



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PERILAKU KEKERASAN DI RUANGAN FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB SAANIN PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

SHINTYA MAHARANI PRASETYA D

NIM : 203110152

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG
2023**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PERILAKU KEKERASAN DI RUANGAN FLAMBOYAN
RUMAH SAKIT JIWA PROF. HB SAANIN PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

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

SHINTYA MAHARANI PRASETYA D

NIM : 203110152

**PROGRAM STDI D-III KEPERAWATAN PADANG
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

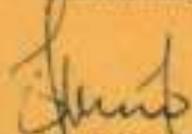
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruangan Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. HB Sxanin Padang Tahun 2023" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim penguji ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan RI Padang.

Padang, 17 Mei 2023

Menyetujui,

Pembimbing I



Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, SP, Jiwa
NIP. 19701020 199303 2002

Pembimbing II



Tasman, M.Kep, Sp.Kom
NIP. 19700522 199403 1001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan RI Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
NIP. 1975012119 9903 200 5

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Shintya Maharani Prasetya, D
Nim : 203110152
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruangan Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Padang.

Dewan Penguji :
Ketua Penguji : Ns.Hj.Murniati Muchtar,SKM, M.Biomed ()
Penguji : Renidayanti,S.Kp,M.Kep.Sp.Jiwa ()
Penguji : Heppi Sasmita,S.Kp,M.Kep.Sp.Jiwa ()
Penguji : Tasman, S.Kp.M.Kep.Sp.Kom ()
Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes RI Padang
Tanggal : 30 Mei 2023

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



(Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep)
NIP. 1975012119 9903 200 5

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 dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang**”. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar DIII pada Program Studi DIII Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

- (1) Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, S.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
- (2) Ibu dr. Aklima, M.PH selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang.
- (3) Bapak Tasman, M.Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
- (4) Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
- (5) Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku pembimbing I dan Bapak Tasman, M.Kep, Sp. Kom selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
- (6) Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
- (7) Teristimewa kepada orang tua, keluarga, dan teman-teman dekat tercinta yang telah memberikan semangat, dukungan, dan doa restu yang tak dapat ternilai dengan apapun dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
- (8) Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang, serta

semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan oleh semua pihak mendapatkan balasan dari Allah SWT. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan. Aamiin.

Padang, Mei 2023

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Shintya Maharani Prasetya,D

NIM : 203110152

Tanda Tangan :

A 10,000 Indonesian Rupiah stamp with a signature over it. The stamp is pink and yellow, featuring the Garuda Pancasila emblem and the text 'REPUBLIK INDONESIA', 'METRAL TEMPEL', and '10000'. The signature is in black ink.

Tanggal : 30 Mei 2023

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

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023
Shintya Maharani Prasetya.D**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruang
Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang**

Isi : xi + 85 Halaman + 2 Gambar + 2 Tabel + 11 Lampiran

ABSTRAK

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai dan mencederai seseorang secara fisik maupun psikologi. Berdasarkan data pasien rawat inap bulan Januari-November tahun 2021 didapatkan 1.781 orang dengan perilaku kekerasan di RSJ Prof HB Saanin Padang. Tujuan penelitian untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan perilaku kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2023. Jenis penelitian kualitatif dengan desain penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Populasi penelitian dilakukan pada 1 orang pasien dengan perilaku kekerasan. Tempat di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Waktu penyusunan dimulai dari November 2022 sampai April 2023, asuhan keperawatan dilakukan selama 7 hari. Populasi 2 orang klien yang mengalami perilaku kekerasan. Penentuan sampel dengan *purposive sampling*. Penetapan sampel 1 orang dengan *simple random*. Pengumpulan data wawancara, observasi, pengukuran, dan dokumentasi. Analisa data membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian orang lain. Hasil penelitian didapatkan data pengkajian yaitu merasa marah dan kesal jika keinginannya tidak terpenuhi, emosi labil, tatapan tajam, berbicara ngaur, sering mondar-mandir, jarang berinteraksi dengan sesama teman diruangan, terkadang tertawa dan bicara sendiri. Diagnosa keperawatan yaitu perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Intervensi dilakukan sesuai strategi pelaksanaan SP 1-4. Implementasi keperawatan melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik nafas dalam dan memukul bantal, 6 benar minum obat, meminta dan menolak dengan baik dan benar, beribadah dan berdoa, melatih klien mengontrol halusinasi menghardik, bercakap-cakap, dan melakukan aktivitas sehari-hari, serta memilih kegiatan yang bisa dilakukan dan melakukan kegiatan. Evaluasi keperawatan terhadap diagnosa keperawatan yang ditemukan dapat teratasi. Disimpulkan dari asuhan keperawatan ini selama 7 hari klien sudah dapat mengontrol perilaku kekerasan secara mandiri, klien sudah bisa berinteraksi dengan teman di ruangan, dan klien sudah bisa mengontrol marah secara mandiri. Disarankan pasien dapat mengikuti program terapi yang sudah direncanakan oleh dokter maupun perawat agar dapat mempercepat proses pemulihan.

**Kata Kunci (Key Word) : Perilaku Kekerasan, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 21 (2013-2022)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR ORISINALITAS	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	8
A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan	8
1. Defenisi	8
2. Etiologi.....	8
3. Rentang Respon Marah	11
4. Tanda dan Gejala	12
5. Mekanisme Koping	12
6. Penatalaksanaan.....	14
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Perilaku Kekerasan.....	15
1. Pengkajian Keperawatan	15
2. Diagnosa Keperawatan.....	23
3. Intervensi Keperawatan	24
4. Implementasi Keperawatan	26
5. Evaluasi Keperawatan	26
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	27
A. Jenis dan Desain Penelitian	27
B. Tempat dan Waktu Penelitian	27
C. Populasi dan Sampel Penelitian	27
D. Instrumen Pengumpulan Data.....	29
E. Jenis dan Teknis Pengumpulan data	30
F. Prosedur Penelitian... ..	32
G. Analisa Data.....	33
BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	34
A. Deskripsi Kasus	34
B. Pembahasan... ..	63
BAB V PENUTUP	79
A. Kesimpulan.....	79
B. Saran.....	80

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Masalah	11
Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan... ..	22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Ganchart Kegiatan
Lampiran 2	Informed Consent
Lampiran 3	Hasil pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa
Lampiran 4	Surat Pengantar Izin Pengambilan Data Poltekkes Kemenkes Padang
Lampiran 5	Surat Izin Survey Awal Dari Bidang Diklat dan Litbang Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. HB Saanin Padang
Lampiran 6	Surat Izin Penelitian Poltekkes Kemenkes Padang
Lampiran 7	Surat Izin Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
Lampiran 8	Surat Pernyataan Telah Selesai Melakukan Penelitian
Lampiran 9	Daftar Hadir Penelitian
Lampiran 10	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
Lampiran 11	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Shintya Maharani Prasetya.D
NIM : 203110152
Tempat / Tanggal Lahir : Sago, 06 Januari 2002
Agama : Islam
Status Kawin : Belum Kawin
Nama Orang
Ayah : Syamsir Delli
Ibu : Titik Sumanti
Alamat : Teluk Nibung, Gurun Panjang Selatan, Kecamatan Bayang, Kabupaten Pesisir Selatan, Sumatra Barat

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun
1	TK Aisyah Sago	2006 - 2007
1	SDN 27 Sago	2008 - 2014
2	SMPN 01 Painan	2014 - 2017
3	SMAN 02 Painan	2017- 2020
4	Prodi D-III Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan Padang, Poltekkes Kemenkes RI Padang	2020 - 2023

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

UU no 18 tahun 2014 menjelaskan bahwa Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya, Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu akan menimbulkan gangguan jiwa. Gangguan jiwa merupakan suatu perubahan fungsi kehidupan, mengakibatkan penderitaan pada individu atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial (Prabowo, 2014).

Data WHO (2019) di dunia terdapat sekitar 301 juta orang hidup dengan gangguan kecemasan, 280 juta orang yang terkena depresi, 40 juta orang yang mengalami bipolar dan 24 juta orang terkena skizofrenia. Data World Health Organization (WHO, 2022) terdapat 300 juta orang diseluruh dunia mengalami gangguan jiwa seperti depresi, bipolar, demensia, dan 24 juta orang mengalami skizofrenia. Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang (WHO, 2016). Prevalensi ODGJ berat di Indonesia adalah 1,7 per 1000 dan ODGJ ringan sekitar 6 pada populasi umum (Kemenkes,2013). Menurut hasil survei kesehatan mental (2016) ditemukan 185 per 1000 penduduk di Indonesia menunjukkan adanya gejala gangguan jiwa. Depkes RI menyatakan bahwa di Indonesia jumlah penderita penyakit jiwa berat sekitar 6 juta orang atau sekitar 2,5 % dari total penduduk Indonesia. Penderita gangguan jiwa di provinsi Sumatra Barat sekitar 111.016 orang, prevelensi tertinggi yaitu di daerah kota Bukittinggi dengan 20.317 orang sebanyak 17% orang gangguan jiwa dari jumlah penduduk kota Bukittinggi sekitar 119,183 orang dan disusul di daerah kota Padang urutan kedua dengan kejadian 50,577 orang sebanyak 5% orang gangguan jiwa dari jumlah penduduk di Kota Padang 927,168 orang. (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, 2017).

Prevalensi rumah tangga dengan anggota yang menderita gangguan jiwa skizofrenia meningkat dari 1,7 permil menjadi 7 permil pada tahun 2018. Gangguan jiwa dan emosional pada penduduk di bawah 15 tahun juga meningkat dari 6,1% atau sekitar 12 juta menjadi 9,8% atau sekitar 20 juta. Gangguan jiwa berat paling berat ditemukan di Daerah Istimewa Yogyakarta, Bali, Nusa Tenggara Barat, Aceh, dan Jawa Tengah. Sedangkan Sumatra Barat menempati urutan Sembilan dengan 1,9 juta orang. Di Sumatra Barat, tingkat kekerasan juga meningkat dari 2,8% menjadi 3,9% (Riskesdas, 2018).

Salah satu gangguan jiwa terbanyak dirumah sakit jiwa adalah skizofrenia. Skizofrenia adalah sekelompok gangguan jiwa berat yang umumnya ditandai oleh distorsi proses pikir dan persepsi yang berdasarkan, alam perasaan yang menjadi tumpul dan tidak serasi, kesadaran umumnya tidak jernih dan kemampuan intelektual biasanya dapat dipertahankan (Kemenkes, 2012).

Gejala positif dari skizofrenia yang sering muncul adalah Perilaku kekerasan. Pasien juga dapat melakukan perilaku kekerasan kepada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitarnya. Perilaku kekerasan adalah salah satu penyakit jiwa yang ada di Indonesia hingga saat ini diperkirakan jumlah penderitanya mencapai 2 juta orang. Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik (Stuart & Laraia, 2015).

Hasil penelitian Rifi Susanti dkk (2018) tentang hubungan pengetahuan dan motivasi pada pasien gangguan kesehatan jiwa didapatkan 339 (38,69%) pasien gangguan jiwa dengan halusinasi, pasien perilaku kekerasan sebanyak 254 (28,99%), pasien defisit perawatan diri sebanyak 96 (10,95%), dan pasien harga diri rendah sebanyak 62 (7,07%). Dari data tersebut, data pasien dengan perilaku kekerasan menempati urutan kedua dengan persentase 28,9 %.

Perilaku kekerasan juga dapat disebabkan oleh frustrasi, rasa takut, manipulasi atau intimidasi. Perilaku kekerasan ini adalah hasil konflik emosional yang belum dapat diselesaikan. Perilaku kekerasan juga dapat menggambarkan rasa tidak aman, kebutuhan perhatian, dan ketergantungan terhadap orang lain. Pasien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan berbahaya bagi dirinya, orang lain maupun lingkungan sekitarnya. Seperti menyerang orang, memecahkan alat rumah tangga, membakar rumah dan lainnya. Sehingga pasien dengan perilaku kekerasan dapat melukai dirinya, orang lain, dan lingkungan sekitarnya (Varera, 2017).

