien mendengar dan melihat bayang yang menganggunya.
- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien  
Pasien mengatakan suara tersebut menyebut namanya dan bayangan tersebut melihat dengan tatapan tajam
- 3) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien  
Pasien mengatakan sebelum satu minggu sebelum masuk rumah sakit bayangan dan suara tersebut datang tidak menentu, kadang datang kadang tidak.
- 4) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien  
Pasien mengatakan waktu terjadinya halusinasi paling sering pada malam hari sebelum pasien tidur.

- 5) Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi  
Pasien mengatakan faktor pencetus yang menimbulkan terjadinya halusinasi adalah saat pasien sendiri.
- 6) Mengidentifikasi perasaan pasien saat halusinasi muncul, pasien mengatakan perasaan saat halusinasi datang adalah pasien merasa marah, cemas dan khawatir bayangan tersebut akan mencelakai dirinya.
- 7) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi  
Pasien mengatakan biasanya saat halusinasi tiba dia akan berteriak dan melempar bayangan tersebut.
- 8) Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi  
Pasien mengatakan yang dilakukan pasien saat halusinasi datang adalah berteriak, menutup mata dan melempar bayangan
- 9) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 10) Tanyakan perasaan pasien  
Pasien mengatakan merasa senang dan nyaman ketika diajarkan perawat mengontrol halusinasi
- 11) Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan dan motivasi pasien untuk melakukan latihan tersebut apa bila halusinasi terjadi.
- 12) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien.

Hari Rabu, 8 Februari 2023 dilakukan strategi pelaksanaan (SP) 2 pada pasien halusinasi dengan cara :

- 1) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi  
Pasien mengatakan halusinasi tersebut sudah jarang datang, namun sesekali terdengar suara yang memanggil namanya.
- 2) Memvalidasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian pasien mengatakan jenis halusinasi yang dialami adalah halusinasi pendengaran dan penglihatan

- 3) Mengevaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik  
Pasien mengatakan manfaat dari menghardik adalah membuatnya dapat mengontrol halusinasi yang terjadi.
- 4) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. (Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak minum sesuai program, akibat yang ditimbulkan bila putus obat, cara mendapatkan obat, jelaskan prinsip 6 benar minum obat : jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas.
- 5) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat menyebutkan 6 benar minum obat dan mengetahui masing-masing fungsi dari 6 poin tersebut
- 6) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

Hari Kamis, 9 Februari 2023 dilakukan strategi pelaksanaan (SP) 3 pada pasien halusinasi dengan cara :

- 1) Mengevaluasi gejala halusinasi  
Pasien mengatakan gejala halusinasi yang dirasakan adalah mendengar suara yang menyebut namanya, dan pasien mengatakan suara tersebut sudah jarang datang
- 2) Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengontrol kekambuhan halusinasi dengan menghardik, dan minum obat sesuai jadwal pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan menghardik karena halusinasi tidak terjadi
- 3) Mengevaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap- cakap saat halusinasi terjadi Pasien mengatakan latihan bercakap-cakap dapat mengontrol halusinasi yang terjadi
- 4) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan dan motivasi pasien untuk melakukan kegiatan menghardik apabila halusinasi terjadi
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

Hari Jumat, 11 Februari 2023 dilakukan strategi pelaksanaan (SP) 4 pada pasien halusinasi dengan cara :

- 1) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi  
Pasien mengatakan suara dan bayangan tidak pernah datang dalam beberapa hari ini.
- 2) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain
- 3) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan mengontrol kegiatan harian (mencuci gelas dan lap meja) . Pasien mengatakan selama dirawat tidak pernah melakukan kegiatan, pasien hanya duduk, dan sesekali bercerita dengan teman.
- 4) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan dan motivasi pasien untuk melakukan kegiatan.
- 5) masukkan ke jadwal harian.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan didapatkan berdasarkan hasil dari implementasi keperawatan yang telah dilakukan. Dimana peneliti melakukan implementasi dari 3 diagnosis keperawatan yang diangkat yaitu perilaku kekerasan, harga diri rendah dan halusinasi. Semua masalah dapat teratasi berdasarkan pengamatan yang telah dilakukan selama 9 hari.

### **a. Diagnosis Keperawatan Perilaku Kekerasan**

Hasil evaluasi keperawatan terhadap Bapak.R pada tanggal 2 Februari 2023 untuk diagnosis keperawatan utama yaitu Perilaku Kekerasan, dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) pertama adalah pasien mampu untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal. Cara melakukan teknik tarik nafas dalam yaitu pasien dapat merileks kan seluruh anggota tubuh, kemudian menghirup udara melalui hidung lalu tahan beberapa detik setelah itu hembuskan secara perlahan. Data objektif yang peneliti temukan pasien tampak memahami cara melakukan teknik nafas dalam dan memperagakan kembali latihan tersebut. Dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan pertama pasien mampu melakukan secara mandiri teknik nafas dalam, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua perilaku kekerasan.

Hari Jumat, 3 Februari 2023 hasil evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan kedua yaitu 6 benar minum obat, pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang setelah minum obat, pasien mengatakan mengantuk ketika minum obat. Pasien tampak tenang setelah minum obat, tidak tampak perilaku gelisah yang ditemukan, namun bingung dan pandangan tajam masih ditemukan, pasien tampak tidur setelah 15 menit minum obat, dan pasien tidak bisa minum obat sendiri dan selalu dibantu dan diawasi perawat, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ke dua pasien mampu minum obat dengan bantuan dan pengawasan perawat tindakan strategi pelaksanaan kedua belum optimal, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tetap dipantau , dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga perilaku kekerasan yaitu melatih cara sosial dan verbal.

Hari Sabtu, 4 Februari 2023 hasil evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ketiga yaitu melatih cara sosial dan verbal, pasien mengatakan kurang mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya, sehingga ketika masalahnya sudah menumpuk menyebabkan pasien marah dan mengamuk, namu pasien mengatakan setelah diajarkan cara verbal dan sosial pasien sudah mulai mampu mengungkapkan perasaannya, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak meminta dan menolak dengan baik dengan teman-teamnnya, berbicara dengan baik selama interaksi, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ketiga pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat perilaku kekerasan yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Hari Senin, 6 Februari 2023 hasil evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan keempat yaitu melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, pasien mengatakan melakukan sholat 5 waktu setiap hari, sesekali pasien melakukan sholat dhuha, pasien mengatakan ketika mulai marah sudah mulai mengucapkan istigfar, dari hasil objektif yang ditemukan

pasien tampak tenang, pasien mampu memahami dan memperagakan cara mengontrol marah dengan cara latihan spiritual. Dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ke empat pasien pasien mampu melakukan latihan spiritual untuk mengontrol marah dengan cara shalat dan beristighfar secara mandiri sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnosa prioritas ke dua Harga Diri Rendah. Evaluasi keperawatan pada diagnosis prioritas ke dua yaitu Harga Diri Rendah

**b. Diagnosis Keperawatan Harga Diri Rendah**

Hasil evaluasi keperawatan terhadap Bapak. R pada hari Kamis, 2 Februari 2023 untuk diagnosis prioritas kedua yaitu harga diri rendah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) pertama yaitu pasien sudah mampu mengetahui pentingnya bergaul dan punya banyak teman, dan pasien mengetahui kerugian jika mengurung diri atau menjauhi orang lain, pasien dapat menyebutkan kemampuan yang dapat di kerjakannya seperti memebersihkan tempat tidur, menyapu lantai, menyiapkan makanan dan mengelap meja.

Hari Jumat, 3 Februari 2023, hasil evaluasi strategi pelaksanaan harga diri rendah kedua yaitu latihan kegiatan kedua, pasien dapat melakukan kegiatan menyapu lantai dengan lebih bersih dan mampu membedakan antara menyapu dengan hasil yang kurang bersih dengan menyapu hasil yang bersih. Pasien mengatakan merasa senang setelah melakukan latihan kegiatan kedua yaitu menyapu lantai. Hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah kedua, pasien mampu melakukan kegiatan secara mandiri sesuai dengan yang diajarkan perawat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga harga diri rendah yaitu latihan kegiatan menyiapkan makanan.

Hari Sabtu, 4 Februari 2023, hasil evaluasi strategi pelaksanaan kedua yaitu melatih harga diri rendah dengan cara melakukan kegiatan menyiapkan

makanan pasien lainnya. Bapak. R mengatakan setelah melakukan kegiatan tersebut dirinya merasa senang karena dapat membantu perawat dalam menyiapkan makanan untuk teman-temannya, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak menyukai latihan kegiatan tersebut, namun pasien masih memerlukan bimbingan untuk kegiatan menyiapkan makanan. Hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan ketiga harga diri rendah ketiga kurang optimal, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tetap dipantau, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat harga diri rendah yaitu latihan membersihkan meja atau mengelap meja.

Hari Senin, 7 Februari 2023 hasil evaluasi strategi pelaksanaan harga diri rendah keempat yaitu melatih melakukan kegiatan mengelap meja, pasien mengatakan setelah diajarkan cara mengelap meja, pasien merasa senang dan tidak merasa bosan, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak mengelap meja, setelah selesai makan, kegiatan ini dilakukan secara mandiri oleh pasien, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah keempat pasien, pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan keempat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnose prioritas ke tiga Halusinasi

**c. Diagnosis Keperawatan Halusinasi**

Hasil evaluasi keperawatan terhadap Bapak. R pada hari Selasa, 7 Februari 2023 untuk diagnosis keperawatan halusinasi dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP) pertama yaitu pasien mampu melakukan latihan cara menghardik untuk mengontrol apabila halusinasi terjadi. Sebelum dilakukan strategi pelaksanaan menghardik pasien sering mendengar suara suara aneh, suara tersebut muncul ketika pasien akan tidur terjadi pada pagi, siang dan malam hari dala waktu 10 menit. Setelah di ajarkan cara menghardik halusinasi menjadi berkurang dari yang biasa bisa 2-3 kali sehari sekarang menjadi 1-2 kali sehari yaitu pada waktu pasien tidur di malam hari. Pasien mengatakan apabila suara tersebut muncul pasien melakukan cara menghardik

yaitu dengan cara menutup telinga dengan menggunakan kedua telapak tangan sambil berteriak “Pergi Kau Suara Palsu Aku Tidak Mau Mendengarkan Mu”. dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak melakukan latihan menghardik apabila pasien mulai merasakan halusinasi, dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi pertama pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan pertama, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua halusinasi.

Hari Rabu, 8 Februari 2023 hasil evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi kedua yaitu 6 benar minum obat. Pasien mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan, suara tersebut muncul sudah berkurang 1 kali dalam sehari. Pasien mengatakan ada melakukan tindakan menghardik secara mandiri saat suara tersebut muncul. Pasien mengatakan senang diajarkan tentang 6 benar minum obat, pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang setelah minum obat, pasien mengatakan mengantuk ketika minum obat, tidak tampak perilaku gelisah yang ditemukan, namun bingung masih ditemukan, pasien tampak tidur setelah 15 menit minum obat, dan pasien tidak bisa minum obat sendiri dan selalu dibantu dan diawasi perawat, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi ke dua pasien mampu minum obat dengan bantuan dan pengawasan perawat tindakan strategi pelaksanaan kedua belum optimal, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tetap dipantau , dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga halusinasi.