Muhith (2015) menjelaskan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan menimbulkan kerusakan tetapi ada juga yang diam seribu bahasa, gejala-gejala atau perubahan yang timbul pada pasien dalam keadaan marah seperti terjadi perubahan fisiologik (tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, pupil dilatasi, tonus otot meningkat, kadang-kadang konstipasi, reflek tendon tinggi), perubahan emosional (mudah tersinggung, tidak sabar, frustrasi, ekspresi wajah tampak tegang, bila mengamuk kehilangan kendali), perubahan perilaku (agresif, menarik diri, bermusuhan, sinis, curiga, mengamuk, nada suara keras dan kasar, menyerang, memberontak) dan tindakan perilaku kekerasan atau marah yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan menurut Prabowo (2014), apabila pasien tidak mendapatkan penanganan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain, dan lingkungan. Resiko cidera adalah suatu tindakan yang dapat merugikan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Dampak dan kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan yang professional salah satunya adalah keperawatan jiwa.

Peran perawat sangat penting untuk mengatasi munculnya efek lebih lanjut dari perilaku kekerasan. Menurut Budiono (2016) peran perawat diartikan sebagai perilaku yang diharapkan pasien dari perawat sesuai dengan tugasnya. Sedangkan menurut Berman et al (2016), peran perawat adalah sebagai pengasuh, komunikator, pendidik, penasihat pasien, agen perubahan, manajer, pemimpin, manajer khusus, dan konsumen penelitian dan pengembangan karir keperawatan. Salah satu strategi yang sering digunakan di rumah sakit untuk penatalaksanaan pasien di rumah sakit adalah dengan melakukan restrain. Restrain adalah tindakan langsung dengan menggunakan kekuatan fisik pada individu yang bertujuan untuk membatasi kebebasan dalam bergerak. Kekuatan fisik ini dapat menggunakan tenaga manusia, alat mekanis atau kombinasi keduanya. Restrain dengan tenaga manusia terjadi ketika perawat secara fisik mengendalikan pasien. Kemudian, restrain dengan alat mekanis menggunakan peralatan yang biasanya di pasang di pergelangan tangan dan kaki untuk mengurangi agresif fisik pasien, seperti memukul dan menendang. Terdapat dua tindakan yang sering dilakukan pada pasien perilaku kekerasan yaitu restrain dan isolasi (Videbeck & Sheila, 2009).

Hasil penelitian yang dilakukan Krido Harmianto (2017) di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah, mengenai terapi strategi pelaksanaan terhadap pengendalian marah pasien perilaku kekerasan, salah satunya penerapan strategi pelaksanaan (SP) satu teknik nafas dalam, didapatkan hasil bahwa terapi relaksasi nafas dalam sangat efektif diaplikasikan pada pasien perilaku kekerasan untuk mengontrol kemarahan. Penelitian ini menggambarkan amarah pasien apabila diterapkan dengan sebiak mungkin, sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien saat itu. Hasil penelitian dari Hidayat (2018) di Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU) Ruang Camar RSJ.Dr.Radjiman Wedioningrat Lawang dengan 20 responden didapatkan bahwa setelah diberikan terapi relaksasi pernapasan, pasien yang mengalami penurunan

gejala perilaku kekerasan adalah sebanyak 12 orang (60%), yang mengalami peningkatan sebanyak 1 orang (5%), dan yang tetap sebanyak 7 orang (35%). Terapi relaksasi pernapasan efektif digunakan untuk menurunkan perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia karena dengan relaksasi pernapasan dapat memberikan ketenangan dalam bernafas, sehingga sikap mental dan badan yang relaks akhirnya menyebabkan otot lentur dan menghilangkan ansietas.

Berdasarkan data tahun 2021 yang didapat di RS Jiwa Prof HB Saanin Padang penderita gangguan jiwa sebanyak 7.170 orang yang terdiri dari halusinasi sebanyak 4.758 orang, perilaku kekerasan sebanyak 1.781 orang, resiko bunuh diri sebanyak 290 orang, harga diri rendah sebanyak 86 orang, waham sebanyak 148 orang, isolasi sosial sebanyak 44 orang, kurang pengetahuan sebanyak 8 orang, dan koping individu tidak efektif sebanyak 63 orang. Berdasarkan data diatas diagnosa keperawatan terbanyak selama 2021 adalah halusinasi dan perilaku kekerasan.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 30 november 2022, didapatkan diagnosa keperawatan di instalasi rawat inap (IRNA A, B, Anrem, dan Napza) adalah Halusinasi yaitu 4.758 orang (66,23%) dan Perilaku kekerasan yaitu 1.781 (24,79%) dari 7.184 kasus dengan jumlah 9 Diagnosa Keperawatan terbanyak yang ditemukan diantaranya resiko bunuh diri sebanyak 290 orang, isolasi sosial sebanyak 44 orang, kurangnya pengetahuan sebanyak 8 orang, dan koping individu tidak efektif sebanyak 63 orang. (Laporan Tahunan RSJ.Prof.HB.Saanin Padang, 2021).

Berdasarkan hasil observasi 3 bulan terakhir ditahun 2022 didapatkan data pasien Perilaku Kekerasan disetiap ruangan sebagai berikut: diruangan Flamboyan terdapat pasien sebanyak 23 orang, diruangan Cendrawasih sebanyak 8 orang, diruangan Melati sebanyak 20 orang, diruangan Nuri sebanyak 12 orang, diruangan Merpati sebanyak 10 orang, dan diruangan Anggrek sebanyak 1 orang.

Survey awal yang dilakukan Peneliti di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang pada 30 November 2022 didapatkan jumlah pasien dengan perilaku kekerasan mengalami naik turun selama 3 bulan terakhir dimulai dari bulan Agustus 2022 sampai bulan Oktober 2022. Pada bulan Agustus tahun 2022 didapatkan data perilaku kekerasan sebanyak 7 orang, bulan September tahun 2022 sebanyak 10 orang, dan bulan Oktober tahun 2022 sebanyak 6 orang yang mengalami perilaku kekerasan, sedangkan dibulan November pasien perilaku kekerasan sebanyak 5 orang.

Observasi dan wawancara dengan perawat dilakukan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang karena berdasarkan data di RSJ Prof HB Saanin ruangan Flamboyan merupakan ruangan dengan kasus Perilaku Kekerasan tertinggi. Hasil wawancara dengan perawat pelaksana yaitu, di dapatkan data bahwa masalah yang muncul pada pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu muka merah, pandangan tajam, dan jalan mondar mandir. Upaya yang telah dilakukan oleh perawat ruangan adalah melatih latihan fisik nafas dalam dan memukul bantal atau kasur, latihan patuh minum obat, melatih cara verbal (mengungkapkan dengan baik, meminta dan menolak), dan melatih cara spiritual (melakukan kegiatan sehari-hari). Namun hasilnya belum maksimal dan diperlukan latihan yang berulang untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis telah melakukan penelitian tentang menerapkan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang pada tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang pada tahun 2023.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang pada tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang.
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosa Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang.
- c. Mendeskripsikan rencana Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang.
- d. Mendeskripsikan tindakan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang.
- e. Mendeskripsikan evaluasi hasil Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang.
- f. Mendeskripsikan pendokumentasian Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang.

D. Manfaat

1. Bagi peneliti

Hasil dan proses penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi peneliti Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan.

2. Bagi Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang

Diharapkan hasil penelitian ini menjadi bahan tambahan pembelajaran diinstitusi Prodi Keperawatan Padang khususnya bagi mahasiswa dalam penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Hb Saanin Padang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

1. Defenisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai dan mencederai seseorang secara fisik maupun psikologi. Berdasarkan defenisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri berbentuk melukai diri untuk bunuh diri dan membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang lain yaitu tindakan agresif yang diarahkan untuk melukai orang lain atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar gelas, gunting, dan semua benda yang ada dilingkungan. Pada dasarnya pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa adalah pasien yang melakukan kerusakan pada lingkungan dan melakukan kekerasan dirumah.

2. Etiologi

a. Faktor Predoposisi

Menurut stuart (2013), masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor prediposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan factor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah). Di dalam factor predoposisi, terdapat beberapa factor yang menyebabkan terjadinya masalah perilaku kekerasan, seperti factor biologis, psikologis, dan sosialkultural.

1) Faktor Biologis

Berdasarkan factor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat

penggunaan NAPZA (Naarkotika, Psikotropka, dan Zat Adiktif lainnya).

2) Faktor Psikologis

Pengalaman marah merupakan 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. Salah satu kebutuhan manusia adalah berperilaku, apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui berperilaku konstruktif, maka yang akan muncul adalah individu tersebut akan berperilaku destruktif.

3) Faktor Sosiokultural

Teori lingkungan sosial (Social Environment Theory) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (social learning theory).

4) Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif adalah hasil dari dorongan insting.

5) Perilaku (Behavioral)

- a) Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar menyebabkan kegagalan kemampuan dalam merespons positif terhadap frustrasi.
- b) Penekanan emosi berlebihan (over rejection) pada anak-anak atau godaan (seduction) orang tua mempengaruhi kepercayaan (trust) dan percaya diri (self esteem) individu.
- c) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (child abuse) atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

6) Sosial Kultural

a) Norma

Norma merupakan control masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Kadang control sosial yang sangat ketat (strict) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan dapat menyebabkan marah yang tidak sehat, dan menyebabkan individu memilih cara malapdatif lainnya.

b) Budaya asertif dimasyarakat membantu individu untuk berespons pada marah yang tidak sehat.

Factor yang dapat menyebabkan timbulnya agresifitas atau perilaku kekerasan yang malapdatif antara lain sebagai berikut:

1. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan.
2. Status dalam perkawanan
3. Hasil dari orang tua tunggal (single parent).
4. Pengangguran.
5. Ketidakmampuan mempertahankan hubungan interpersonal dan struktur keluarga dalam sosial cultural.

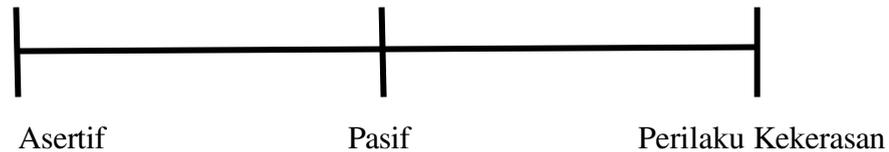
b. Factor Presipitasi

Factor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stressor yang mencetus perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stressor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stressor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Dan stressor dari dalam dapat berupa kehilangan keluarga atau sahabat yang disayangi, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain- lain. Selain itu, lingkungan yang kurang kondusif seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan.

3. Rentang Respon Marah

Respon marah berfluktuasi sepanjang respon adaptif dan maladaptive

Respon adaptif ←————→ Respon maladaptive



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Musmini, 2019).

Dalam setiap orang terdapat fasilitas untuk berperilaku pasif, asertif, dan agresif perilaku kekerasan. (Musmini, 2019)

- a. Perilaku asertif adalah perilaku individu yang mampu mengungkapkan atau menyatakan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.
- b. Perilaku pasif adalah perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata.
- c. Perilaku kekerasan/ Agresif adalah dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan (panik).

Stress, cemas, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Respon rasa marah dapat diekspresikan secara eksternal (perilaku kekerasan) maupun internal (depresi dan penyakit fisik).

Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif, menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain, akan memberikan perasaan lega, menurun ketegangan sehingga perasaan marah dapat teratasi. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku kekerasan biasanya disebabkan individu sedang merasa takut. Cara yang demikian tidak dapat menyelesaikan

masalah, bahkan akan menimbulkan kemarahan yang berkepanjangan dan perilaku destruktif.