Hari Kamis, 9 Februari 2023 hasil evaluasi strategi pelaksanaan ketiga yaitu melatih halusinasi dengan cara bercakap-cakap. Pasien mengatakan sudah mulai berkurang mendengar suara palsu atau bisikan tersebut, pasien mengatakan ada melakukan latihan menghardik secara mandiri dan masih di dibantu perawat untuk minum obat. Pasien mengatakan akan melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan teman apabila suara tersebut muncul. Dari hasil observasi yang ditemukan pada pasien tampak berbicara dan mengontrol dengan teman sekitar, namun pembicaraan sebentar, pasien langsung diam

karena tidak ada topic yang akan dibicarakan, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi ketiga pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat halusinasi.

Hari Jumat, 10 Februari 2023 hasil evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi keempat yaitu melakukan aktivitas sehari-hari terjadwal. Pasien sudah melakukan latihan menghardik, 6 benar minum obat dan latihan bercakap-cakap dengan orang lain secara mandiri. Pasien mengatakan suara bisikan itu muncul sudah berkurang. Pasien mengatakan paham tentang strategi pelaksanaan melakukan aktivitas sehari-hari sehingga membuat suara bisikan tersebut jarang terdengar. Pasien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari seperti mencuci gelas dan mengelap, pasien mengatakan setelah diajarkan gelas dan mengelap meja pasien merasa senang dan melakukan kegiatan, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak mencuci gelas dan mengelap meja setelah selesai makan, kegiatan ini dilakukan secara mandiri oleh pasien, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi keempat pasien, pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan keempat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, serta strategi pelaksanaan akan dihentikan.

#### **6. Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan yang dilakukan dengan melakukan pencatatan pada setiap kali tindakan dilakukan pada pasien, agar pemberian tindakan strategi pelaksanaan lebih terstruktur.

### **B. Pembahasan Kasus**

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada Bapak.R dengan perilaku kekerasan Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang, maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang di peroleh saat penulis melakukan penelitian. Penulis juga akan membahas

kesulitan yang ditemukan dalam memberikan asuhan keperawatan partisipan dengan perilaku kekerasan, dalam penyusunan penulis melakukan suatu proses diantaranya pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi dengan uraian dibawah ini :

## **1. Pengkajian Keperawatan**

### **a. Keluhan utama**

Penelitian yang dilakukan pada Bapak.R ditemukan data pasien dirawat karena alasan masuk pasien adalah sebulan sebelum masuk rumah sakit pasien memakai ganja dan sabu dan satu tahun terakhir sering mengamuk tanpa alasan. Pasien mengatakan kalau emosi sudah datang pasien akan melempar barang-barang yang ada didekat pasien. Pasien marah-marah kepada orang sekitar, gelisah membuang-buang barang, curiga pada orang lain, bicara ngacau, mengamuk tanpa sebab, mengancam membunuh orang lain, bicara dan tetawa sendiri.

Berdasarkan hasil penelitian dari (Sari, 2018) yang dilakukan di RSJ. HB. Sa'aanin Padang ditemukan bahwa keluhan utama dan alasan masuk dari pasien dengan perilaku kekerasan di ruang Merpati adalah pasien gelisah, membuang-buang barang, menyakiti orang lain, dan berbicara tidak jelas.

Berdasarkan penjelasan dalam buku mengenai Konsep dan Kerangka Asuhan Keperawatan Jiwa tahun 2013 yang disusun oleh Dermawan memaparkan bahwa tanda dan gejala pasien dengan perilaku kekerasan adalah marah-marah, mengamuk, pandangan yang tajam, merusak barang, dan mengancam orang secara verbal maupun fisik (Dermawan, 2013).

Hasil penelitian yang ditemukan oleh peneliti sesuai dan sejalan dengan teori yang dijelaskan oleh Dermawan dan dari hasil penelitian Sari. Dimana keluhan utama yang dialami oleh pasien dengan perilaku kekerasan diantaranya, marah-marah, mengamuk, membuang buang barang, bicara ngacau, tidak ditemukan keluhan utama yang bersifat tindakan melukai dirinya sendiri, pasien lebih cenderung bertindak kekerasan utuk orang lain dan lingkungannya.

### **b. Faktor Predisposisi**

Pasien mengalami gangguan jiwa sejak 5 tahun yang lalu pada tahun 2018. Dengan tanda dan gejala sering marah-marah tanpa sebab, berbicara kasar,

membuang barang-barang, berbicara dan tertawa sendiri. Pasien juga memakai napza. Pasien selama ini melakukan rawat jalan di rumah sakit jiwa HB Saanin Padang. Pasien selama satu tahun terakhir sangat teratur minum obat dan rutin kontrol dan selalu diawasi oleh keluarga, namun beberapa bulan sebelum kambuh pasien putus obat. Pasien pernah menjadi pelaku tindakan kekerasan dengan cara memukul temannya Karen emosi, korban tidak memberikan uang yang dimintanya serta pasien juga merasa diejek oleh temannya karena memiliki gangguan jiwa dan pasien tidak pernah mengalami aniaya seksual. Pasien mengatakan ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu nenek pasien.

Hasil penelitian (Hidayat et al., 2015) menyatakan bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan pasien mengalami gangguan jiwa meliputi faktor biologis yaitu faktor yang mengalami gangguan jiwa, adanya resiko bunuh diri, penggunaan NAPZA diantaranya menghisap ganja riwayat penggunaan zat adiktif. Kondisi psikologis pasien yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam kehidupan, kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realitas seperti kemiskinan, konflik sosial budaya dan kegagalan dalam hubungan sosial.

Sementara itu dalam Buku Keperawatan Jiwa, Anfuhazi padatahun 2020 memaparkan bahwa ada beberapa faktor predisposisi yang dapat menyebabkan pasien NAPZA dengan masalah perilaku kekerasan diantaranya dikarenakan psikologis, perilaku, sosial budaya dan bioneurologis (Anfuhazi, 2020).

Berdasarkan analisa peneliti, hasil penelitian yang didapatkan sesuai dan sejalan dengan hasil penelitian oleh Hidayat dan teori yang dijelaskan oleh Anfuhazi. Dimana pada pasien yang ditemukan peneliti, pasien mengatakan ingin berubah dan segera keluar dari rumah sakit dan ingin menjalankan hidup seperti manusia normal lain. Berdasarkan faktor predisposisi diatas peneliti berasumsi bahwa penyebab pasien mengalami gangguan jiwa adalah dari faktor biologi yaitu dampak dari penggunaan ganja yang digunakan pasien, kondisi ini memeberikan pengaruh pada kinerja otak pasien.

c. Status mental

Status mental pada Bapak.R diantaranya adalah penampilan pasien kurang rapi, tidak berbau, nada bicara keras, terkadang pasien tiba-tiba terhenti dalam menjawab pertanyaan dan pertanyaan yang dijawab diluar dari topik yang dibicarakan. Alam perasaan Bapak.R adalah khawatir berada di rumah sakit, interaksi selama wawancara Bapak.R mudah tersinggung, mudah curiga. Presepsi Bapak.R melihat bayangan dan mendengar suara bisikan. Proses pikir Bapak.R Pasien berbicara dengan berbelit-belit tetap sampai pada tujuan pembicaraan. Isi pikiran Tn.R adalah curiga dengan orang lain, dan pasien takut dan gelisah tidak ada keluarga yang membesuknya, tampak pasien sering berdiri didepan pintu untuk melihat apakah keluarganya ada yang datang. Kondisi afek Bapak.R adalah perubahan irama perasaan yang cepat dan tiba-tiba yang tidak berhubungan dengan stimulasi eksternal.

Afek adalah perilaku yang berhubungan dengan agresif, yang dapat dinilai dari ekspresi, wajah, pembicaraan, marah, permusuhan. mudah teransang dan berlebih-lebihan (Muhith, 2015).

Berdasarkan data peneliti bahwa kejadian yang didapatkan di lapangan sesuai dengan teori yang ada dan tidak terdapat perbedaan kondisi status mental pasien di lapangan dan dengan teori yang telah ada, asumsi peneliti bahwa status mental yang dialami pasien perilaku kekerasan adalah kondisi afek yang labil, cepat dan tiba-tiba, alam perasaan curiga pada orang lain, Pasien berbicara dengan berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan. kondisi status mental merupakan suatu hal yang harus di amati oleh perawat untuk mengetahui sejauh mana kondisi perilaku kekerasan mempengaruhi seluruh aspek mental pasien dengan perilaku kekerasan, serta dalam hal ini perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan harus mampu membimbing pasien untuk mampu kembali dalam status mental yang optimal tanpa pengaruh tindakan perilaku kekerasan.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah pada pasien yang diteliti yaitu pada Bapak.R. Perilaku Kekerasan menjadi *Core problem*, harga diri rendah dan halusinasi sebagai penyebab, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain sebagai akibat. Hal ini tidak sesuai dengan Buku Keperawatan Jiwa tahun 2016 yang disusun oleh

Nurhalimah bahwa pohon masalah pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko bunuh diri sebagai akibat (Nurhalimah, 2016).

Peneliti menemukan rumusan diagnosis keperawatan pada Bapak.R dengan perilaku kekerasan sebagai core problem, Harga diri rendah dan halusinasi sebagai penyebab, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain sebagai akibat.

Prioritas masalah pertama yaitu **perilaku kekerasan**. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosis adalah dengan data objektif, subjektif, dan alasan masuk Rumah Sakit Jiwa, seperti pasien gelisah, membuang barang, pasien suka emosi secara tiba-tiba, pasien tampak curiga kepada orang lain, bicara ngacau, mengancam membunuh orang lain, dan pandangan tajam.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hasannah, 2019) yaitu data yang mendukung suka emosi, membuang barang, curiga kepada orang lain dan mengancam membunuh orang lain.

Pertanyaan tersebut sesuai dalam Buku Terapi Aktivitas Kelompok pada tahun 2021 yang disusun oleh Keliat menjelaskan bahwa yang merupakan tanda dan gejala dari perilaku kekerasan yaitu pasien sering marah, mengatakan kesal pada orang lain, merusak barang-barang yang ada di sekitar dan mengancam orang lain (Keliat, 2021)..

Prioritas kedua diagnosis keperawatan yang diambil pada Bapak.R yaitu **Harga Diri Rendah**. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosis harga diri rendah yaitu data subjektif seperti pasien mengatakan semenjak sakit pasien dikucilkan oleh saudara kandung dan masyarakat, pasien mengatakan gagal dalam menjalankan perannya sebagai seorang anak, klien tidak mampu membuat orang tuanya merasa bangga sebab dirinya belum memiliki pekerjaan.

Prioritas ketiga diagnosis keperawatan yang diambil pada Bapak.R yaitu **Halusinasi**. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosis halusinasi yaitu data subjektif seperti satu minggu sebelum masuk RSJ pasien bicara dan tertawa sendiri, mendengar suara bisikan, pasien mengatakan suara tersebut seperti memanggil nama pasien dan menyuruh untuk menyakiti orang yang berada di dekat pasien. Waktu terjadinya halusinas tersebut pada pagi, siang dan malam haru, suara bisikan tersebut muncul ketika pasien lagi tidak ada kegiatan dan akan mau tidur.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Malau, 2021) yang mengatakan bahwa diagnosis keperawatan pada pasien halusinasi dengan data pendukung yaitu pasien mengatakan mendengar suara bisikan, pasien mengatakan suara bisikan muncul ketika pasien tidak melakukan kegiatan dan akan tidur, pasien tampak gelisah dan berbicara sendiri.

Data temuan peneliti pada diagnosis prioritas ketiga sesuai dengan Buku Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan tahun 2014 yang dikemukakan Prabowo bahwa masalah keperawatan yang mungkin muncul sebagai penyebab pada pasien dengan perilaku kekerasan salah satunya adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi dengan tanda dan gejala yaitu mendengar suara mengajak bicara, mendengar suara kegaduhan, berbicara dan tertawa sendiri (Prabowo, 2014).

### **3. Rencana Keperawatan**

Sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada partisipan yaitu perilaku kekerasan, Harga diri rendah, halusinasi, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain. Perawat membuat rencana keperawatan yang terstandar dengan membuat strategi pelaksanaan (SP) terhadap partisipan.

Rencana keperawatan untuk strategi pelaksanaan tindakan keperawatan diagnosis pertama perilaku kekerasan pada partisipan yaitu pada strategi pelaksanaan (SP) 1 pasien, perawat membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perilaku kekerasan, mendiskusikan akibat perilaku kekerasan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik seperti latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal. Strategi pelaksanaan (SP) 2 pasien, mengevaluasi kemampuan melakukan latihan fisik yaitu latihan nafas dalam dan pukul bantal dan beri pujian, perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan 6 benar minum obat. Strategi pelaksanaan (SP) 3 pasien, mengevaluasi kemampuan melakukan latihan fisik, dan kemampuan patuh minum obat lalu beri pujian, perawat menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik). Strategi pelaksanaan (SP) 4 pasien, mengevaluasi kemampuan pasien melakukan latihan fisik, 6 benar minum obat dan latihan verbal serta beri pujian, perawat menjelaskan dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan spiritual (berwudhu, shalat, zikir dan berdoa). Berdasarkan teknik dan prosedur yang telah dilakukan perawat, komunikasi pada tahap orientasi yang masih sering dilupakan untuk dilakukan

sehingga pasien masih merasa asing dengan perawat, tetapi perawat sudah memberikan tindakan terhadap responden yang sekaligus sebagai pasien dalam penelitian ini.

Menurut Buku Keperawatan Jiwa Mengenai Terapi Aktivitas Kelompok yang disusun oleh Keliat tahun 2021, mengatakan bahwa strategi pelaksanaan yang dilakukan pada perilaku kekerasan adalah pasien dapat menyebutkan penyebab munculnya kemarahan, respon yang dirasakan, reaksi yang dilakukan saat marah dan dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan. SP yang dilakukan adalah latihan cara teknik nafas dalam, 6 benar minum obat, latihan verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) dan latihan spiritual (berwudhu, shalat, zikir, dan berdoa) (Keliat, 2021).

Menurut hasil penelitian lain oleh (Famela et al., 2022) mengungkapkan bahwa intervensi keperawatan untuk diagnosis perilaku kekerasan adalah membina hubungan saling percaya, tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan dan melakukan strategi pelaksanaan untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal, 6 benar minum obat, latihan verbal dan latihan spiritual.

Rencana keperawatan untuk strategi pelaksanaan tindakan keperawatan diagnosis kedua harga diri rendah pada partisipan yaitu dilakukan dengan diskusi tentang aspek positif yang dimiliki pasien dengan cara : membuat daftar kegiatan pasien seperti merapikan tempat tidur, menyapu lantai, membersihkan peralatan makanan, melap meja dan sebagainya. Membantu pasien memilih kegiatan yang dilakukan, melatih pasien untuk melaksanakan kegiatan yang dipilih, memberikan pujian atas kegiatan pasien, dan menyusun jadwal pasien yang dilatih dalam rencana harian.

Penyusunan rencana keperawatan terhadap partisipan telah sesuai dengan rencana. Menurut Buku tentang Keperawatan Jiwa mengatakan pasien yang melakukan strategi pelaksanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai (Keliat, 2021)

Rencana keperawatan yang dilakukan untuk diagnosis keperawatan prioritas ketiga pada partisipan yaitu halusinasi. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien terdapat empat yaitu, strategi pelaksanaan (SP) 1 perawat membina hubungan saling percaya pada pasien, bantu pasien mengenal isi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, serta upaya

yang dilakukan apabila halusinasi tersebut muncul, atihan pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara menghardik. Strategi pelaksanaan (SP) 2 perawat mengevaluasi kemampuan pasien menghardik halusinasi dan beri pujian, melatih pasien 6 benar minum obat. Strategi pelaksanaan (SP) 3 perawat mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, 6 benar minum obat dan beri pujian, perawat menjelaskan dan melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Strategi pelaksanaan (SP) 4 mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, 6 benra minum obat dan bercakap-cakap dengan orang lain lalu beri pujian, perawat menjelaskan dan melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan Buku Keperawatan Jiwa tentang Terapi Aktivitas Kelompok yang disusun oleh Keliat menjelaskan intervensi yang dilakukan pada pasien untuk diagnosis halusinasi menggunakan strategi pelaksanaan pasien. Strategi pelaksanaan (SP) yaitu membina hubungan saling percaya, mendiskusikan dengan pasien isi halusinasi, frekuensi waktu terjadi, situasi pencetus munculnya halusinasi dengan perasaan pasien. Mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dengan cara tutup telinga sambil mengatakan “Kamu Suara Palsu, pergi aku tidak mau mendengar kamu”, 6 benar minum obat, mencegah halusinasi dengan cara bercakap-cakap dan melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2021).

Menurut penelitian dari (A, Yoga, Darjati, 2022) menjelaskan bahwa pada SP yang dilakukan pada pasien halusinasi terdapat 4 bagian yaitu pertama melakukan monitoring tentang halusinasi, isi, frekuensi dan situasi yang menimbulkan munculnya halusinasi. Selanjutnya mengajarkan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, latihan kedua cara mengontrol halusinasi yaitu 6 benra minum obat, ke tiga tentang bercakap-cakap dan latihan yang ke empat melakukan aktivitas sehari-hari terjadwal.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan peneliti sesuai dengan rencana keperawatan. Implementasi keperawatan pada diagnosis pertama yaitu perilaku kekerasan dilakukan dengan cara bina hubungan saling percaya, membantu pasien mengungkapkan perasaan, bantu pasien untuk mengungkapkan tanda perilaku kekerasan, diskusikan dengan pasien keuntungan dan kerugian dari perilaku

kekerasan, dan ajarkan pasien untuk mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan yang dapat dilakukan dengan menggunakan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 yaitu SP 1 : latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal, strategi pelaksanaan (SP) 2 : 6 benar minum obat, strategi pelaksanaan (SP)3 : latihan verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik) dan strategi pelaksanaan (SP) 4 : latihan spiritual, lalu masukkan kedalam jadwal harian pasien. Sebagaimana penjelasan dalam Buku Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa tahun 2018 yang disusun oleh Sutejo menyebutkan bahwa pengobatan pasien dengan masalah perilaku kekerasan melalui asuhan keperawatan sesuai dengan strategi pelaksanaan pada pasien seperti mengontrol dengan cara tarik nafas dalam, patuh minum obat, latihan secara verbal dan spiritual (Sutejo, 2018)

Implementasi keperawatan diagnosis kedua yaitu harga diri rendah dilakukan dengan mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien (membuat daftar kegiatan pasien), membantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan), buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan pasien saat berada dirumahsakit, membantu pasien memilih kegiatan berdasarkan daftar kegiatan yang dapat dilakukan untuk dilatih saat pertemuan pertama yaitu merapikan tempat tidur, untuk latihan kedua menyapu lantai, latihan ketiga, menyiapkan makanan, dan latihan keempat mengelap meja atau membersihkan meja.

Implementasi keperawatan diagnosis ketiga yaitu halusinasi dilakukan dengan membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, menjelaskan dan melatih pasien untuk mengontrol halusinasi dengan cara SP 1 menghardik halusinasi, SP 2 patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat, SP 3 bercakap cakap dengan orang lain dan SP 4 melakukan kegiatan aktivitas terjadwal.

Dalam pemberian implementasi keperawatan peneliti juga memberikan reinforcement positif terhadap pasien, dengan memberikan reinforcement partisipan tampak bersemangat melakukan strategi pelaksanaan (SP) yang diberikan peneliti. Hal ini didukung oleh reinforcement positif yang dapat

memudahkan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan dapat memberikan motivasi pada pasien (Andri et al., 2019).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atastindakan yang diberikan. Pada tahap evaluasi yang dilakukan pada 2 Februarisampai 11 Februari 2023 dengan evaluasi 3 prioritas masalah utama perilaku kekerasan, harga diri rendah dan halusinasi. Ketiga masalah tersebut dapat teratasi.

Diagnosis perilaku kekerasan dapat teratasi, hal ini dibuktikan dengan pengamatan peneliti selama 9 hari. Pasien mampu mempraktekkan strategi pelaksanaan 1 sampai 4 perilaku kekerasan yaitu latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal, 6 benra minum obat, latihan verbal dan spiritual. Adapun perilaku yang muncul pada pasien mampu mengontrol amarahnya dan tidak menciderai orang lain.

Diagnosis Harga diri rendah yaitu pasien mulai membina hubungan saling percaya yang ditandai dengan duduk berhadapan dan berjabat tangan. Pasien mampu merapikan tempat tidur, menyapu, menyiapkan makanan, dan melap meja makan jika diingatkan oleh perawat.

Diagnosis halusinasi dapat teratasi yaitu pasien mampu mempraktekkan strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, 6 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan aktivitas. Adapun perilaku yang muncul pada pasien dapat tidur dengan nyenyak dan beraktivitas dengan tenang.

Hasil penelitian dari (Supratti & Ashriady, 2018) menjelaskan evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada pasien. Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi terdiri dari dua bagian yaitu evalausi proses dan evaluasi formatif, dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon partisipan pada tujuan yang telah ditentukan (Anfuhazi, 2020)

Menurut pendapat (Muhith, 2015) mengatakan evaluasi merupakan mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai dan mengobservasi perilaku pasien dengan mengidentifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarah pasien, bagaimana keadaan pasien saat marah dan benci pada orang tersebut, sudahkan pasien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain, apakah pasien sudah mampu mengekspresikan yang berbeda, pasien mampu menggunakan aktivitas fisik untuk mengurangi perasaan marah, mampu mentoleransi rasa marahnya, konsep diri pasien sudah meningkat, dan kemandirian dalam berfikir dan aktivitas meningkat.