Perilaku yang asertif seperti menekan rasa marah dilakukan individu seperti pura-pura tidak marah atau melarikan diri dari perasaan marahnya sehingga rasa marah tidak terlihat. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat akan menimbulkan perasaan destruktif yang ditujukan pada diri sendiri (Muhith, 2015).

4. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Menurut buku Keperawatan Jiwa Sutejo tahun 2016, tanda dan gejala perilaku kekrasandapat dilihat sebagai berikut:

- a. Data Subjektif
 - 1) Ungkapan berupa ancaman
 - 2) Ungkapan kata-kata kasar
 - 3) Ungkapan ingin memukul atau melukai
- b. Data Objektif
 - 1) Wajah memerah dan tegang
 - 2) Pandangan tajam
 - 3) Mengatupkan rahang dengan kuat
 - 4) Mengepalkan tangan
 - 5) Bicara kasar
 - 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
 - 7) Mondar mandir
 - 8) Melempar atau memukul benda atau orang lain

5. Mekanisme Koping

Menurut Prabowo (2014), beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain:

- a. Sublimasi yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyaluran secara normal. Misalnya seseorang sedang

marah melampiaskan kemarahannya pada objek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

- b. Proyeksi yaitu menyalahkan orang lain mengenai keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu dan mencumbunya.
- c. Represi yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya 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 yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
- e. Displacement yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada objek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambarkan di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

6. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan

Menurut Prabowo (2014), penatalaksanaan perilaku kekerasan sebagai berikut:

a. Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromizne HCL yang berguna untuk mengembalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya trifluoperasine estelasine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan transquilizer bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

b. Terapi okupasi

Terapi pekerjaan seperti membaca Koran, bermain catur, kegiatan berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan nbagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitas setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

c. Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat –sakit) pasein. Perawat membantu agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah keperawatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptive (pencegahan sekunder) dan memulihkan perilaku maladaptive ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehstan pasien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal.

d. Terapi somatik

Terapi somatik merupakan terapi yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptive menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku kekerasan.

e. Terapi kejang listrik

Terapi ini menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan listrik melalui elektroda yang diletakkan pada pelipis pasien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20- 30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2- 3 hari sekali (seminggu 2 kali).

B. Asuhan Keperawatan Jiwa Perilaku Kekerasan

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat professional melalui kerja sama yang bersifat kolaboratif baik dengan pasien maupun tenaga kesehatan lainnya. Standar asuhan keperawatan terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) pengkajian, 2) diagnosa, 3) perencanaan, 4) implementasi, 5) evaluasi (Muhith, 2015).

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Perawat yang merawat pasien melakukan pengenalan dan kontrak pasien tentang: nama perawat, nama panggilan, nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan, tanyakan dan catat umur, jenis kelamin, agama, alamat lengkap, tanggal masuk, dan nomor rekam medik.

b. Alasan Masuk

Alasan pasien masuk biasanya pasien sering mengungkapkan kalimat yang bernada ancaman, kata- kata kasar, ungkapan ingin memukul serta memecahkan perabotan rumah tangga. Pada saat berbicara pasien terlihat memerah dan tegang, pandangan mata tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan

biasanya tindakan keluarga pada saat itu yaitu dengan mengurung pasien atau memasing pasien. Tindakan yang dilakukan keluarga tidak dapat merubah kondisi ataupun perilaku pasien.

c. Faktor Prediposisi

Pasien perilaku kekerasan biasanya sebelumnya pernah mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa. Biasanya gejala yang timbul merupakan akibat trauma yang dialami pasien yaitu penganiayaan fisik, kekerasan didalam keluarga atau lingkungan, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami ataupun melakukan kekerasan tersebut.

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu pemeriksaan tanda- tanda vital didapatkan tekanan darah, nadi, dan pernapasan, biasanya pasien perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan akan meningkat ketika pasien marah.

e. Psikososial

1) Genogram

Genogram dibuat tiga generasi yang menggambarkan hubungan pasien dengan keluarganya dan biasanya pada genogram akan terlihat ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pola komunikasi pasien, pengambilan keputusan dan pola asuh.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Biasanya pasien perilaku kekerasan menyukai semua bagian tubuhnya, ttapi ada juga yang tidak.

b) Identitas Diri

Biasanya pasien perilaku kekerasan tidak puas terhadap pekerjaan yang sedang dilakukan maupun yang sudah dikerjakannya.

- c) Peran Diri
Biasanya pasien perilaku kekerasan memiliki masalah dalam menjalankan peran dan tugasnya.
 - d) Ideal Diri
Biasanya pasien perilaku kekerasan memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi, status peran, dan kesembuhan dirinya dari penyakit.
 - e) Harga Diri
Biasanya peran perilaku kekerasan memiliki harga diri yang rendah.
- 3) Hubungan Sosial
- Biasanya pasien perilaku kekerasan tidak mempunyai orang terdekat tempat ia bercerita dalam hidupnya, dan tidak mengikuti kegiatan masyarakat.
- 4) Spiritual
- a) Nilai dan Keyakinan
Biasanya pasien perilaku kekerasan meyakini agama yang dianutnya dengan melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan keyakinannya.
 - b) Kegiatan Ibadah
Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan kurang (jarang) melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.
- 5) Status Mental
- a) Penampilan
Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan penampilan kadang rapi dan kadang- kadang tidak rapi. Pakaian diganti pasien dalam keadaan normal.
 - b) Pembicaraan
Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan berbicara dengan nada yang tinggi dan keras.

c) Aktifitas Motorik

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan aktifitas motoric pasien tampak tegang, dan agitasi (gerakan motoric yang gelisah), serta memiliki penglihatan yang tajam jika ditanya hal- hal yang dapat menyinggungnya.

d) Alam Perasaan

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan alam perasaan pasien terlihat sedikit sedih terhadap apa yang sedang dialaminya.

e) Afek

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan selama berinteraksi emosinya labil. Dimana pasien mudah tersinggung ketika ditanya hal- hal yang tidak mendukungnya, pasien memperlihatkan sikap marah dengan mimik muka yang tajam dan tegang.

f) Interaksi Selama Wawancara

1) Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan bermusuhan, tidak kooperatif, dan mudah tersinggung.

2) Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan defensif, selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya.

g) Persepsi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan tidak ada mendengar suara- suara, maupun bayangan- bayangan yang aneh.

h) Proses atau Arus Fikir

Biasanya pasien berbicara sesuai dengan apa yang ditanyakan perawat, tanpa meloncat atau berpindah- pindah ketopik lain.

i) Isi Fikir

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih memiliki ambang isi fikir yang wajar, dimana ia selalu menanyakan

kapan ia akan pulang dan mengharapkan pertemuan dengan keluarga dekatnya.

j) Tingkat Kesadaran

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan tingkat kesadaran pasien baik, dimana ia menyadari tempat keberadaannya dan mengenal baik bahwasanya ia berada dalam pengobatan atau perawatan untuk mengontrol emosi labilnya.

k) Memori

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan daya ingat jangka panjang pasien baik, dimana ia masih bisa menceritakan kejadian masa- masa lampau yang pernah dialaminya, maupun daya ingat jangka pendek, seperti menceritakan penyebab ia masuk ke rumah sakit jiwa.

l) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan yang pernah menduduki dunia pendidikan, tidak memiliki masalah dalam hal berhitung (penambahan maupun pengurangan).

m) Kemampuan Penilaian

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih memiliki kemampuan penilaian baik, seperti jika dia disuruh memilih nama yang baik antara makan dulu atau mandi dulu, maka dia akan menjawab lebih baik mandi dulu.

n) Daya Tarik Diri

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan menyadari bahwa dia berada dalam masa pengobatan untuk mengendalikan emosinya yang labil.

f. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan yang tidak memiliki masalah dengan nafsu makan maupun system

pencernaannya, maka akan menghabiskan makanan sesuai dengan porsi makanan yang diberikan.

2) BAB/ BAK

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih bisa BAK/ BAB ketempat yang disediakan atau ditentukan seperti wc atau kamar mandi.

3) Mandi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan untuk kebersihan diri seperti mandi, gosok gigi, dan gunting kuku masih dapat dilakukan seperti orang-orang normal, kecuali ketika emosinya sedang stabil.

4) Berpakaian

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masalah berpakaian tidak terlalu terlihat perubahan, dimana pasien biasanya masih bisa berpakaian secara normal.

5) Istirahat dan Tidur

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan untuk lama waktu tidur siang dan malam tergantung dari keinginan pasien itu sendiri dan efek dari memakan obat yang dapat memberikan ketenangan lewat tidur. Untuk tindakan seperti membersihkan tempat tidur, dan berdoa sebelum tidur maka itu masih dapat dilakukan pasien seperti orang normal.

6) Penggunaan Obat

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan menerima keadaan yang sedang dialaminya, dimana dia masih dapat patuh makan obat sesuai frekuensi, jenis, waktu maupun cara pemberian obat itu sendiri.

7) Pemeliharaan Kesehatan

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan menyatakan keinginan yang kuat untuk pulang, dimana ia akan mengatakan akan melanjutkan pengobatan dirumah maupun control ke puskesmas dan akan dibantu oleh keluarganya.

8) Aktivitas didalam Rumah

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan masih bisa diarahkan untuk melakukan aktivitas didalam rumah seperti merapikan tempat tidur maupun mencuci pakaian.

9) Aktivitas diluar Rumah

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan ini disesuaikan dengan jenis kelamin pasien dan pola kebiasaan yang biasa dia lakukan diluar rumah.

g. 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) Aktivitas konstruktif
- e) Olahraga

2) Koping maladaptive

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

h. 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

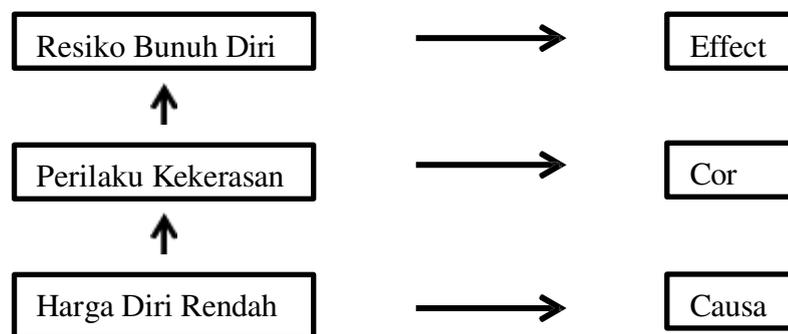
perawat maupun tim medis yang lain dapat memberikan solusi maupun jalan keluar yang tepat dan tegas.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai data yang didapatkan, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan tersebut (Keliat, 2009: 131).

Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

Pohon masalah adalah rangkaian peristiwa yang menggambarkan urutan kejadian masalah pada pasien sehingga dapat mencerminkan psiko dinamika terjadinya gangguan jiwa. Pohon masalah pada perilaku kekerasan dapat berupa:



Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Prabowo, 2014)

- Masalah utama (Core Problem) adalah prioritas masalah dari beberapa masalah yang ada pada pasien. Masalah utama bisa didapatkan dari alasan masuk atau keluhan utama saat itu (saat pengkajian).
- Penyebab (Causa) adalah satu dari beberapa masalah yang merupakan penyebab masalah utama, masalah ini dapat pula disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, demikian seterusnya.

- c. Akibat (Effect) adalah salah satu dari akibat beberapa masalah utama, akibat ini dapat menyebabkan kemungkinan terjadinya akibat yang lain dan berkelanjutan.

Diagnosa keperawatan diterapkan sesuai data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mampu untuk mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Menurut Muhith (2015), diagnosa keperawatan yang muncul adalah

- a. Perilaku kekerasan
- b. Harga Diri Rendah

Ada juga diagnosa lain yang ditemukan pada pasien perilaku kekerasan yaitu:

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, dan lingkungan)
- c. Perubahan persepsi sensori: halusinasi
- d. Isolasi sosial

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat dilakukan untuk pasien perilaku kekerasan menurut Imran (2016) adalah

1. Tujuan
 - a) Pasien dan keluarga dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
 - b) Pasien dan keluarga dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
 - c) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
 - d) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.