Rencana tindak lanjut pada partisipan adalah perawat tetap harus mengevaluasi kegiatan strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan pada partisipan dan pada saat peran keluarga juga harus dilibatkan dalam evaluasi kegiatan partisipan dan anjurkan memberikan penguatan positif, lebih mengoptimalkan peran perawat dalam membina interaksi atau hubungan sosial pasien dengan kelompok. Hal ini sesuai dengan teori (Prabowo, 2014), menyatakan pada evaluasi sangat diperlukan reinforment untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan self-reinforcement.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan dan hasil dari pembahasan pada partisipan Bapak. R dengan Perilaku Kekerasan dengan penyalahgunaan Napza di RSJ Prof. HB Saanin Padang tahun 2023, maka di dapatkan kesimpulan sebagai berikut:

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian keperawatan**

Pada proses pengkajian penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Pada etiologi disebutkan faktor predisposisi dari perilaku kekerasan antara lain adalah faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural. Berdasarkan hasil pengkajian pada Partisipan Bapak. R ditemukan faktor predisposisi penyebab perilaku kekerasan adalah faktor biologis yaitu adanya Zat Adiktif .

##### **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis yang muncul pada pasien Bapak. R ditemukan diagnosis keperawatan perilaku kekerasan sebagai masalah utama, Harga diri rendah dan halusinasi sebagai penyebab, dan resiko menciderai orang lain sebagai akibat, alasan diambilnya resiko menciderai orang lain adalah karena pasien cenderung untuk melampiaskan perilaku kekerasannya pada orang lain dan lingkungannya. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara teori dan kasus yang ditemukan, karena pada teori dijelaskan bahwa diagnosis yang muncul adalah perilaku kekerasan sebagai masalah utama, harga diri rendah dan halusinasi sebagai penyebab , dan resiko bunuh diri sebagai akibat.

##### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi yang dirumuskan sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan kepada pasien. Intervensi keperawatan untuk masalah keperawatan ditemukan sesuai dengan teori. Diagnosis yang pertama perilaku kekerasan yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal, 6 benar minum obat, latihan verbal dan spiritual. Diagnosis kedua Harga diri rendah yaitu dilakukan dengan diskusi tentang aspek positif

pasien dalam bentuk: membuat daftar kegiatan pasien, membantu pasien memilih kegiatan, melatih pasien melaksanakan kegiatan, memberi pujian pada pasien, dan menyusun rencana kegiatan. Diagnosis ketiga halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan menghardik, 6 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan aktivitas.

#### 4. Implementasi keperawatan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien. Pelaksanaan keperawatan yang sudah peneliti lakukan perilaku kekerasan terdapat beberapa pelaksanaan keperawatan yang sudah peneliti lakukan diantaranya strategi pelaksanaan 1 sampai 4 perilaku kekerasan yaitu latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal, 6 benar minum obat, latihan verbal dan latihan spiritual. Diagnose kedua harga diri rendah yaitu membersihkan tempat tidur, menyapu lantai, membersihkan tempat makan, dan mengelap meja. Diagnosis ketiga halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, patuh minum obat dengan cara 6 benar minum obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan aktivitas. Tahap akhir yaitu penulis melakukan evaluasi keperawatan

#### 5. Evaluasi keperawatan

Pada tahap evaluasi yang dilakukan pada 2 Februari 2023 sampai 11 Februari 2023 dengan evaluasi 3 prioritas masalah utama perilaku kekerasan, harga diri rendah dan halusinasi didapatkan bahwa tujuan dari pemberian strategi pelaksanaan perilaku kekerasan, harga diri rendah dan halusinasi telah tercapai, Bapak. R sudah mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan yang telah diajarkan dan pasien telah mampu melakukan strategi pelaksanaan harga diri rendah untuk meningkatkan harga dirinya serta pasien telah mampu memahami strategi pelaksanaan halusinasi untuk mengontrol halusinasi apabila terjadi, tindakan dilakukan sesuai dengan strategi pelaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan, diharapkan pasien dapat menerapkan tindakan ini ketika kondisi perilaku kekerasan kambuh kembali. Peneliti juga berharap evaluasi keperawatan setelah penelitian ini selesai evaluasi dapat dilanjutkan oleh perawat pelaksanaan ruangan agar strategi pelaksanaan dapat menjadi optimal.

## 6. Pendokumentasian

Pendokumentasian dilakukan dengan menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam bentuk laporan penelitian asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang dikonversikan terhadap hasil penelitian orang lain dan teori yang ada.

## B. Saran

### 1. Bagi Rumah sakit

Diharapkan pada rumah sakit khususnya perawat ruangan dapat menerapkan komunikasi terapeutik dalam pelaksanaan strategi pelaksanaan serta dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan jiwa lebih optimal sesuai dengan SOAP yang telah ada sehingga hasilnya dapat mempercepat proses pemulihan pada pasien.

### 2. Bagi Pasien

Pasien diharapkan dapat mengikuti program terapi yang sudah direncanakan oleh dokter maupun perawat agar dapat mempercepat proses penyembuhan pada pasien khususnya pasien Napza dengan masalah perilaku kekerasan.

### 3. Pembuat studi kasus berikutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya lebih aktif dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa dengan masalah penyalahgunaan napza. Untuk masalah perilaku kekerasan dapat mengajarkan 4 strategi pelaksanaan yaitu, melatih tarik nafas dalam dan pukul bantal, latihan ke 2 yaitu 6 benar minum obat, latihan ke 3 melatih cara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- A, Yoga, Darjati, & I. A. (2022). Penerapan Intervensi Manajemen Hulusinasi Dalam Mengurangi Gejala Halusinasi Pendengaran. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan*, 6(1) 33-41. <https://doi.org/10.36971/keperawatan.v6i1.107>
- Adiputra, M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviana, N. P. W., & Munthe, S. A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (J. Simarmata & R. Watrianthos (eds.)). Yayasan Kita Menulis. [https://www.google.co.id/books/edition/Metodologi\\_Penelitian\\_Kesehatan/DDYtEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0](https://www.google.co.id/books/edition/Metodologi_Penelitian_Kesehatan/DDYtEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0)
- Alifia, U. (2020). *Apa Itu Narkotika dan Napza?*
- Andri, J., Febriawati, H., Panzilion, P., Sari, S. N., & Utama, D. A. (2019). Implementasi Keperawatan dengan Pengendalian Diri Klien Halusinasi pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(2), 146–155. <https://doi.org/10.31539/jka.v1i2.922>
- Anfuhazi, R. (2020). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. [https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/922/1/P17D\\_NASPUB\\_19\\_20\\_ANGGIT\\_MADHANI\\_P17160.pdf](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/922/1/P17D_NASPUB_19_20_ANGGIT_MADHANI_P17160.pdf)
- Avelina Yuldensia, D. (2022). *Keperawatan Jiwa* (Yafi Sabil). Media Sains Indonesia. [https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan\\_Jiwa/NF2dEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&bshv=nce/1](https://www.google.co.id/books/edition/Keperawatan_Jiwa/NF2dEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&bshv=nce/1)
- Dermawan, D. (2013). *Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Tim Gosyen Publishing. [http://library.poltekkespalembang.ac.id/keplinggau/lib/phpthumb/phpThumb.php?src=../images/docs/kep.\\_jiwa.\\_konsep\\_&\\_kerangka\\_kerja\\_asuhan\\_kep\\_jiwa.jpg.jpg](http://library.poltekkespalembang.ac.id/keplinggau/lib/phpthumb/phpThumb.php?src=../images/docs/kep._jiwa._konsep_&_kerangka_kerja_asuhan_kep_jiwa.jpg.jpg)
- Eko, P. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Famela, F., Kusumawaty, I., Martini, S., & Yunike, Y. (2022). Implementasi Keperawatan Teknik Bercakap-Cakap Pada Pasien Halusinasi Pendengaran. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 7(2), 205–214. <https://doi.org/10.36729/jam.v7i2.869>
- Hasannah, S. U. & M. M. S. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. [https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/41/1/NASKAH\\_PUBLIKASI\\_MAYA.pdf](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/41/1/NASKAH_PUBLIKASI_MAYA.pdf)
- Hidayat, F., Keliat, B. A., & Mustikasari. (2015). Penerapan Cognitif Behavior Therapy Pada Klien Halusinasi Dan Perilaku Kekerasan Dengan Pendekatan Model Stress Adaptasi Stuart Dan Model Hubungan Interpersonal Peplau Di RS DR Marzoeki Mahdi Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 3(1), 28–42.
- Kabain, H. A. (2020). *Peran Keluarga, Guru, dan Sekolah Menyelamatkan Anak dari Pengaruh Napza*.

<https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=N9EAEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=depresi+pada+pemakai+napza&ots=VkVwzZaQ49&sig=tQhG4XuZ8flSAZRqG5-DpE6x7eA>

- Keliat, A. (2021). *KEPERAWATAN JIWA: TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK, ED 2*. buku kedokteran EGC.
- Malau, M. Y. (2021). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia*. <http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/nbv42>
- Martaatmadja. (2020). *Awas Bahaya Napza*. Alprin. [https://books.google.co.id/books?id=y9f7DwAAQBAJ&hl=id&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.co.id/books?id=y9f7DwAAQBAJ&hl=id&source=gbs_navlinks_s)
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi* (M. Bendetu (ed.)). Penerbit Andi. [https://books.google.co.id/books?id=Yp2ACwAAQBAJ&pg=PA144&dq=definisi+perilaku+kekerasan&hl=ban&sa=X&ved=2ahUKEwjajYCQxIn8AhXkwjgGHTu\\_Ab4Q6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=definisi+perilaku+kekerasan&f=false](https://books.google.co.id/books?id=Yp2ACwAAQBAJ&pg=PA144&dq=definisi+perilaku+kekerasan&hl=ban&sa=X&ved=2ahUKEwjajYCQxIn8AhXkwjgGHTu_Ab4Q6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=definisi+perilaku+kekerasan&f=false)
- Nasution, Habibah Hanum, D. (2021). *Penyalahgunaan Napza*. <https://dupakdosen.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/63568/086.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Pasaribu, F., Bimo, R., Tedjo, A., Tinggi, S., Ebenhaezer, T., & Enim, T. (2021). *PROVIDENSI: Jurnal Pendidikan dan Teologi TINJAUAN ETIKA KRISTEN TERHADAP KORBAN NAPZA*. 4(1), 93–103. <https://journal.sttasm.ac.id/index.php/provedensi/article/view/104/57>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesi (SDKI)* (Edisi 1 Ce). Tim Pokja SDKI DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1 Ce). Tim Pokja SIKI DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1 Ce). Tim Pokja SLKI DPP PPNI.
- Prabowo, A. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Rahmatullah, A. S. (2022). *Psikologi Kaum Pecandu NAPZA (Antara Harapan dan Kenyataan)*.
- Ruswardi, I. (2021). *Keperawatan Jiwa Panduan Praktik Untuk Mahasiswa*. [https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN\\_JIWA\\_Panduan\\_Praktis\\_Untuk\\_M/g20qEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0](https://www.google.co.id/books/edition/KEPERAWATAN_JIWA_Panduan_Praktis_Untuk_M/g20qEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0)

- Sandu, S. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian* (Ayup (ed.)). Literasi Media Publishing. [https://www.google.co.id/books/edition/DASAR\\_METODOLOGI\\_PENELITIAN/QP hFDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1](https://www.google.co.id/books/edition/DASAR_METODOLOGI_PENELITIAN/QP hFDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1)
- Sari, A. Y. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan Di Ruang Merpati RS. Jiwa. HB. Sa'anin Padang. *Jurnal Keperawatan*.
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
- Sutejo. (2018). *Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Pustaka Baru Press.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2009 Tentang Narkotika*. (2009). <https://luk.staff.ugm.ac.id/atur/UU35-2009Narkotika.pdf>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 Tentang Psicotropika*. (1997). Direktorat Jenderal Pelayanan Ke Farmasian dan Alat Kesehatan. <https://e-pharm.kemkes.go.id/front/pdf/UU51997.pdf>
- UNODC. (2018). *United Nations Office On Drugs And Crime*.
- Widiyawati, W. (2020). *Keperawatan Jiwa*. Literasi Nusantara. <https://books.google.co.id/books?id=2dMoEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- Yusuf, dkk. (2015). *Buku Ajaran Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

Lampiran 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NAFZA DENGAN PERILAKU KEKERASAN  
DI WISMA CENDRAWASIH RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG

NO	KEGIATAN	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1.	Konsultasi dan ACC Judul Proposal									
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal									
3.	Pendaftaran Sidang Preposal									
4.	Sidang proposal									
5.	Perbaikan Proposal									
6.	Penelitian dan Penyusunan									
7.	Pendaftaran Ujian KTI									
8.	Sidang KTI									
9.	Perbaikan KTI									
10.	Pengumpulan perbaikan KTI									
11.	Publikasi									

Padang, Mei 2023

Mahasiswa

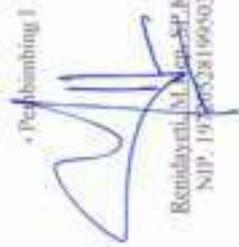
  
Ladya Amelia Putri  
203110174

Proftekkes Kemenkes Padang

Penyimbing I

  
Tasman, S.Kep., Sp.Kom  
NIP. 197004221944031001

Penyimbing I

  
Renidayati, M. Kes., SP.Kep.Jiwa  
NIP. 197405281995032001

## Lampiran 2

**LEMBAR KONSULTASI KARVA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Lidya Amelia Putri  
NIM : 202110174  
Pembimbing I : Rennyayati, M.Kep, Sp.Kep.Jiwa  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Napca Dengan Perilaku Kekerasan di  
Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Samin Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	21 Oktober 2021	Acc Judul	
2	15 Desember 2021	Konsultasi BAB 1	
3	26 Desember 2021	Konsultasi BAB 1, dan II	
4	20 Desember 2021	Perbaikan BAB I, II, dan III	
5	4 Januari 2022	Acc Proposal	
6			
7			
8			
9			

10		Perbaikan akep	
11		Perbaikan BAB iii. N. U	
12	10 Mei 2023	Perbaikan BAB i. U	
13	15 Mei 2023	Perbaikan BAB i	
14	23 Mei 2023	AG Ujian KT	
15			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

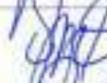
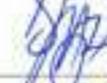


Ns. Yessi Fadrianti, S.Kep, M.Kep  
NIP. 197501211999032005

### Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Lidya Amelia Putri  
NIM : 203110174  
Pembimbing 2 : Tasman, M.Kep, Sp.Kom  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Napza Dengan Perilaku Kekerasan di  
Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saamin Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	31 Oktober 2022	Konsul Judul	
2	15 Desember 2022	Konsultasi BAB I	
3	26 Desember 2022	Konsultasi BAB i, ii, dan iii	
4	28 Desember 2022	Perbaiki BAB i, iii	
5	31 Desember 2022	Perbaiki sesuai saran lengkapi lampiran	
6	4 Januari 2023	Acc sidang proposal	
7	10 Mei 2023	Perbaiki BAB iii, iv, v	
8	15 Mei 2023	Perbaikan BAB v	
9	22 Mei 2023	Acc sidang harus siapkan ppt, f lampiran	

10			
11			
12			
13			
14			
15			

Catatan :

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat penulaffaran sidang.

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep  
NIP. 197501211999032005

## Lampiran 4



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Di BERTANG, PUSKESMAS APHISALATIYUN (PTSL) 201200010001 (PTSL) 201200010001 201200010001  
Jurnal Keperawatan (JTK) 70121870, Prati Keperawatan Jarak (PTK) 201200010001, Jurnal Keperawatan Langkungan (JTK) 201200010001  
Jurnal Gizi (JTK) 70121870, Jurnal Kebidanan (JTK) 40121870, Prati Kebidanan (PTK) 201200010001, Jurnal Keperawatan Gigi (JTK) 201200010001, Jurnal Perilaku Kesehatan  
Website : [www.pkk.kemkes.go.id](http://www.pkk.kemkes.go.id)

Nomor : PP.03.01/ 4761 / 2023  
Perihal : Ujian Penelitian

11 Januari 2023

Yth Direktur RSJ Prof. HB Sa'atin Padang

Di

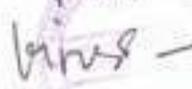
Tempat :

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar-Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D-3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Lidya Amelia Putri / 203110174	Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Napza dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB Sa'atin Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Wadir,  
  
Dr. Gusnedi, STP, MPH  
NIP. 197103301994031001

## Lampiran 5

RUMAH SAKIT JIWA PROF.HILSAANIN PADANG  
**BAGIAN SDM DAN LITBANG**

Jl. Kesehatan Utama Perum Depkes Padang

Phone : (0751) .....

Padang, 01 Februari 2023

Nomor : 070/108/DL-II/2023  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Kepala Bidang Keperawatan  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Merindak lanjut disposisi Direktur RS Jiwa Prof. HBI. Saanin Padang Nomor 070/078/DL-U/2023 tanggal 19 Januari 2023 sesuai pokok surat di atas, maka kepada mahasiswa :

Nama : Lidya Amelia Putri  
NIM : 203110174  
Program : D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Mohon diizinkan dan dibantu melakukan Penelitian dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

*"Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Napza dengan Perilaku Kekerasan di RS Jiwa Prof. HB. Saa'nin Padang"*

Penelitian : 02 Februari s/d 02 Mei 2023  
Lokasi : Instalasi Rawat Inap

Setelah yang bersangkutan selesai melakukan Studi Pendahuluan diharapkan untuk melapor ke Bagian SDM dan Litbang.

Demikianlah, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Kabag SDM dan Litbang



Yuliusman, SKM,MM  
NIP. 19720701 199503 1 001

## Lampiran 6

# BIDANG PERAWATAN RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG

Padang, 01 Februari 2023

Nomor : 441/40 / PWT / II - 2023  
Lampiran : 1 (satu) lembar  
Perihal : Isin Penelitian

Kepada Yth  
Kepala Ruangan \_\_\_\_\_  
Di  
**T e m p a t**

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan adanya disposisi Kepala Bagian SUM dan Litbang Rumah Sakit  
Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tanggal 01 Februari 2023 Tentang Isin Penelitian atas  
nama: Lidya Amelia Putri NIM. 203110174, maka dengan ini kami memberitahukan  
kepada saudara agar dapat memfasilitasinya (Surat Isin Terlampir).  
Demikianlah surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima  
kasih.

Kepala Bidang Perawatan



**Ns. Syarifal E. Kep**  
NIP. 19670303 198803 1004

## Lampiran 7

### INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan Responden)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn.N  
Umur : 54 Tahun  
Alamat : Jl. Pabliggan No.79 Pasa Gadang, Padang Selatan

Setelah mendengar penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian :

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Napza Dengan Perilaku Kekerasan di  
Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. H.D. Saam Padang  
Oleh : Lidya Amelin Putri  
NIM : 203110174  
Status : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Padang  
Instansi : Politeknik Kesehatan Kementerian RI Padang

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dan berperan serta dalam penelitian demikian surat persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Padang, 02 Februari 2023

Responden



Lampiran 8

**RUMAH SAKIT (IWA) PROF. HIRSAANIN PADANG**  
**BAGIAN SDM DAN LITBANG**

Jl. Kesehatan Utama, Perintis Diponegoro, Padang Phone: 0751111111

---

**DAFTAR HADIR PENELITIAN**

Nama: Lidya Anelia Nur  
 Instansi: Instansi Kesehatan RI Padang

No.	Hari / Tanggal	Instansi / Ruangan	Tgl / Nama Jelas	Ket.
1	Kami / 02 Februari 2021	Cendrawasih		
2	Jumat / 03 Februari 2021	Cendrawasih		
3	Sabtu / 04 Februari 2021	Cendrawasih		
4	<del>Senin / 05 Februari 2021</del>	<del>Cendrawasih</del>	<del></del>	
5	<del>Selasa / 07 Februari 2021</del>	<del>Cendrawasih</del>	<del></del>	
6	Rabu / 08 Februari 2021	Cendrawasih		
7	Kamis / 09 Februari 2021	Cendrawasih		
8	Jumat / 10 Februari 2021	Cendrawasih		
9	Sabtu / 11 Februari 2021	Cendrawasih		

Padang,  
 Ka Instalasi / Ka. Ruangan

## Lampiran 9

### PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

#### 1. Pengkajian

Ruang Rawat: Cendrawasih

Tanggal Dirawat: 30 Januari 2023

##### a. Identitas Klien

Inisial Klien : Bapak.R

Umur : 34 Tahun

No. Rekam Medik : 01.32.26

Tanggal Pengkajian : 2 Februari 2023

Informasi : Klien, Perawat Ruangan, dan *Medical Record*

Alamat Klien : Jl. Palinggam No. 79. Pasa Gadang. Padang Selatan

##### b. Alasan Masuk

Bapak.R masuk rumah sakit jiwa Prof. HB. Saanin Padang diantar oleh keluarga pada tanggal 30 Januari 2023 melalui IGD. Alasan Bapak.R masuk rumah sakit jiwa dikarenakan sebulan sebelum masuk rumah sakit pasien memakai narkoba jenis ganja dan pasien merasa gelisah sejak 2 minggu yang lalu. Pasien sering mengamuk tanpa alasan. Pasien mengatakan kalau emosi datang pasien akan melempar barang-barang yang ada didekat pasien, marah-marah kepada orang sekitar serta mengancam membunuh orang lain, berbicara ngacau dan terkadang tertawa sendiri.

##### c. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 Februari, Bapak. R mengatakan bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan, pasien merasa kesal apabila ada keributan selama diruangan. Pasien mengatakan jarang melakukan interaksi dengan teman-teman yang ada diruangan dikarenakan pasien akan merasa marah apabila perkataannya tidak didengarkan, pasien mengatakan lebih senang untuk berbicara dengan petugas rumah sakit yang ada diruangan.

#### **d. Faktor Predisposisi**

##### **1) Gangguan Jiwa di Masa Lalu**

Pasien mengalami gangguan jiwa sejak 5 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2018 dengan tanda dan gejala sering marah tanpa sebab, berbicara kasar, membuang barang-barang, merusak barang, berbicara dan tertawa sendiri. Pada saat itu pasien menggunakan ganja dan sabu bersama teman-temannya. Pasien selama ini melakukan rawat jalan di rumah sakit HB. Saanin Padang dan kontrol setiap bulannya.