- e) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.
 - f) Pasien dapat mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, spiritual, sosial, dan terapi psikofarma.
2. Strategi tindakan pelaksanaan pada pasien perilaku kekerasan menurut irman (2016) adalah
- 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 fisik, obat, verbal atau spiritual
 - d. Menjelaskan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik yaitu tarik nafas dalam dan memukul bantal atau kasur
 - e. Memasukkan latihan fisik kedalam jadwal pasien
 - 2) Strategi pelaksanaan 2 : latihan patuh minum obat
 - a. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - b. Mengevaluasi kemampuan melakukan tarik napas dalam dan pukul bantal atau kasur.
 - c. Menjelaskan latihan selanjutnya yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat.
 - d. Menanyakan manfaat yang dirasakan pasien dan berikan pujian
 - e. Menjelaskan 6 benar minum obat, yaitu benar nama, jenis obat, 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 napas dalam, memukul bantal atau kasur, dan patuh minum obat.
 - c. Menanyakan manfaat dan memberikan 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 kedalam jadwal pasien.
- 4) Strategi pelaksanaan 4 : latihan cara spiritual
 - a. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - b. Memvalidasi kemampuan pasien melakukan teknik napas dalam, memukul bantal atau kasur, patuh minum obat, dan latihan secara verbal.
 - c. Menanyakan manfaat dan memberikan pujian
 - d. Latihan selanjutnya yaitu latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan memilih 2 kegiatan.
 - e. Memasukkan latihan secara spiritual kedalam jadwal latihan pasien.
3. Strategi tindakan pelaksanaan pada keluarga pasien menurut Muhith (2015) adalah
 - 1) Strategi pelaksanaan Keluarga 1 : Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah
 - a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
 - b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku kekerasan).
 - c. Diskusikan bersama keluarga kondisi- kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda dan orang lain.

- 2) Strategi pelaksanaan keluarga 2 : Melatih keluarga melakukan cara- cara mengontrol kemarahan
 - a. Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah
 - b. Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
 - c. Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala- gejala perilaku kekerasan.
- 3) Strategi pelaksanaan keluarga 3 : menjelaskan perawatan lanjutan bersama keluarga, buat perencanaan pulang bersama keluarga.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Kusumawati (2012), implementasi atau pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Selanjutnya Prabowo (2014), mengungkapkan bahwa sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh klien pada saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons klien didokumentasikan.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Yusuf (2015), evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi ada dua macam, yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respon klien legar yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilakukan Yusuf (2015).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis kualitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Studi kasus yang dilakukan pada penelitian ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa PROF. HB Saanin Padang. Waktu penelitian dimulai dari pembuatan Karya Tulis Ilmiah pada bulan November 2022 sampai bulan Juni 2023. Penerapan Asuhan dilakukan selama satu minggu dari tanggal 10 April 2023 sampai 15 April 2023.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien skizofrenia yang mengalami masalah perilaku kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa PROF. HB Saanin Padang. Pada bulan April 2023 terdapat sebanyak 2 orang pasien dengan skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof Hb Saanin Padang

2. Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah pasien dengan perilaku kekerasan yang ada di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa PROF. HB Saanin Padang. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan menggunakan teknik *purposive sampling* dari 2 orang pasien perilaku kekerasan peneliti mengambil 1 orang pasien sebagai partisipan yang memenuhi kriteria yang ditetapkan.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien bersedia menjadi responden
- 2) Pasien dengan skizofrenia yang mengalami gangguan perilaku kekerasan.
- 3) Pasien dengan perilaku kekerasan yang dirawat di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa PROF. HB Saanin Padang
- 4) Pasien gangguan jiwa yang sudah kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian adalah :

- 1) Pasien tidak bersedia menjadi responden
- 2) Pasien tetap dalam proses wawancara selesai
- 3) Pasien yang mengalami cacat fisik yang dapat mengganggu proses penelitian.
- 4) Pasien dalam keadaan gelisah

Dalam menentukan sampel didapatkan jumlah pasien yang sedang dirawat di Ruang Flamboyan terdapat sebanyak 2 orang pasien yang mengalami perilaku kekerasan. Dari 2 orang pasien dengan perilaku kekerasan tersebut terdapat 2 orang pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kemudian peneliti

melakukan random acak sederhana dan akhirnya didapatkan 1 orang pasien sebagai partisipan..

D. Instrument Pengumpulan Data

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan dalam wawancara adalah format tahapan proses keperawatan dasar yaitu format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

- a. Format pengkajian keperawatan jiwa
- b. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah dan etiologi.
- c. Format diagnosa keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
- d. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik,diagnosa keperawatan.
- e. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan
- f. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

Pemeriksaan fisik dengan alat berupa stetoskop, tensi meter dan termometer, observasi dengan menggunakan lembar pengkajian pemeriksaan.

E. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data penelitian dapat dilakukan dengan cara:

1. Wawancara

Wawancara yang dilakukan peneliti di rumah sakit berkaitan dengan kronologi penyakit yang dialami oleh pasien, alasan masuk klien ke rumah sakit, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga klien.

2. Observasi

Dalam penelitian ini, peneliti mengobservasi kondisi klien dengan melakukan pengamatan secara langsung, melihat keadaan umum dan respon klien untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Data yang didapat dari observasi yaitu penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, tingkat kesadaran, tingkat konsentrasi dan berhitung.

3. Pengukuran

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pemantauan kondisi pasien dengan menggambarkan alat ukur pemeriksaan seperti : tensimeter, thermometer, pengukuran tinggi badan dan berat badan.

4. Dokumentasi

Dokumentasi adalah sebuah catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis dan dapat dipertanggung jawabkan.

Studi dokumentasi juga dapat dijadikan sebagai teknik pengumpulan data. Beberapa data didapatkan dalam bentuk kebijakan, foto, dokumen, hasil rapat, jurnal, dan lain-lain.

F. Jenis-jenis Data

1. Data primer

Data primer yaitu data yang dikumpulkan langsung dari pasien seperti pada pengkajian pada pasien. Data ini meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari pasien dan pemeriksaan fisik pasien

2. Data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh dari laporan atau catatan seperti rekam medik di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa PROF. HB Saanin Padang.

G. Prosedur Penelitian

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan peneliti adalah :

- 1 Peneliti meminta surat izin penelitian dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- 2 Peneliti meminta surat izin untuk melakukan penelitian ke Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang.
- 3 Peneliti meminta surat izin untuk melakukan penelitian ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang.
- 4 Peneliti meminta surat izin untuk melakukan penelitian dan memintak data laporan tahunan ke Kepala Bidang Kepawatan Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang.
- 5 Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian ke Kepala Ruangan Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang.
- 6 Peneliti melakukan penentuan populasi dengan mencatat jumlah pasien yang sedang dirawat di Ruang Flamboyan terdapat 2 orang pasien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan. Dari 2 orang pasien dengan perilaku kekerasan tersebut didapatkan 2 orang pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian peneliti melakukan random acak sederhana sehingga didapatkan 1 orang pasien sebagai partisipan.

- 7 Mendatangi partisipan, membina hubungan saling percaya dan menjelaskan tentang tujuan penelitian.
- 8 Meminta persetujuan partisipan dengan memberikan Informed Consent kepada partisipan.
- 9 Partisipan menandatangani Informed Consent, kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan partisipan untuk melakukan asuhan keperawatan.
- 10 Partisipan melakukan asuhan keperawatan selama 6 hari dengan menggunakan format pengkajian keperawatan jiwa.

H. Analisa Data

Analisa yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua data yang ditemukan saat pengkajian yang lalu dikelompokkan dan dianalisa berdasarkan data subjektif dan data objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnose keperawatan, menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi secara evaluasi hasil tindakan. Kemudian data yang ada di asuhan keperawatan dibandingkan apakah ada kesesuaian antara teori, hasil penelitian orang lain dengan kondisi pasien.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

Deskripsi kasus menjelaskan pelaksanaan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi di Rumah Sakit Jiwa Hb Saanin Padang dilakukan mulai pada tanggal 10-15 April 2023. Asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pada Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Prof Hb Saanin Padang.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Bpk. R berusia 44 tahun berjenis kelamin laki- laki, tempat tanggal lahir Jakarta, 05 februari 1979, suku pasien adalah minang, pasien beragama islam, pendidikan terakhir SMU atau sederajat, bekerja sebagai PNS, agama islam beralamat di JL Syech Jamil Jambek No 37A RT 2 RW 1 Pakan Kurai Guguk Panjang Bukittinggi. Pasien dirawat sejak tanggal 02 April 2023 dengan nomor rekam medis 00-05-60, sumber data ini adalah pasien, petugas ruang flamboyant, dan rekam medis. Mulai dilakukan pengkajian pada tanggal 10 April 2023 jam 10.00 WIB.

b. Alasan Masuk

Bpk. R masuk rumah sakit jiwa Prof. HB. Saanin Padang diantar oleh keluarga pada tanggal 02 April 2023 pukul 15:30 WIB melalui IGD. Alasan Bpk. R masuk rumah sakit jiwa dikarenakan Pasien gelisah sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, emosi labil, marah-marah tanpa sebab, Pasien sering mengamuk tanpa alasan. Pasien mengatakan kalau emosi datang pasien akan melempar barang barang yang ada didekat pasien, berbica ngaur dan terkadang bicara dan tertawa sendiri.

c. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada Bpk.R mengatakan selalu merasa marah dan kesal jika keinginannya tidak terpenuhi. Pada saat sudah mulai merasa marah pasien mulai meninggikan suaranya (berteriak) dan tatapan berubah menjadi lebih tajam dan merah. Saat kambuh pasien sering mondar-mandir bahkan sampai melempar barang apapun yang ada disekitarnya. Pasien juga bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan. Pasien mengatakan juga sering mendengar suara-suara, saat kambuh pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri. Kekambuhan akan menjadi apabila pasien sudah mulai malas minum obat.

d. Faktor Predisposisi**1) Gangguan Jiwa di Masa Lalu**

Pasien mengalami gangguan jiwa sejak 15 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2008 dengan tanda dan gejala sering marah tanpa sebab, berbicara kasar, membuang barang-barang, merusak barang, berbicara dan tertawa sendiri.

2) Pengobatan Sebelumnya

Pasien sebelumnya juga dirawat, terakhir dirawat 1 tahun yang lalu. Melakukan pengobatan rawat jalan di RSJ HB Saanin Padang. Pasien dirawat untuk kesekian kalinya. Pasien putus obat sejak 8 bulan yang lalu.

3) Trauma

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

a) Aniaya Fisik

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

b) Aniaya Seksual

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

c) Penolakan

Pasien mengatakan pernah menjadi korban penolakan ketika menemui anaknya yang dilarang istrinya.

d) Kekerasan Dalam Rumah Tangga

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

e) Tindakan Kriminal

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi tindakan kriminal.

4) Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

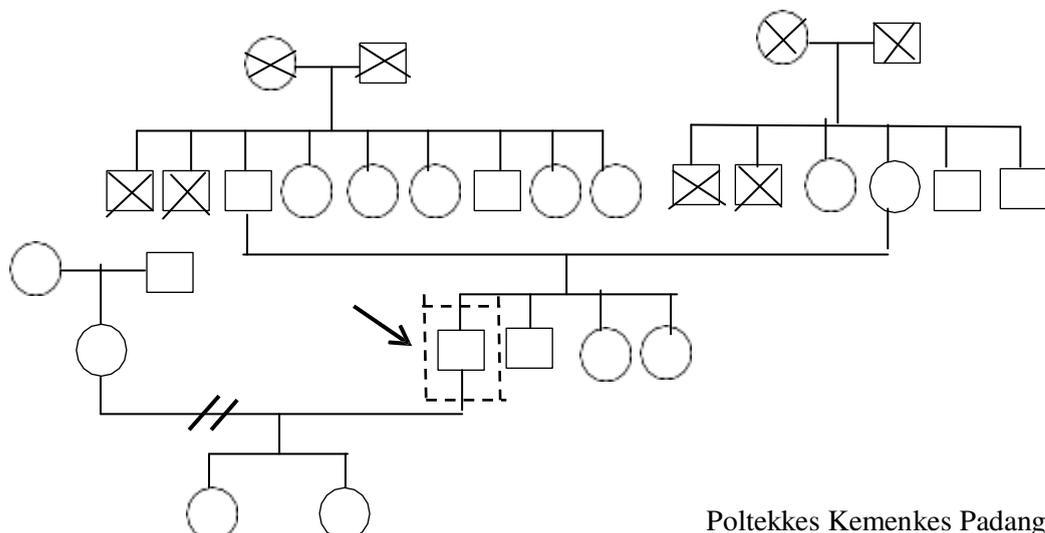
Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

5) Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yang pasien rasakan adalah ditinggal istri dan anaknya. Istri pasien menikah lagi dengan orang lain dan tidak boleh menemui anaknya.

e. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Bpk. R didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 122/90 mmHg, Nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Hasil pengukuran tinggi badan Bpk. R didapatkan 169 cm, berat badan 59 Kg. selanjutnya untuk keluhan fisik lainnya Bpk. R mengatakan terkadang merasa sakit kepala.

f. Psikososial**1) Genogram**

Keterangan :

	: Laki- Laki
	: Perempuan
	: Pasien
	: Tinggal Serumah
	: Perceraian
	: Meninggal

Pasien Bpk. R (44 tahun) merupakan anak pertama dari empat bersaudara. Ayah dan ibu pasien masih hidup. Pasien telah bercerai dengan istrinya dan tinggal sendiri dikos. Pasien memiliki anak perempuan dua orang. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain pasien.

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 suami dan ayah bagi anak- anaknya, karena pasien ditinggal menikah oleh istrinya dan anak- anaknya ikut istri.

c) Peran Diri

Pasien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang suami dan ayah, karena pasien belum mampu membuat istri dan anaknya bahagia.

d) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang agar bisa membantu pekerjaan orang tuanya kembali, dan pasien berharap bisa memulai kehidupan barunya lebih baik lagi.

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 adiknya.

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 dan mengaji.

g. Status Mental

a) **Penampilan**

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

b) Pembicaraan

Pasien saat dikaji cukup kooperatif, pasien bicaranya cukup keras, apa yang ditanyakan jawabannya sesuai, terkadang pasien tiba-tiba terhenti dalam menjawab pertanyaan dan pertanyaan yang dijawab diluar topik yang dibicarakan.

c) Aktivitas Motorik

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

d) Alam Perasaan

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

e) Afek

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

f) Interaksi Selama Wawancara

Saat berinteraksi pasien mudah curiga, beranggapan perawat tidak percaya dengan apa yang dirinya katakan, mudah tersinggung, dan pasien saat interaksi mudah bosan dan ketika sedang berkomunikasi tiba-tiba pergi. Namun pasien cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan.

g) Persepsi

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

h) Proses Pikir

Pasien tampak flight of ideas (pembicaraan pasien meloncat dari satu topik ke topik lain).

i) Isi Pikiran

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

j) Tingkat kesadaran

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

k) Memori

Pasien mengetahui orientasi waktu, tempat, namun pasien kurang mampu untuk mengingat orang yang berkenalan dengannya.

l) Tingkat Konsentrasi dan Behitung

Pasien kurang mampu untuk berkonsentrasi terhadap sesuatu, perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.

m) Kemampuan Penilaian

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

n) 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 kurag 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 pendek 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 membantu orang tuanya mencabut rumput sekitaran rumahnya.

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 iya tidak bekerja lagi hanya saja ia mendapat uang dari pensiunannya.

5) Masalah dengan perumahan

Pasien tidak ada masalah dengan perumahan. Pasien tinggal bersama orang tuanya.

6) Masalah ekonomi

Pasien mengatakan ada bermasalah dengan ekonomi karena yang bekerja hanya ayah pasien yang bekerja sebagai petani .

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.

i. Aspek Medik

Pasien di diagnosa dengan skizofrenia. Skizofrenia memiliki karakteristik dengan gejala positif dan negative. Salah satu gejala positif dan negative skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Pada kasus ini ditemukan gejala tersebut pada Bpk. R. Terapi medis yang didapatkan Bpk.R adalah Risperidol 2x2mg, dan Lorazepam 1x2mg.

j. Analisis Data

Dari hasil pengkajian didapatkan data yang akan dianalisis yaitu sebagai berikut:

- 1) **Data subjektif** : Pasien mengatakan sering mengamuk apabila keinginannya terhadap sesuatu tidak tercapai. Pasien mengatakan ketika marah sering melempar alat- alat rumah tangga. Pasien mengatakan merasa kesal bila perkataannya tidak didengar. Pasien mengatakan sangat marah saat keluarga membawanya

kerumah sakit. Pasien merasa gelisah karena selama dirumah sakit belum ada keluarga yang membesuk.

Data objektif : Nada bicara pasien tampak keras. Pandangan mata pasien tampak tajam dan mudah tersinggung. Pasien tampak jalan mondar- mandir. Pasien tampak bingung.

Masalah : Dari data yang didapatkan adalah Perilaku Kekerasan.

- 2) **Data subjektif :** Pasien mengatakan awal masuk rumah sakit mendengar bisikan dan bayangan hitam seakan- akan sedang mengawasinya.

Data objektif : Pasien tampak melamun dan pandangan kosong. Pasien tampak memandang tajam. Seseekali pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri.

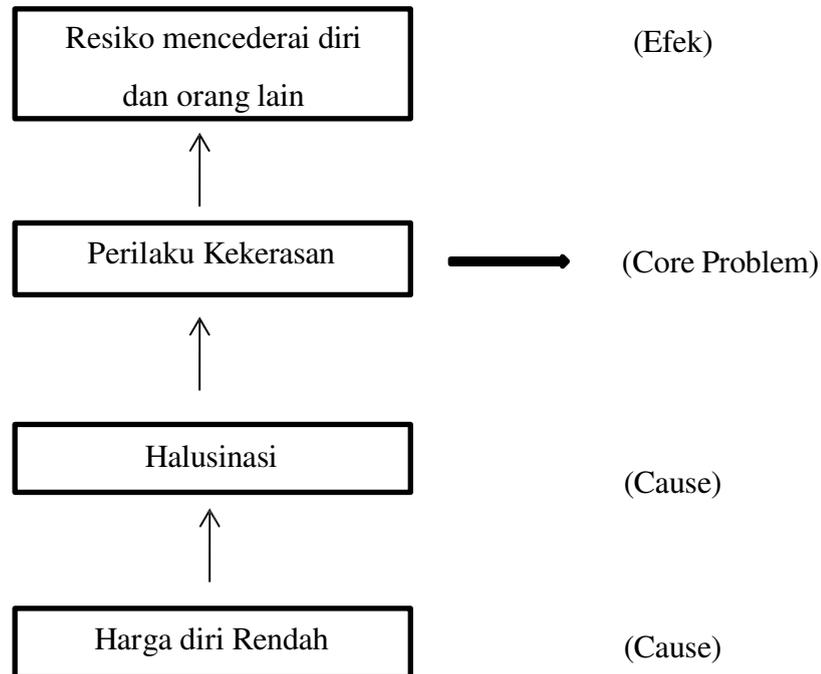
Masalah : Dari data yang didapatkan adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran dan penglihatan.

- 3) **Data subjektif :** Pasien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai suami dan ayah, karena pasien belum mampu membuat istri dan anaknya bahagia. Pasien mengatakan lebih senang menyendiri. Pasien mengatakan merasa malu dirawat di RSJ dan merasa akan diejek oleh orang- orang sekitarnya.

Data objektif : Pasien tampak lebih sering menyendiri. Pasien tampak jarang berkomunikasi dengan pasien lainnya. Kontak mata pasien kurang.

Masalah : Dari data yang didapatkan adalah harga diri rendah.

2. Diagnosis Keperawatan



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

3. Intervensi Keperawatan

Penulis 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 dilakukan selama 6 hari dimulai dari tanggal 10 April 2023 sampai 15 April 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 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 6 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.

c. 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. Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini
- d. Bantu pasien memilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih
- e. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)
- f. 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
- f. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- g. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

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 disesuaikan 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 10 April 2023 sampai dengan 15 April 2023.

a. Diagnosis Keperawatan Perilaku Kekerasan

Senin, 10 April 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 melampiaskan 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 Selasa, 11 April 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 menegaskan 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 Rabu, 12 April 2023 pada pukul 09.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan (SP) 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 Kamis, 13 April 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 klien 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 Halusinasi

Penulis melakukan implementasi pada diagnosis keperawatan prioritas kedua halusinasi yang dilakukan dari tanggal 12 April sampai dengan 15 April 2023.

Hari Rabu, 12 April 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 Kamis, 13 April 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 Jumat , 14 April 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 Sabtu, 15 April 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.

c. Diagnosis Keperawatan Harga Diri Rendah

Penulis melakukan implementasi pada diagnosis keperawatan prioritas kedua Harga diri rendah yang dilakukan dari tanggal 10 April 2023 sampai 13 April 2023.

Hari Senin, 10 April 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 suami dan ayah bagi anaknya, karena belum bisa membuat istri dan anaknya bahagia. 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 Selasa, 11 April 2023 pukul 14.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-2 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 Rabu, 12 April 2023 pukul 14.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke 3 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
Pasien mengatakan dirinya merasa senang setelah melakukan kegiatan membersihkan tempat tidur dan menyapu 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 Kamis, 13 April 2023 pukul 14.30 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 makana untuk teman-temannya Selain senang, pasien 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 lebih rapi dan lantai ruangan menjadi lebih bersih serta ia dapat membatu perawat dalam menyiapkan makanan untuk teman-teman 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)

Paisen mengatakan alat yang diperlukan untuk memberihkan 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

4. Evaluasi Keperawatan

a. Evaluasi Diagnosis Perilaku Kekerasan

Evaluasi keperawatan pada diagnosa utama yaitu Perilaku kekerasan strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal dilakukan pada hari Senin, 10 April 2023, pasien mengatakan melakukan latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal untuk mengontrol apabila perilaku kekerasan terjadi, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak melakukan latihan fisik nafas dalam apabila saat pasien mulai merasakan kemarahan, pasien masih bingung dan melihat dengan tajam, dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan pertama pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan pertama, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua perilaku kekerasan.

Hari Selasa, 11 April 2023 dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasasan 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.

Hari Rabu, 12 April 2023 dilakukan 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, berbicara dengan baik selama interaksi, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ke tiga pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat perilaku kekerasan.