##### **2) Pengobatan Sebelumnya**

Pasien sebelumnya menjalani pengobatan rawat jalan di RSJ HB. Saanin Padang. Pasien selama satu tahun terakhir sangat teratur minum obat dan rutin kontrol dan diawasi oleh keluarga, namun beberapa bulan sebelum kambuh pasien putus obat.

##### **3) Trauma**

Trauma terbagi atas lima bagian yaitu aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan, dan kekerasan dalam keluarga

###### **a) Aniaya Fisik**

Pasien mengatakan pada umur 28 tahun pasien pernah menjadi pelaku aniaya fisik dengan cara memukul temannya karena emosi, korban tidak memberikan uang yang dimintanya serta pasien juga merasa diejek oleh temannya karena memiliki gangguan jiwa dan pasien juga korban dari aniaya fisik yang diakibatkan tangan pasien sebelah kanan ada bekas jahitan yang disebabkan ditusuk oleh temannya.

###### **b) Aniaya Seksual**

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi aniaya seksual.

###### **c) Penolakan**

Pasien mengatakan pernah menjadi korban penolakan ketika sedang bekerja, pasien dituduh mencuri uang di perusahaannya dan langsung diberhentikan dari pekerjaannya.

d) **Kekerasan Dalam Rumah Tangga**

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi kekerasan dalam rumah tangga.

e) **Tindakan Kriminal**

Pasien mengatakan pernah menjadi korban tindakan kriminal, karena dituduh mengambil uang perusahaan ditempat pasien bekerja dulu dan akibatnya pasien di keluarga dari perusahaan dan pasien merasa tidak percaya diri.

**4) Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa**

Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa adalah nenek nya, karena nenek pasien merasa depresi ditinggal oleh suaminya yang sudah meninggal.

**5) Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan**

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yang pasien rasakan adalah ditolak untuk tidak boleh bekerja lagi karena dituduh mencuri uang perusahaan dan menyebabkan pasien prustasi dan putus asa dan pelariannya pasien mengkonsumsi narkoba jenis ganja dan sabu dengan sensasi berhalusinasi untuk mendapatkan kesenangan.

**e. Pemeriksaan Fisik**

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Bapak. R didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekana darah 118/97 mmHg, Nadi 89 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Hasil pengukuran tingga badan Bapak. R didapatkan 165cm, berat badan 52 Kg. selanjutnya untuk keluhan fisik lainnya Bapak. R mengatkan terkadang merasa sakit kepala.

**f. Psikososial**

**1) Genogram**

Pasien Bapak. R umur 34 tahun, merupakan anak tunggal. Pasien sudah pernah meningkah lalu bercerai dengan istrinya, dan sekarang pasien tinggal bersama ibu, ayah tiri dan saudaranya, pasien tidak mengenal ayah kandung nya karena dari pasien masuk di dalam kandungan ayahnya sudah meninggalkan ibu nya, dan ibunya menikah kembali dan memiliki 5 anak

dengan suami baru nya dan 2 anak dengan mantan istri suami ibunya. Didalam anggota keluarga pasien ada yang mengalami gangguan jiwa yaitu nenek pasien, dikarenakan suami nenek pasien atau kakek pasien meninggal dunia dan menyebabkan nenek pasien menjadi depresi. Pasien mengatakan bahwa setiap ada permasalahan dalam keluarga ia akan mencoba membantu menyelesaikannya dengan baik bersama keluarga, namun pasien jarang dilibatkan dalam pengambilan keputusan karena emosi pasien yang sering tidak stabil. Sejak kecil ibu pasien memberikan kebebasan pada pasien dalam bergaul.

## **2) Konsep Diri**

### a) Citra Tubuh

Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya

### b) Identitas Diri

Pasien senang dilahirkan sebagai seorang laki-laki, namun pasien belum puas menjadi seorang laki-laki, karena belum mendapatkan pengkahilan dari pekerjaannya.

### c) Peran Diri

Pasien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena pasien belum mampu membuat ibunya merasa bangga

### d) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang agar bisa membantu ibunya, dan pasien berharap bisa memulai kehidupan yang baru, pasien juga mengatakan ingin menjadi pengusaha.

### e) Harga Diri

Pasien merasa sedih dan marah ketika dirinya dibawa ke Rumah Sakit Jiwa, pasien juga merasa keluarganya tidak penuli dan tidak menyayanginya lagi.

## **3) Hubungan Sosial**

### a) Orang Terdekat

Pasien mengatakan orang yang terdekat baginya adalah ibunya dan keponakan nya.

b) Peran Serta Dalam Kegiatan kelompok/Masyarakat

Pasien mengatakan sebelum dirinya diawa ke RSJ, pasein selalu ikut serta dala kegiatan masyarakat seperti melakukan gotong royong dan membantu mengumpulkan dana ketika ada acara dikampungnya.

c) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang Lain.

Pasien mengatakan sering mengamuk dan marah-marah bila tidak sesuai dengan pemikiran pasien dan orang sekitar menjadi takut untuk berinteraksi dengan pasien. Sehingga pasien sangat sulit untuk berhubungan dengan orang lain.

**4) Spiritual**

a) Nilai dan Keyakinan

Pasien beraga islam dan menyakini adanya Allah, dan pasien yakin akan segera di sembuhkan oleh Allah dari sakitnya.

b) Kegiatan Ibadah

Pasien mengatakan selalu melakukan shalat lima waktu.

**g. Status Mental**

**1) Penampilan**

Penampilan pasien tampak kurang rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian sebagaimana mestinya, rambut agak panjang, kuku bersih dan pendek.

**2) Pembicaraan**

Pasien saat dikaji cukup kooperatif, namun melalui pembicaraan, nada bicaranya cukup keras, apa yang ditanyakan jawabannya sesuai namun agak sedikit berbelit-belit.

**3) Aktivitas Motorik**

Pasien melakukan aktivitas mandiri seperti mandi, berpakaian, makan dan beribadah. Pasien masih tampak gelisah, bingung, dan pandangan kosong.

**4) Alam Perasaan**

Pasien merasa khawatir berada dirumah sakit dan ingin segera pulang bertemu dengan keluarganya.

**5) Afek**

Afek pasien labil, karena saat berinteraksi pasien cenderung mengikuti kemauan.

**6) Interaksi Selama Wawancara**

Saat berinteraksi pasien mudah curiga, beranggapan perawat tidak percaya dengan apa yang dirinya katakan, mudah tersinggung, namun cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan.

**7) Persepsi**

Pasien mengatakan saat dirinya baru dirawat pasien mendengarkan bisikan dan bayangan yang menatap tajam kearah dirinya seakan sedang mengawasinya.

**8) Proses Pikir**

Pasien berbicara dengan berbelit-belit tetapi sampai pada tujuan pembicaraan.

**9) Isi Pikiran**

Isi pikiran Bapak. R adalah curiga dengan orang lain, dan pasien gelisah tidak ada keluarga yang membesuknya.

**10) Tingkat kesadaran**

Pasien dalam kondisi sadar, namun tampak bingung dan sering merenung.

**11) Memori**

pasien tidak memiliki masalah dalam ingatan baik itu ingatan jangka panjang maupun jangkan pendek

**12) Tingkat Konsentrasi dan Behitung**

Pasien mampu untuk berkonsentrasi terhadap sesuatu.

**13) Kemampuan Penilaian**

Pasien mampu melakukan penilaian terhadap sesuatu yang dia lihat, pasien dapat mengambil keputusan sederhana dengan bantuan orang lain.

**14) Daya Tilik Diri**

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya, pasien beranggapan semua kesalahan bersumber dari orang sekitarnya.

#### **h. Kebutuhan Persiapan Pasien Pulang**

##### **1) Makan**

Pasien selama dirawat, makan 3 kali dalam sehari yaitu pada jam 7.00, jam 12.00 dan jam 18.00 WIB.

##### **2) BAB/BAK**

Pasien BAB 1 kali sehari dan BAK lebih kurang 3 kali dalam sehari.

##### **3) Mandi**

Pasien mandi 2 kali dalam sehari yaitu, pada pagi dan sore.

##### **4) Berpakaian/Berhiasan**

Pasien Berpakaian tampak cukup rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian sebagaimana mestinya, rambut panjang dan kuku pendek.

##### **5) Istirahat dan Tidur**

Pasien mengatakan sesekali tidak mau tidur pada malam hari.

##### **6) Penggunaan Obat**

Pasien minum obat 3 kali sehari dibawah pengawasan perawat.

##### **7) Pemeliharaan Kesehatan**

Pasien menggunakan kartu BPJS kesehatan dalam proses pemeliharaan kesehatan apabila berada dalam kondisi sakit.

##### **8) Kegiatan di Dalam rumah**

Pasien membantu orang tua dalam menyelesaikan kegiatan rumah seperti, menyapu, mengelap kaca, mencuci piring dan menyapu halaman.

##### **9) Kegiatan/aktivitas di Luar Rumah.**

Pasien mengatakan kegiatannya diluar rumah yaitu sering ngamen di taplau

#### **i. Mekanisme Koping**

##### **1) Koping Adaptif**

Pasien mampu berkomunikasi dengan orang lain namun pasien terlihat jarang melakukannya.

##### **2) Koping Maladaptif**

Pasien melampiaskan marahnya pada objek lain jadi koping yang digunakan adalah sublimasi, reaksi pasien terhadap sesuatu sangat lambat

**j. Masalah Psikososial dan Lingkungan**

**1) Masalah dengan kelompok**

Pasien mengatakan orang-orang disekitar lingkungan merasa takut berinteraksi dengannya.

**2) Masalah berhubungan dengan lingkungan**

Pasien mengatakan hanya bergaul dengan orang yang dikenalnya saja.

**3) Masalah dengan Pendidikan**

Pasien tidak ada masalah dengan pendidikan.

**4) Masalah dengan pekerjaan**

Pasien mengatakan ia tidak bekerja lagi hanya saja sering mengamen ditepi laut/pantai.

**5) Masalah dengan perumahan**

Pasien tidak ada masalah dengan perumahan. Pasien hanya tinggal bersama ayah tiri, ibu dan saudaranya.

**6) Masalah ekonomi**

Pasien mengatakan ada bermasalah dengan ekonomi karena yang bekerja hanya ibu pasien yang bekerja sebagai tukang urut.

**7) Masalah dengan pelayanan kesehatan**

Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

**k. Pengetahuan**

Pasien kurang mengetahui tentang penyakitnya dan ia sesekali beranggapan bahwa ia tidak mengalami gangguan jiwa.

**l. Aspek Medik**

Pasien di diagnosis dengan skizofrenia. Skizofrenia memiliki karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Salah satu gejala positif dan negatif skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Pada kasus ini ditemukan gejala tersebut pada Bapak. R. Terapi medis yang didapatkan Bapak. R adalah Risperidol 2x2mg, Lorazepam 1x2mg, Metronidazole 3x50mg, dan Trihexyphenidyl 3x2mg.

## 2. Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan sering mengamuk apabila keinginannya terhadap sesuatu tidak tercapai</li><li>- Pasien mengatakan marah apabila tidak memiliki uang</li><li>- Pasien mengatakan ketika marah sering melempar alat-alat rumah tangga</li><li>- Pasien mengatakan merasa kesal bila perkataannya tidak didengar</li><li>- Pasien mengatakan iya pernah memukul orang yang berada disekitarnya karena tidak diberi uang dan yang sering mengejeknya</li><li>- Pasien mengatakan iya merasa kesal apabila ada keributan selama diruangan</li><li>- Pasien mengatakan sangat marah saat keluarga membawanya kerumah sakit</li><li>- Pasien merasa gelisah karena selama dirumah sakit belum ada keluarga yang membesuk</li></ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nada bicara pasien lambat dan keras</li><li>- Pandangan mata pasien tajam dan mudah tersinggung</li><li>- Pasien tampak jalan mondar-mandir</li><li>- Pasien tampak bingung</li></ul>	<b>Perilaku Kekerasan</b>
2.	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai anak, karena pasien tidak mampu membuat orang tuanya merasa</li></ul>	<b>Harga Diri Rendah</b>

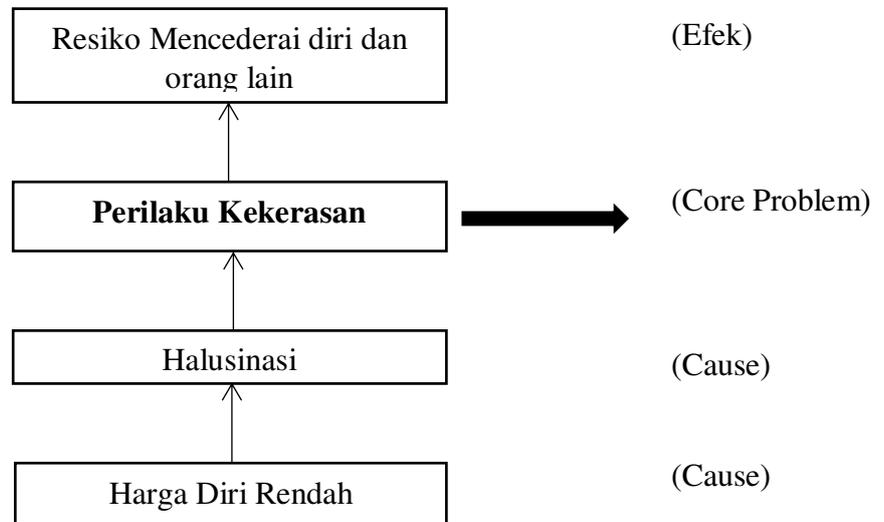
	<p>bangga sebab dirinya belum memiliki pekerjaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan lebih senang menyendiri</li> <li>- Pasien mengatakan merasa malu dirawat di RSJ dan merasa akan diejek oleh orang-orang disekitarnya</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien lebih sering menyendiri</li> <li>- Pasien tampak jarang berkomunikasi dengan pasien lainnya</li> <li>- Kontak mata pasien kurang</li> </ul>	
4.	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan awal masuk rumah sakit mendengar bisikan dan bayangan hitam yang seakan-seakan sedang mengawasinya</li> <li>- Pasien mengatakan saat pasien sedang menggunakan ganja dan sabu pasien merasa tenang dan nyaman</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak melamun dan pandangan kosong</li> <li>- Pasien tampak memandang tajam</li> <li>- Sesekali pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri</li> </ul>	<b>Halusinasi</b>
5.	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan iya pernah memukul orang yang berada didekatnya karena tidak diberi uang dan sering mengejek nya</li> <li>- Pasien mengatakan ketika marah sering melempar alat-alat yang ada didekatnya</li> <li>- Pasien pernah menjadi korban kekerasan dan</li> </ul>	<b>Resiko Mencederai Orang Lain</b>

	menyebabkan tangan sebelah kanan pasien mendapat bekas luka DO: - Pasien pernah memukul orang yang berada disekitarnya - Pasien tampak memandang tajam pada orang sekitar	
--	--	--

**a. Daftar Masalah**

- 1) Perilaku Kekerasan
- 2) Hambatan komunikasi verbal
- 3) Harga diri rendah
- 4) Gangguan proses pikir
- 5) Gangguan komunikasi
- 6) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi
- 7) Kurang pengetahuan

### 3. Diagnosis Keperawatan



Sesuai dengan pohon masalah diatas didapatkan rumus masalah keperawatan prioritas pertama adalah perilaku kekerasan, prioritas ke dua Harga diri rendah dan prioritas ke tiga Halusinasi. Berdasarkan pohon masalah perilaku kekerasan menjadi core problem, Harga diri rendah dan Halusinasi sebagai penyebab, dan resiko mencederai orang lain sebagai akibat.

## INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. R

No. MR : 01.32.26

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
<b>Perilaku Kekerasan</b>	<p><b>Pasien mampu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya</li> <li>2. Pasiendapat menyebutkan cara mencegah, mengontrol perilaku kekerasan</li> <li>3. Pasien dapat mencegah dan mengontrol perilaku</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan 4x pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, jenis perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan akibat perilaku kekerasan</li> <li>b. Dapat menyebutkan cara mengontrol, mencegah perilaku kekerasan dan akibat dari perilaku kekerasan</li> </ol>	<p><b>SP 1 Pasien : Mengontrol perilaku dengan latihan fisik 1 dengan cara latihan nafas dalam dan latihan 2 yaitu latihan memukul bantal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mendiskusikan penyebab perilaku saat ini dan masa lalu</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan</li> </ol>

	kekerasan secara fisik, spiritual, dan sosial		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dan melatih pasien perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik yaitu teknik nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>5. Menanyakan perasaan pasien</li> <li>6. Masukkan ke jadwal harian.</li> </ol>
		<p>Setelah dilakukan 4x Pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>b. Pasien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat</li> </ol>	<p><b>SP 2 Pasien: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 dan 2 dan beri pujian</li> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat (jenis, guna obat, jenis obat, frekuensi, cara</li> </ol>

			<p>dan kontinuitas minum obat)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan pada jadwal harian</li> </ol>
		<p>Setelah dilakukan 4x Pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>b. Pasien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal</li> </ol>	<p><b>SP 3 Pasien : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 dan SP 2) yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 &amp; 2 dan 6 benar minum obat</li> <li>2. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik</li> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan pada jadwal harian</li> </ol>
		<p>Setelah dilakukan 4x Pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>b. Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1,SP 2 dan SP 3) yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 dan 2, minum obat (6 benar) dan SP 3 yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan sosial atau verbal serta beri pujian</li> <li>2. Latihan mengontrol PK dengan cara spiritual (Shalat, Wudhu, dzikir dan berdo'a)</li> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan ke jadwal harian</li> </ol>

<p><b>Harga Diri Rendah</b></p>	<p><b>Tujuan Umum :</b></p> <p>Pasien memiliki konsep diri yang positif</p> <p><b>Tujuan Khusus:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya</li> <li>Pasien dapat menilai kemampuan yang dimilikinya</li> <li>Pasien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</li> <li>Pasien dapat melakukan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan 2x interaksi dengan pasien :</p> <p>Pasien mampu meningkatkan harga diri dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengkaji kemampuan yang dimiliki pasien, membantu pasien dalam memilih beberapa kegiatan yang bisa dilakukannya serta melatih kegiatan pertama</li> <li>Membantu pasien memilih kegiatan kedua, serta latih kegiatan kedua</li> <li>Membantu pasien untuk memilih kegiatan ketiga dan latih kegiatan ketiga</li> <li>Membantu pasien untuk memilih kegiatan keempat, dan latih kegiatan keempat</li> </ol>	<p><b>SP 1 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi tentang pandangan/penilaian pasien terhadap diri sendiri dan pengaruh terhadap orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai</li> <li>Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien</li> <li>Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini</li> <li>Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih</li> <li>Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)</li> <li>Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan untuk dilatih</li> </ol>
---------------------------------	---	--	--

	kegiatan sesuai kondisinya saat ini dan kemampuannya		
			<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah</li> <li>2. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan beri pujian</li> <li>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama</li> <li>4. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih</li> <li>5. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)</li> <li>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kedua kegiatan</li> </ol>
			<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri</li> </ol>

			<p>rendah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kedua yang telah dilatih dan beri pujian</li> <li>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua</li> <li>4. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih</li> <li>5. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)</li> <li>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan ke tiga kegiatan</li> </ol>
			<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah</li> <li>2. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian</li> <li>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih</li> <li>5. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)</li> <li>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan empat kegiatan.</li> </ol>
<b>Halusinasi</b>	<p>Pasien mampu mengontrol atau mengendalikan halusinasi yang dialaminya</p> <p><b>SP 1:</b> Melatih cara menghardik</p>	<p>Setelah dilakukan 1x ineraksi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara:</p> <p>Pasien mampu menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi kondisi yang menimbulkan halusinasi</p>	<p><b>SP 1 Pasien : Melatih kegiatan menghardik halusinasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi halusinasi : jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon, dan upaya yang dilakukan mengontrol halusinasi</li> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi : hardik, obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan</li> <li>3. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>5. Berikan reinforcement</li> <li>6. Masukkan kejadwal harian</li> </ol>
	<p><b>SP 2 :</b> Melatih cara minum obat yang benar (Prinsip 6 benar)</p>	<p>Setelah dilakukan 1x inetraksi, pasienn mampu mengontrol halusinasi dengan cara:</p> <p>Pasien bisa mengerti cara minum obat dengan prinsip 6 benar</p>	<p><b>SP 2 Pasien : 6 benar minum obat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian</li> <li>2. latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minu obat</li> <li>3. tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. berikan reinforcement</li> <li>5. masukkan pada jadwal harian</li> </ol>
	<p><b>SP 3:</b> Melatih cara bercakap-cakap</p>	<p>Setelah dilakukan 1x ineraksi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara :</p> <p>Bercakap-cakap</p>	<p><b>SP 3 Pasien : Bercakap-cakap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat, beri pujian</li> <li>2. jelakan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. berikan reinforcement</li> <li>5. masukkan ke jadwal harian</li> </ol>
	<p><b>SP 4</b> : Melatih cara melakukan aktifitas terjadwal</p>	<p>Setelah dilakukan 1x interaksi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara :</p> <p>Pasien menyebutkan tindakan yang biasa dilakukannya untuk mengontrol halusinasi.</p>	<p><b>SP 4 Pasien : Melakukan kegiatan sehari-hari</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, cakap-cakap dan beri pujian</li> <li>2. latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan sehari-hari (merapikan peralatan makanan</li> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan ke jadwal harian</li> </ol>

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama Pasien : Tn. R  
 No. MR : 01.32.26

HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN	TTD
Kamis 2 Februari 2023  Pukul 10.00 WIB	<b>Perilaku Kekerasan</b>	<p><b>SP 1 Pasien :latihan fisik 1 dan 2 yaitu latihan napas dalam dan memukul bantal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mendiskusikan penyebab perilaku saat ini dan masa lalu</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan</li> <li>4. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dan melatih pasien perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik yaitu</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan akan marah ketika keinginan tidak terpenuhi</li> <li>- Pasien mengatakan ketika marah pasien akan melempar barang-barang yang ada didekat pasien</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mudah tersinggung</li> <li>- Pasien tampak mengatup rahang dengan kuat</li> <li>- Tatapan mata pasien tampak tajam</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan secara mandiri</li> </ul>	