Hari Kamis, 13 April 2023 dilakukan 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 data objektif yang ditemukan pasien tampak melakukan sholat ketika waktu sholat masuk hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ke empat pasien pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan keempat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnosa prioritas ke dua Halusinasi. Evaluasi keperawatan pada diagnosa prioritas ke dua yaitu Halusinasi strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan menghardik

b. Evaluasi Diagnosis Halusinasi

Dilakukan pada hari Rabu, 12 April 2023 pasien mengatakan melakukan latihan menghardik untuk mengontrol apabila halusinasi terjadi, 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 Kamis, 13 April 2023 dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi 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 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 Jumat, 14 April 2023 dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan ketiga yaitu melatih halusinasi dengan cara bercakap-cakap, pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan teman, namun bercakap-cakap hanya dilakukan sesekali karena pasien mengatakan tidak mengetahui topik yang akan dibicarakan, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak berbicara dan mengobrol dengan teman sekitar, namun pembicaraan sebentar pasien langsung diam karena tidak ada topik yang 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 Sabtu, 15 April 2023 dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi keempat yaitu melatih melakukan kegiatan 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 menggelap 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, dilanjutkan dengan evaluasi secara keseluruhan tindakan strategi pelaksanaan.

c. Evaluasi Diagnosis Harga Diri Rendah

Evaluasi harga diri rendah dilakukan dari tanggal 10 April 2023 sampai 13 April 2023. Hari Senin, 10 April 2023 pukul 13.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 yang dilakukan dengan cara melakukan kegiatan positif dan bantu pasien menilai kemampuan kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (membersihkan tempat tidur, menyapu lantai, menyiapkan makanan, dan membersihkan meja). Pasien mengatakan melakukan kegiatan positif yaitu membersihkan tempat tidur apabila pasien merasa tidak berguna, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak melakukan latihan kegiatan positif (membersihkan tempat tidur). Dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah pertama pasien mampu melakukan secara mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan tercapai dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua harga diri rendah.

Hari Selasa, 11 April 2023 pukul 14.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-2 yang dilakukan dengan cara yaitu kegiatan menyapu lantai. Pasien

mengatakan merasa senang karena melakukan kegiatan menyapu lantai karena membuat lantai bersih dan nyaman. Hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah pasien mampu melakukan secara mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan tercapai dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga harga diri rendah.

Hari Rabu, 12 April 2023 pukul 14.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke 3 yang dilakukan dengan cara yaitu kegiatan menyiapkan makanan. Pasien mengatakan merasa senang karena melakukan kegiatan menyiapkan makanan karena bisa membantu teman-temannya dan merasa berguna. Hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah pasien mampu melakukan secara mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan tercapai dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat harga diri rendah.

Hari Kamis, 13 April 2023 pukul 14.30 WIB, dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-4 yang dilakukan dengan cara yaitu kegiatan membersihkan meja. Pasien mengatakan dirinya merasa senang setelah melakukan kegiatan membersihkan tempat tidur, menyapu lantai, dan menyiapkan makana untuk teman-temannya. Selain senang, pasien mengatakan ia merasa lebih berguna dan punya banyak kegiatan. Hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah pasien mampu melakukan secara mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan

tercapai dan dilanjutkan dengan perawat yang berada diruangan.

5. 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 Bpk. R dengan perilaku kekerasan Wisma Flamboyan 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 Bpk. R ditemukan data pasien dirawat karena Alasan masuk pasien adalah selalu merasa marah dan kesal jika keinginannya tidak terpenuhi. Pada saat sudah mulai merasa marah pasien mulai meninggikan suaranya (berteriak) dan tatapan berubah menjadi lebih tajam dan merah. Saat kambuh pasien sering mondar- mandir bahkan sampai melempar barang apapun yang ada disekitarnya. Pasien juga bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan. Pasien mengatakan juga sering mendengar suara- suara, saat kambuh pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri. Kekambuhan akan menjadi apabila pasien sudah mulai malas minum obat.

Keluhan utama pasien dirawat pada partisipan sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tiya Putri Yuni (2018) tentang Asuhan Keperawatan Jiwa pada Bpk.Y dengan masalah utama perilaku kekerasan yang dilakukan di RSJ HB. Sa'adin Padang diruang Nuri dalam penelitian tersebut menjelaskan keluhan utama dan alasan masuk pasien masuk rumah sakit adalah gelisah, membuang-buang barang, melempar orang, dan bicara ngacau, hal ini sesuai dengan teori Dermawan (2013) yang memaparkan bahwa tanda dan gejala pasien perilaku kekerasan adalah marah-marah, mengamuk, pandangan tajam, merusak barang dan mengancam secara verbal dan fisik.

Berdasarkan data yang didapatkan dari penelitian terhadap Bpk. R peneliti berasumsi Keluhan utama yang dialami oleh pasien diantaranya 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

Penelitian yang dilakukan pada Partisipan didapatkan faktor predisposisi yang menyebabkan Bpk. R mengalami perilaku kekerasan adalah adanya faktor sosial kultural yaitu hubungan sosial terganggu disertai lingkungan sosial yang mengancam kebutuhan individu yang mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah seperti pasien menemukan hambatan dalam bermasyarakat yang mengakitkannya tidak mampu untuk membawa diri dalam masyarakat sehingga yang terjadi adalah riwayat trauma dimasa lalu, hilangnya kendali atas dirinya dan mengamuk.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hasmila dan Wildan pada tahun 2015, yang menunjukkan bahwa faktor sosiokultural dan lingkungan merupakan penyebab tertinggi di Poliklinik BLUD RSJ Aceh. Pada tahun 2014 yang memicu terjadinya skizofrenia adalah adanya pengalaman yang tidak menyenangkan seperti, terintimidasi oleh lingkungan sekolah/lingkungan sosial dan sulit mendapatkan pekerjaan sebanyak 24 orang responden (23,5%).

Selain itu faktor predisposisi (psikologis) yang memperberat terjadinya gangguan jiwa pada klien dimana kemampuan dalam menghadapi stress yang diterima partisipan tidak baik, seperti pasien menemui hambatan karna tidak adanya pekerjaan yang mengakibatkan pasien stres yang menyebabkan pasien kehilangan kendali atas dirinya dan mengamuk, serta riwayat gangguan jiwa dimasa lalu. Dari data yang di temukan tindakan pasien terjadi sebagai hasil akumulasi dari frustrasi. Teori ini mengatakan bahwa pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi.

Berdasarkan hasil pengkajian pada partisipan didapatkan bahwa adanya ketidakmampuan partisipan untuk mengontrol emosi ketika apa yang diinginkan tidak terpenuhi. Selain itu partisipan juga mengatakan sering mendengar suara suara aneh yang akan menyuruhnya melakukan sesuatu ataupun menginginkan sesuatu sehingga jika tidak terpenuhi partisipan akan kehilangan kendali dan menunjukkan tanda tanda perilaku kekerasan. Setelah sadar kembali ia akan merasa malu terhadap dirinya sendiri karna apa yang dilakukannya pada saat terjadi kekambuhan, sehingga menyebabkan partisipan merasa rendah diri dan tidak berharga.

Asumsi peneliti adalah tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang peneliti temukan di lapangan. Peneliti menemukan bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan Bpk. R mengalami gangguan jiwa adalah faktor sosio kultur dan faktor psikologis.

c. Status mental

Status mental pada Bpk. 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 Bpk. R adalah khawati berada di rumah sakit, interaksi selama wawancara Bpk. R mudah tersingggu, mudah curiga. Presepsi Bpk. R melihat bayangan dan mendengar suara bisikan. Proses pikir Bpk. R Pasien berbicara dengan berbelit-belit tetap sampai pada tujuan pembicaraan. Isi pikiran Bpk. 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 Bpk.R adalah perubahan irama perasaan yang cepat dan tiba-tiba yang tidak berhubungan dengan stimulasi eksternal. Afek adalah perasaan yang menguasai s ege nap hidup jiwa dan tidak bisa dikontrol dan dikuasai oleh pikiran (Sunaryo, 2010). Afek adalah perilaku yang berhubungan dengan agresif, yang dapat dinilai dari ekspresi, wajah, pembicaraan, marah, permusuhan mudah teransang dan berlebihan Muhith (2015). Berdasarkan data peneliti bahwa kejadian yang didapatkan dilapangan 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 tidak sampai pada tujuan pembicaraan (Tangensia). 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. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah pada pasien yang diteliti yaitu pada Bpk. R penyebab Perilaku Kekerasan yaitu halusinasi sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai core problem, dan harga diri rendah akibat.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan di wilayah kerja Puskesmas Baruah Gunuang Kabupaten Lima Puluah Kota. Didapatkan diagnosa pada Bpk.A yaitu halusinasi sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai core problem, dan harga diri rendah sebagai akibat.

Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Deden Dermawan (2013) pohon masalah pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu harga diri yang rendah dan halusinasi sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko bunuh diri sebagai akibat.

Prioritas masalah pertama yaitu perilaku kekerasan. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa adalah dengan data objektif, subjektif., dan alasan masuk Rumah Sakit Jiwa, seperti pasien gelisah, membuang barang, bicara ngacau, dan pandangan tajam. data subjektif dan objektif yang didapatkan pada Bpk.R.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) juga mengatakan bahwa diagnosa keperawatan pertama yaitu perilaku kekerasan. Data yang mendukung yaitu Bpk. A

mengatakan sering mengamuk apabila keinginan tidak dipenuhi, Tatapan mata tampak tajam, dan tampak gelisah.

Pernyataan tersebut sesuai dengan teori Keliat (2019) yang mengungkapkan bahwa tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu mengatakan kesal / benci pada orang lain, mengatakan tidak senang pada sesuatu hal, mengatakan keinginan menyakiti diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan, mengungkapkan keinginan yang tidak realistis dan minta dipenuhi, pandangan tajam, gelisah, dan berkata - kata kasar.

Prioritas kedua diagnosa keperawatan yang diambil pada Bpk. R yaitu halusinasi. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa halusinasi yaitu data subjektif seperti satu minggu sebelum masuk RSJ pasien bicara dan tertawa sendiri, melihat bayangan, dan mendengar suara.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) yang menyatakan bahwa diagnosa keperawatan kedua pada klien yaitu perilaku kekerasan dengan data pendukung yaitu Bpk.A mengatakan mendengar suara - suara yang mengejeknya, Bpk.A mengatakan suara itu muncul setiap saat tetapi paling sering saat mau tidur kurang lebih 5 kali dalam satu hari didengar sekitar 5 menit. Bpk.A tampak gelisah, berbicara sendiri, dan sering menutup telinga.

Data temuan peneliti pada diagnosa prioritas kedua sesuai dengan teori yang dikemukakan Prabowo (2014) bahwa masalah keperawatan yang mungkin muncul sebagai penyebab pada pasien dengan perilaku kekerasan salah satunya adalah gangguan persepsi sensori : halusinasi.

Prioritas ketiga diagnosa keperawatan yang diambil pada Bpk.R yaitu Harga Diri Rendah Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa ini adalah berdasarkan pengakuan pasien dan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti. pasien mengatakan semenjak sakit pasien ditinggal oleh istrinya, pasien mengatakan tidak puas dengan peranya sebagai suami dan ayah karena pasien belum mampu membuat istri dan anaknya bahagia.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) juga menyatakan bahwa diagnosa keperawatan ketiga yaitu harga diri rendah. Data yang mendukung yaitu Bpk. A mengatakan dijauhi oleh saudara kandung dan masyarakat, mengatakan gagal dalam menjalankan perannya dalam keluarga dan masyarakat, Bpk.A mengatakan malu dengan dirinya, dan Bpk.A mengatakan tidak berguna dalam keluarga.

Menurut teori Keliat (2010), tanda dan gejala pada klien dengan diagnosa keperawatan harga diri rendah yaitu kondisi seseorang yang menilai keberadaan dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain, berfikir tentang hal negative pada diri sendiri, sebagai individu yang gagal, dan tidak berprestasi.

Asumsi peneliti adalah berdasarkan beberapa data penelitian dan teori diatas, bahwa terdapat perbedaan antara teori dengan yang peneliti temukan di lapangan. Peneliti tidak menemukan resiko mencederai diri pada pasien perilaku kekerasan karena gejala umumnya belum terlihat pada saat dilakukan penelitian dengan pasien. Peneliti juga melakukan strategi pelaksanaan pada pasien dengan Perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah.