		<p>teknik nafas dalam dan pukul bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Menanyakan perasaan pasien</li> <li>6. Masukkan ke jadwal harian.</li> </ol>	<p>- Masalah teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strategi pelaksanaan 1 perilaku kekerasan tercapai</li> <li>- Lanjutkan dengan strategi pelaksanaan ke 2 perilaku kekerasan yaitu 6 benar minum obat</li> </ul>	
<p>Jumat 3 Februari 2023</p> <p>Pukul 09.00 WIB</p>	<b>Perilaku Kekerasan</b>	<p><b>SP 2 Pasien : Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 dan 2 dan beri pujian</li> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat : benar nama, benar jenis, benar dosis,</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih mudah marah</li> <li>- Pasien mengatakan terkadang pasien lupa mengontrol marah dengan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Pasien mengetahui obat yang dimakannya</li> <li>- Pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang bila minum obat</li> <li>- Pasien mengatakan mudah mengantuk setelah minum obat</li> </ul> <p><b>O:</b></p>	

		<p>benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan pada jadwal harian</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak belum bisa minum obat sendiri dan selalu dibantu dan diawasi perawat</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien minum obat dengan bantuan dan pengawasan perawat, tindakan SP ke 2 belum optimal, sehingga pemberian SP 2 tetap dipantau, dan anjurkan pasien untuk mencoba melakukan kegiatan minum obat secara mandiri</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- optimalkan SP 2 perilaku kekerasan</li> <li>- lanjutkan SP 3 perilaku kekerasan dengan latihan verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik)</li> </ul>	
<p>Sabtu 4 Februari 2023</p>	<p><b>Perilaku Kekerasan</b></p>	<p><b>SP 3 Pasien : Mengontrol Perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi cara mengontrol</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan perasaan marah mulai berkurang</li> </ul>	

<p>Pukul 10.00 WIB</p>		<p>perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal, dan 6 benar minum obat, beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Bantu dalam mengembangkan metode yang tepat untuk mengekspresikan kemarahan pada orang lain seperti menggunakan pernyataan mengungkapkan perasaan</li> <li>3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik)</li> <li>4. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>5. Berikan reinforcement</li> <li>6. Masukkan ke jadwal harian</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kurang mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya, sehingga ketika masalahnya menumpuk, menyebabkan pasien marah dan mengamuk serta pasien akan melempar barang-barang yang berada didekatnya. Namun pasien mengatakan setelah pasien diajarkan cara latihan sosial/verbal pasien mampu mengungkapkan perasaannya</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu mengulangi latihan fisik dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal dan minum obat yang benar</li> <li>- Pasien tampak mampu melakukan cara meminta dengan baik atau menolak dengan baik dengan temannya</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan SP 3 dengan mandiri</li> </ul>	
----------------------------	--	--	---	--

			<p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimalkan SP 3 perilaku kekerasan</li> <li>- Lanjutkan SP 4 perilaku kekerasan dengan latihan spiritual</li> </ul>	
<p>Senin</p> <p>6 Februari 2023</p> <p>Pukul 10.00</p> <p>WIB</p>	<p><b>Perilaku Kekeras</b></p>	<p><b>SP 4 Pasien : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 dan 2, 6 benar minum obat, dan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dan beri pujian</li> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan cara spiritual</li> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan ke jadwal harian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan melakukan shalat 5 waktu dan terkadang pasien melakukan shalat dhuha</li> <li>- Pasien mengatakan ketika pasien mulai marah pasien akan mengucapkan istigfar</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak melakukan shalat ketika waktu shalat telah masuk</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Pasien mampu melakukan SP 4 dengan mandiri</p> <p><b>P:</b></p> <p>SP 4 tercapai dilanjutkan ke SP 1 pada</p>	

			diagnosis prioritas ke dua Harga Diri Rendah	
Kamis 2 Februari 2023  Pukul 13.00 WIB	<b>Harga Diri Rendah</b>	<b>SP 1 Pasien : Latihan Kegiatan Pertama</b> 1. Identifikasi tentang pandangan/penilaian pasien terhadap diri sendiri dan pengaruh terhadap orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai 2. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien 3. Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini 4. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih 5. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 6. Masukkan kegiatan yang telah	<b>S:</b> - Pasien mengatakan merasa tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena belum bisa membuar orang tuanya merasa bangga sebab dirinya belum memiliki pekerjaan - Pasien mampu menyebutkan kegiatan sehari-hari yang dapat dilakukannya/dikerjakannya <b>O:</b> - Pasien mampu menyebutkan kegiatan sehari-hari yang dapat dilakukannya di ruangan <b>A:</b> - Pasien melakukan kegiatan tanpa bantuan perawat	

		dilatih pada jadwal kegiatan untuk dilatih	<b>P:</b> - SP 1 tercapai, lanjut SP 2	
<p>Jumat</p> <p>3 Februari 2023</p> <p>Pukul 11.00 WIB</p>	<b>Harga Diri Rendah</b>	<b>SP 2 Pasien : Latihan kegiatan kedua</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah</li> <li>2. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan beri pujian</li> <li>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama</li> <li>4. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih</li> <li>5. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)</li> <li>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kedua kegiatan</li> </ol>	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah melakukan SP 1 yaitu merapikan tempat tidur dan pasien mampu menyebutkan alat apa saja yang dapat digunakan untuk kegiatan ke dua yaitu menyapu halaman</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah mampu melakukan SP 1</li> </ul> <b>A:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien melakukan dengan arahan perawat</li> </ul> <b>P:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 1 dan 2 terlaksana, dilanjutkan SP 3</li> </ul>	
Sabtu	<b>Harga Diri Rendah</b>	<b>SP 3 Pasien : Latihan kegiatan</b>	<b>S:</b>	

<p>4 Februari 2023</p> <p>Pukul 12.00</p>		<p><b>ketiga</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah</li> <li>2. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kedua yang telah dilatih dan beri pujian</li> <li>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua</li> <li>4. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih</li> <li>5. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)</li> <li>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan ke tiga kegiatan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dirinya merasa berguna setelah melakukan kegiatan yang bisa dilakukannya</li> <li>- Pasien mengatakan merasa senang dapat melakukan kegiatan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sudah bisa menyapu halaman walau masih kurang bersih</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan kegiatan tanpa bantuan perawat</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <p>SP 3 tercapai lanjut ke SP 4</p>	
<p>Senin</p> <p>6 Februari 2023</p>	<p><b>Harga Diri Rendah</b></p>	<p><b>SP 4 Pasien : Latihan kegiatan keempat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi tanda dan gejala harga</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah ingin cepat keluar dari rumah sakit dan mencari</li> </ul>	

<p>Pukul 12.30 WIB</p>		<p>diri rendah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian</li> <li>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga</li> <li>4. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih</li> <li>5. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)</li> <li>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan empat kegiatan</li> </ol>	<p>pekerjaan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien bisa melakukan kegiatan mencuci piring, pasien tampak bersemangat</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan kegiatan tanpa arahan perawat</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimalkan SP 4 dilanjutkan SP 1 halusinasi</li> </ul>	
<p>Selasa 7 Februari 2023</p>	<p><b>Halusinasi</b></p>	<p><b>SP 1 Pasien : Melatih kegiatan menghardik halusinasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi isi, jenis, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pernah melihat bayangan hitam bila pasien akan tidur</li> <li>- Pasien mengatakan takut jika halusinasinya datang</li> </ul>	

Pukul 11.00		<p>upaya yang dilakukan mengontrol halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</li> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan kejadwal kegiatan</li> </ol>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berbicara sendiri</li> <li>- Pasien tampak menyendiri</li> <li>- Pasien tampak mondar mandir</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan SP 1 dengan mandiri</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <p>SP 1 terlaksana, lanjut SP 2 latihan cara benar minum obat</p>	
<p>Rabu</p> <p>8 Februari 2023</p> <p>Pukul 09.00</p> <p>WIB</p>	<b>Halusinasi</b>	<p><b>SP 2 Pasien : Melatih mengontrol terjadinya halusinasi dengan cara 6 benar minum obat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi cara latihan menghardik, dan beri pujian</li> <li>2. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara 6 benar minum obat (jenis, guna, dosis, frekuensi,</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah jarang mendengar suara bisikan dan bayangan hitam</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak masih mondar mandir</li> <li>- Pasien masih tampak berbicara sendiri</li> </ul>	

		<p>cara, dan kontinuitas minum obat)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan kejadwal kegiatan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat masih sering melamun</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 2 terlaksana dengan mandiri</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 1 dan 2 terlaksana dilanjutkan SP 3</li> </ul>	
<p>Kamis</p> <p>9 Februari 2023</p> <p>Pukul 10.00</p> <p>WIB</p>	<p><b>Halusinasi</b></p>	<p><b>SP 3 Pasien : Bercakap-cakap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2, dan beri pujian</li> <li>2. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi</li> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan ke jadwal harian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah jarang melihat bayangan hitam ketika ingin tidur</li> <li>- Pasien mengatakan sudah mampu melakukan kegiatan bercakap cakap dengan teman, dan petugas yang berada di rumah sakit</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih sering tampak melamun</li> <li>- Pasien masih tampak berbicara sendiri</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 3 masih dibantu</li> </ul>	

			<p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SP 3 terlaksana, lanjut SP 4</li> </ul>	
<p>Jumat</p> <p>10 Februari</p> <p>2023</p> <p>Pukul 09.00</p> <p>WIB</p>	<p><b>Halusinasi</b></p>	<p><b>SP 4 Pasien : Melakukan kegiatan sehari-hari</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, dan bercakap-cakap serta beri pujian</li> <li>2. Latih kemampuan halusinasi dengan cara kegiatan sehari-hari (membersihkan meja dan merapikan piring)</li> <li>3. Tanyakan perasaan pasien</li> <li>4. Berikan reinforcement</li> <li>5. Masukkan kejadwal harian</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah kurang melihat bayangan hitam dan suara bisikan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih tampak sering melamun</li> <li>- Pasien tampak membersihkan meja dan merapikan piring setelah makan</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mampu melakukan kegiatan sendiri tanpa bantuan perawat</li> </ul> <p><b>P:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimalkan SP 4</li> <li>- Intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan.</li> </ul>	

Lampiran 10

 **PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT**  
**BADAN LAYANAN UMUM DAERAH**  
**RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG**   
Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax (0751) 71379

---

Nomor : 070/10.6/01-11/2023  
Lampiran : -  
Perihal : Telah Selesai Melakukan Penelitian

Padang, 22 Februari 2023  
2 Sya'ban 1444  
Kepada Yth.  
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  
di Tempat

Dengan hormat,  
Sehubungan surat Saudara Nomor PP.03.01/630/1/2023 tanggal 11 Januari 2023, perihal Izin Penelitian :

Nama : Lidya Amelia Putri  
NIM : 203110174  
Program : D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang  
Judul : "Asuhan Keperawatan pada Pasien Napza dengan Perilaku Kekerasan di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang"

Telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang pada tanggal 22 Februari 2023.

Demikian kami sampaikan, atas kerja samanya diucapkan terima kasih.

  
Dr. AKLIMA MPH  
NIP. 19580203 200212 2 002

**Lampiran 11**