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada partisipan yaitu perilaku kekerasan, halusinasi dan harga diri rendah. Perawat membuat rencana keperawatan yang terstandar dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap partisipan.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosis prioritas pertama **perilaku kekerasan** pada partisipan yaitu, pada strategi pelaksanaan 1 pasien, perawat membina hubungan saling percaya, mendiskusikan penyebab perilaku kekerasan, mendiskusikan akibat dari perilaku dan perawat menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik napas dalam dan memukul bantal, Strategi pelaksanaan 2 pasien, mengevaluasi kemampuan

melakukan latihan fisik dan beri pujian, perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat. Strategi pelaksanaan 3 pasien, mengevaluasi kemampuan patuh minum obat dan beri pujian, perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik dan benar. Strategi pelaksanaan 4 pasien, mengevaluasi kemampuan melakukan latihan sosial dan verbal dan beri pujian, perawat melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: beribadah, mengaji, berdzikir, berdoa.

Intervensi keperawatan pada hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan di wilayah kerja Puskesmas Baruah Gunuang Kabupaten Lima Puluah Kota. tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di wilayah kerja Puskesmas Baruah Gunuang Kabupaten Lima Puluah Kota yang juga menyatakan bahwa intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan diagnosa pertama perilaku kekerasan yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab : tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan dan melakukan strategi pelaksanaan untuk mengontrol rasa marah dengan cara latihan fisik teknik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik) serta latihan cara spritual.

Menurut Dermawan (2013), intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan perilaku kekerasan yaitu bina hubungan saling percaya, identifikasi perasaan marah, tanda dan gejala, perilaku yang kekerasan, akibat perilaku kekerasan, latih cara mengontrol marah dengan cara latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal, minum obat secara teratur, latihan verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik), serta latihan cara spritual.

Berdasarkan data yang diperoleh dari partisipan, dibandingkan dengan beberapa penelitian sebelumnya serta dikatkan dengan teori, penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara data yang ditemukan dengan teori dan penelitian terdahulu.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosa prioritas kedua pada partisipan adalah **halusinasi**. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien terdiri dari empat, yaitu strategi pelaksanaan pertama perawat membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, strategi pelaksanaan kedua perawat mengevaluasi kemampuan menghardik halusinasi dan beri pujian, perawat melatih pasien minum obat secara teratur, strategi pelaksanaan ketiga perawat mengevaluasi kemampuan patuh minum obat dan beri pujian, perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain, strategi pelaksanaan keempat perawat mengevaluasi kemampuan melakukan bercakap-cakap dan beri pujian, perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di wilayah kerja Puskesmas Baruah Gunuang Kabupaten Lima Puluah Kota menyatakan bahwa intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan prioritas kedua halusinasi yaitu membina hubungan saling percaya, identifikasi halusinasi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan respon, latihan strategi pelaksanaan untuk mengontrol halusinasi dengan cara minum obat secara teratur, latihan cara menghardik, latihan cara bercakap-cakap, dan latihan dengan melakukan aktivitas sehari-hari.

Menurut Pusdiklatnakes (2012), intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan halusinasi pendengaran menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan pasien yaitu : bina hubungan saling percaya antara perawat

dengan klien, bantu klien menyadari halusinasinya; isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon klien, dan upaya yang telah dilakukan klien untuk mengontrol halusinasinya; serta latih klien cara mengontrol halusinasi dengan 4 cara yaitu : menghardik halusinasi; minum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar minum obat; bercakap-cakap dengan orang lain; melakukan aktivitas sehari - hari.

Berdasarkan data yang telah diperoleh dari pasien, kemudian disesuaikan dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya serta dikaitkan dengan teori yang ada maka dapat disimpulkan bahwa ada kesesuaian antara data yang diperoleh dengan teori dan penelitian terdahulu.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan untuk diagnosa ketiga pada partisipan adalah **harga diri rendah**. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien terdiri dari empat, yaitu pertama perawat membantu pasien memilih beberapa kegiatan yang dapat dilakukannya, pilih salah satu kegiatan yang dapat dilatih saat ini dan beri pujian, kedua yaitu perawat membantu pasien memilih kegiatan kedua dan beri pujian, latih kegiatan kedua, ketiga yaitu perawat membantu pasien memilih kegiatan ketiga, latih kegiatan ketiga dan beri pujian, keempat yaitu perawat membantu pasien memilih kegiatan keempat, latih kegiatan keempat dan beri pujian.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan perilaku kekerasan di wilayah kerja Puskesmas Baruah Gunung Kabupaten Lima Puluah Kota menyatakan bahwa intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan prioritas ketiga yaitu harga diri rendah. Strategi pelaksanaan dilakukan pada pasien terdiri dari empat yaitu pertama perawat membantu pasien memilih beberapa kegiatan yang dapat dilakukan, memilih salah satu kegiatan yang dapat dilatih saat ini, kedua latih kegiatan kedua, ketiga perawat melatih kegiatan ketiga, dan keempat melatih kegiatan keempat dan beri pujian.

Penyusunan intervensi keperawatan pada Partisipan telah sesuai dengan rencana teoritis menurut Keliat & dkk (2013). Namun tetap disesuaikan kembali dengan kondisi pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Penulis juga mengikuti langkah- langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari menentukan prioritas masalah sampaidengan kriteria hasil yang diharapkan. Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Faizah (2013) yang menyatakan bahwa perencanaan dilakukan berdasarkan teori dan disesuaikan kembali dengan kondisi pasien demi tercapainya tujuan penulis.

Peneliti berasumsi bahwa intervensi yang telah disusun hendaknya kembali disesuaikan dengan kondisi klien saat itu. Tujuannya untuk mengoptimalkan pemberian strategi pelaksanaan untuk mengontrol perilaku kekerasan muncul. Dalam perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktik dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan. Dalam hal ini, peneliti berusaha memprioritaskan masalah keperawatan sesuai dengan pohon masalah yang ditetapkan baik itu dari penyebab, core problem, maupun akibat yang muncul.

Menurut kesimpulan peneliti tentang intervensi keperawatan pada pasien dengan gangguan perilaku kekerasan tidak ada kesenjangan antara teori, kasus dan penelitian sebelumnya.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2018) yang menyatakan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien untuk diagnosa keperawatan pertama perilaku kekerasan yaitu : melatih partisipan mengontrol marah dengan cara latihan fisik yaitu pukul bantal dan nafas dalam, melatih mengontrol marah dengan patuh minum obat yaitu mengajarkan cara 6 benar minum obat, melatih partisipan mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta dan menolak dengan baik, melatih mengontrol marah dengan latihan spritual.

Implementasi pada diagnosa keperawatan **gangguan persepsi: halusinasi**. Tindakan dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan. Pertama perawat membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan partisipan mengontrol halusinasi, minum obat secara teratur (jelaskan 6 benar, jenis, fungsi, frekuensi), kedua perawat melatih partisipan cara menghardik, ketiga perawat melatih partisipan mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain, keempat perawat melatih partisipan mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal. Kemudian dimasukkan kedalam jadwal harian partisipan. Sebagaimana menurut teori Yusuf (2015), yang mengungkapkan bahwa halusinasi disebabkan oleh harga diri rendah dan akan mengakibatkan terjadinya perilaku kekerasan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maisarah (2019) yang menyatakan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien untuk diagnosa keperawatan kedua halusinasi yaitu melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, melatih klien minum obat secara teratur, melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara bercakap - cakap dengan orang lain, dan melatih klien mengontrol halusinasi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal.

Implementasi pada **diagnosa keperawatan harga diri rendah** yaitu dimulai dengan peneliti membantu partisipan memilih beberapa kegiatan yang dapat dilakukannya, pilih kegiatan yang dapat dilakukan oleh partisipan saat ini (menyapu, memasak, mencuci piring dan merapikan tempat tidur) dan latih kegiatan tersebut. Sebagaimana menurut teori Veri dkk (2018), yang menyatakan bahwa memberikan strategi pelaksanaan dapat mencegah terjadinya kekambuhan pada perilaku kekerasan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakuakn oleh Maisarah (2019) yang menyatakan bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien untuk diagnosa keperawatan ketiga harga diri rendah. Strategi pelaksanaan dilakukan pada pasien terdiri dari empat yaitu pertama perawat membantu pasien memilih beberapa kegiatan yang dapat dilakukan, memilih salah satu kegiatan yang dapat dilatih saat ini, kedua latih kegiatan kedua, ketiga perawat melatih kegiatan ketiga, dan keempat melatih kegiatan keempat dan beri pujian.

Didalam pemberian implementasi keperawatan peneliti juga memberikan reinforcement positif kepada klien. Hal ini dilakukan agar klien lebih bersemangat lagi dalam melakukan strategi pelaksanaan yang dilakukan. Hal ini didukung oleh teori Zelika & Dermawan (2015) yang mengungkapkan bahwa pemberian reinforcement positif dapat memudahkan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan dapat memberikan motivasi pada pasien.

Menurut peneliti, tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien saat ini. Peneliti tidak menemukan kesulitan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, karena klien memahami semua kegiatan yang telah diajarkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Diagnosa keperawatan **perilaku kekerasan** juga dapat teratasi dibuktikan dengan Bpk.R mengatakan ia sudah merasa tenang dan tidak kesal ataupun marah lagi, serta klien mampu mempraktekkan cara mengontrol marah sesuai strategi pelaksanaan yang telah diajarkan. Bpk.R mampu mengontrol marah dengan melakukan nafas dalam dan memukul bantal, Bpk.R mampu menyebutkan nama obat, warna obat, manfaat, waktu minum obat serta 6 prinsip minum obat, Bpk.R mampu meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan dengan baik, serta Bpk.R mampu melakukan latihan spritual.

Menurut Penelitian Muhith (2015), evaluasi ialah mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai dan mengobservasi perilaku pasien dengan mengidentifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan pasien, bagaimana keadaan pasien saat marah dan benci pada orang tersebut, sudahkah 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.

Diagnosa keperawatan **halusinasi** dapat teratasi, hal ini dibuktikan dengan Bpk.R mengatakan sudah tidak mendengarkan suara anak kecil yang memanggil namanya, Bpk.R mampu mempraktekkan cara mengontrol halusinasi secara mandiri sesuai dengan strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan. Bpk.R mampu memahami dan mempraktikkan cara menghardik halusiansi, Bpk.R mampu menyebutkan nama obat, warna obat, manfaat, waktu minum obat serta prinsip 6 benar minum obat, serta minum obat dengan teratur tetap diawasi oleh perawat, Bpk.R mampu bercakap-cakap dengan orang lain saat halusinasi muncul, Bpk.R mampu melakukan aktivitas sehari-hari yakni merapikan tempat tidur dan menyapu ruang makan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Nafiatun (2020) tentang Penerapan
Poltekkes Kemenkes Padang

Teknik Menghardik pada Bapak J dengan masalah halusinasi menyatakan bahwa teknik menghardik yang dilakukan konsisten pada pasien dengan halusinasi dapat menurunkan halusinasinya. Kemudian menurut penelitian yang dilakukan oleh Dermawan (2017) menyatakan bahwa terapi psikoreligius : zikir dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol halusiansi.

Diagnosa keperawatan **harga diri rendah** juga dapat teratasi dibuktikan dengan Bpk.R mengatakan telah melakukan kegiatan yang ada, klien sudah mau berinteraksi dengan temannya, klien sudah berani berkenalan dan berinteraksi didalam kegiatan kelompok.

Berdasarkan hasil penelitian Wahyuni (2016), Setelah penerapan asuhan keperawatan terjadi peningkatan harga diri yang dapat dilihat dari berkurangnya respon maladaptif yang ditampilkan oleh pasien. Kondisi ini dapat dilihat khususnya dari respon psikologis pasien yaitu meningkatnya kemampuan pasien menghargai orang lain dan menunjukkan rasa cinta pada orang lain.

Untuk rencana tindak lanjut pada klien Bpk.R adalah perawat harus tetap mengevaluasi kegiatan strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan pada klien Bpk.R. Kemudian pada saat klien Bpk.R sudah diperbolehkan pulang, dalam hal ini peran keluarga juga harus dilibatkan dalam evaluasi kegiatan dan dianjurkan memberikan reinforcement positif pada klien. Hal ini sejalan dengan teori oleh Prabowo (2014), menyatakan bahwa evaluasi sangat diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivikasi untuk melakukan self-inforcement

Peneliti berasumsi bahwa tidak terdapat perbedaan antara teori dengan praktik di lapangan. Kemudian untuk perkembangan yang ditunjukkan oleh Bpk.R masih perlu dilakukan observasi lebih lanjut. Apabila evaluasi yang diharapkan belum tercapai sepenuhnya, maka diperlukan adanya modifikasi dalam penyusunan intervensi keperawatan agar tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun dapat tercapai.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan jiwa pada Bpk.R dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang pada tahun 2023, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1) Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian pada Partisipan penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Pada etiologi disebutkan faktor predisposisi dari perilaku kekerasan meliputi faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural. Pada pengkajian prinsip yang harus diperhatikan pada data fokus yang didapatkan berdasarkan observasi dan wawancara pada pengkajian data fokus yang didapatkan yaitu sering marah-marah, pandangan tajam, nada suara tinggi, melempar atau memukul benda kepada orang lain. Pada faktor predisposisi berdasarkan hasil penelitian bahwa data fokus yang perlu dikaji yaitu faktor psikologis. Dimana pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan dapat menjadi alasan terjadinya perilaku kekerasan. Pada pengkajian status mental juga dapat dilihat dari tanda gejala yang muncul. Pengobatan pada perilaku kekerasan juga harus diperhatikan jenis dan efek samping obat, untuk dapat melakukan kolaborasi dalam mengatasi efek samping obat agar klien tidak malas untuk minum obat.

2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien Bpk. R ditemukan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan sebagai masalah utama, halusinasi sebagai penyebab, dan harga diri rendah sebagai akibat. Dapat disimpulkan bahwa terdapat kesamaan antara teori dan kasus yang ditemukan.

3) **Intervensi keperawatan**

Pada proses perencanaan berdasarkan *core problem* pada teori adalah perilaku kekerasan, terdapat kesamaan antara teori dan penelitian pada kasus Bpk. R inti masalah yang ditemukan adalah perilaku kekerasan. Dapat disimpulkan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus yang ditemukan pada pasien.

4) **Implementasi keperawatan**

Tahap ini tindakan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan yang telah penulis susun pada asuhan keperawatan terlampir. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada Bpk. R adalah diagnosa perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah. Pada tahap pelaksanaan penulis menemukan masalah tidak terlaksananya strategi pelaksanaan kepada keluarga karena tidak adanya kunjungan keluarga pada Bpk. R selama peneliti berada di ruangan Flamboyan untuk melakukan penelitian. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan penelitian yang didapatkan di lapangan pada pasien Bpk. R.

5) **Evaluasi keperawatan**

Pada tahap evaluasi yang dilakukan pada 10 April sampai 15 April dengan evaluasi 3 prioritas masalah utama perilaku kekerasan, halusinasi, dan harga diri rendah didapatkan bahwa tujuan dari pemberian strategi pelaksanaan perilaku kekerasan dan halusinasi telah tercapai, Bpk. R sudah mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan yang telah diajarkan dan 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.

B. Saran

a. 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.

b. Bagi Pasien

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

c. Bagi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

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

Daftar Pustaka

- Dermawan. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Dwi dan Prihantini. (2015). Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia melakukan terapi Psikoreligius Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta
- Harmianto, K (2017). Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penendalian Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Semarang).
- Hamila dan Wildan (2015) Faktor sosial Kultural dan lingkungan di Poliklinik BLUD RSJ Aceh
- Keliat, d. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa. Jakarta*. EGC.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Modul Pelatihan Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusumawati, F. &. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Sale mba Medika.
- Muhit, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Masturoh, I. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Pusdik SDM Kesehatan.
- Prabowo, A. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Rikesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI*.

- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R dan D*. Bandung: AlfaBeta.
- Rifi. Susansi, dkk. (2014). Hubungan Pengetahuan dan Motivasi Pasien Gangguan Jiwa di RSUD Karimu Riau.
- Saswati. 2016. Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Gelatik Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya
- Sumirta. (2014). Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang
- Sutejo. (2018). *Kesehatan Jiwa : Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Tim Pkja SDKI DPP PNPI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Tiya Putri Yuni (2016) Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan pada Tn. S di Wisma Nuri RSJ Prof HB Saanin Padang <https://pustaka.poltekkes-pdg.ac.id/repository/KTI%20Tiya>
- UU Nomor 18 Tahun 2014 pasal 1 (ayat 1 & 3) *Tentang Kesehatan Jiwa*.
- WHO. 2019. Tersedia Pada https://www-who-int.translate.goog/newsroom/factsheets/detail/schizophrenia? x_tr_sl=en& x_tr_tl=id& x_tr_hl=id& x_tr_pto=sc . Diakses pada tanggal 25 Desember 2022.
- Yusuf, AH, dkk (2015). *Buku Ajar Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT Jiwa PROF. Dr. HB SAANIN PADANG TAHUN 2023

NO	KEGIATAN	NOVEMBER	DESEMBER	JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI
1.	Konsultasi dan ACC judul Proposal	■						
2.	Pembuatan dan Konsultasi Proposal	■	■	■	■			
3.	Pendaftaran Sidang Proposal			■				
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							■

Pembimbing I


Heppi Sasmita, S.Kep, M.Kep, SP, Jiwa
 NIP. 19701020 199303 2002

Pembimbing II



Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom
 NIP. 49700522 199403 1001

Padang, November 2022
 Mahasiswa



Shintya Maharani Prasetya, D
 203110152

Lampiran _____

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Tang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Responden : Muhammad Reso Pahlevi
Umur/ tgl lahir : 44 tahun / 05-02-1979
Penanggung jawab : Yoso Rizal
Hubungan : Adik Kandung

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama **Shintya Maharani Prasetya.D**, NIM 203110152, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 10 Mei 2023

Responden


(M) Reso Pahlevi
Tulis nama jelas

Poltekkes Kemenkes Padang

PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

1. Pengkajian

Ruang Rawat: Flamboyan

Tanggal Dirawat: 02 April 2023

a. Identitas Klien

Inisial Klien : Bpk. R
Umur : 44 Tahun
No. Rekam Medik : 00.05.60
Tanggal Pengkajian : 10 April 2023
Informasi : Klien, Perawat Ruangan, dan *Medical Record*
Alamat Klien : Jl. Syech Jamil Jambek Pakan Kurai, Bukittinggi

b. Alasan Masuk

Bpk. R masuk rumah sakit jiwa Prof. HB. Saanin Padang diantar oleh keluarga pada tanggal 02 April 2023 pukul 15:30 WIB melalui IGD. Alasan Bpk. R masuk rumah sakit jiwa dikarenakan Pasien gelisah sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, emosi labil, marah-marah tanpa sebab, Pasien sering mengamuk tanpa alasan. Pasien mengatakan kalau emosi datang pasien akan melempar barang barang yang ada didekat pasien, berbicara ngaur dan terkadang bicara dan tertawa sendiri.

c. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada Bpk.R mengatakan selalu merasa marah dan kesal jika keinginannya tidak terpenuhi. Pada saat sudah mulai merasa marah pasien mulai meninggikan suaranya (berteriak) dan tatapan berubah menjadi lebih tajam dan merah. Saat kambuh pasien sering mondar- mandir bahkan sampai melempar barang apapun yang ada disekitarnya. Pasien juga bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan. Pasien mengatakan juga sering mendengar suara- suara, saat kambuh pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri. Kekambuhan akan menjadi apabila pasien sudah mulai malas minum obat.

d. Faktor Predisposisi

1) Gangguan Jiwa di Masa Lalu

Pasien mengalami gangguan jiwa sejak 15 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2008 dengan tanda dan gejala sering marah tanpa sebab, berbicara kasar, membuang barang-barang, merusak barang, berbicara dan tertawa sendiri.

2) Pengobatan Sebelumnya

Pasien sebelumnya juga dirawat, terakhir dirawat 1 tahun yang lalu. Pasien dirawat untuk kesekian kalinya. melakukan pengobatan rawat jalan di RSJ HB Saanin Padang. Pasien dirawat untuk kesekian kalinya. Pasien putus obat sejak 8 bulan yang lalu.

3) Trauma

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

a) Aniaya Fisik

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

b) Aniaya Seksual

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

c) Penolakan

Pasien mengatakan pernah menjadi korban penolakan ketika menemui anaknya yang dilarang istrinya.

d) Kekerasan Dalam Rumah Tangga

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

e) Tindakan Kriminal

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban maupun saksi tindakan kriminal.

4) Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

5) Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan

Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yang pasien rasakan adalah ditinggal istri dan anaknya. Istri pasien menikah lagi dengan orang lain dan tidak boleh menemui anaknya.

e. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Bpk. R didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 122/90 mmHg, Nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Hasil pengukuran tingga badan Bpk. R didapatkan 169 cm, berat badan 59 Kg. selanjutnya untuk keluhan fisik lainnya Bpk. R mengatakan terkadang merasa sakit kepala.

f. Psikososial

1) Genogram

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 suami dan ayah bagi anak- anaknya, karena pasien ditinggal menikah oleh istrinya dan anak- anaknya ikut istri.

c) Peran Diri

Pasien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang suami dan ayah, karena pasien belum mampu membuat istri dan anaknya bahagia.

d) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang agar bisa membantu pekerjaan orang tuanya kembali, dan pasien berharap bisa memulai kehidupan barunya lebih baik lagi.

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 adiknya.

b) Peran Serta Dalam Kegiatan kelompok/Masyarakat

Pasien mengatakan sebelum dirinya dibawa ke RSJ, pasien selalu ikut serta dalam 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 beragama 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 dan mengaji.

g. Status Mental

1) Penampilan

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

2) Pembicaraan

Pasien saat dikaji cukup kooperatif, pasien bicaranya cukup keras, apa yang ditanyakan jawabannya sesuai, terkadang pasien tiba-tiba terhenti dalam menjawab pertanyaan dan pertanyaan yang dijawab diluar topik yang dibicarakan.

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, dan pasien saat interaksi mudah bosan dan ketika sedang berkomunikasi tiba-tiba pergi. Namun pasien 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 tampak flight of ideas (pembicaraan pasien meloncat dari satu topik ke topik lain).

9) Isi Pikiran

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

10) Tingkat kesadaran

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

11) Memori

Pasien mengetahui orientasi waktu, tempat, namun pasien kurang mampu untuk mengingat orang yang berkenalan dengannya.

12) Tingkat Konsentrasi dan Behitung

Pasien kurang mampu untuk berkonsentrasi terhadap sesuatu, perhatian pasien mudah berganti dari satu objek ke objek lain.

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 kurag 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 pendek 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, menyuci piring, dan menyapu halaman.

9) Kegiatan/aktivitas di Luar Rumah.

Pasien mengatakan kegiatannya diluar rumah yaitu membantu orang tuanya mencabut rumput sekitaran rumahnya.

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 ia mendapat uang dari pensiunannya.

5) Masalah dengan perumahan

Pasien tidak ada masalah dengan perumahan. Pasien tinggal bersama orang tuanya.

6) Masalah ekonomi

Pasien mengatakan ada bermasalah dengan ekonomi karena yang bekerja hanya ayah pasien yang bekerja sebagai petani .

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.

1. Aspek Medik

Pasien di diagnosa dengan skizofrenia. Skizofrenia memiliki karakteristik dengan gejala positif dan negative. Salah satu gejala positif dan negative skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Pada kasus ini ditemukan gejala tersebut pada Bpk. R. Terapi medis yang didapatkan Bpk.R adalah Risperidol 2x2mg, dan Lorazepam 1x2mg.

2. Analisa Data

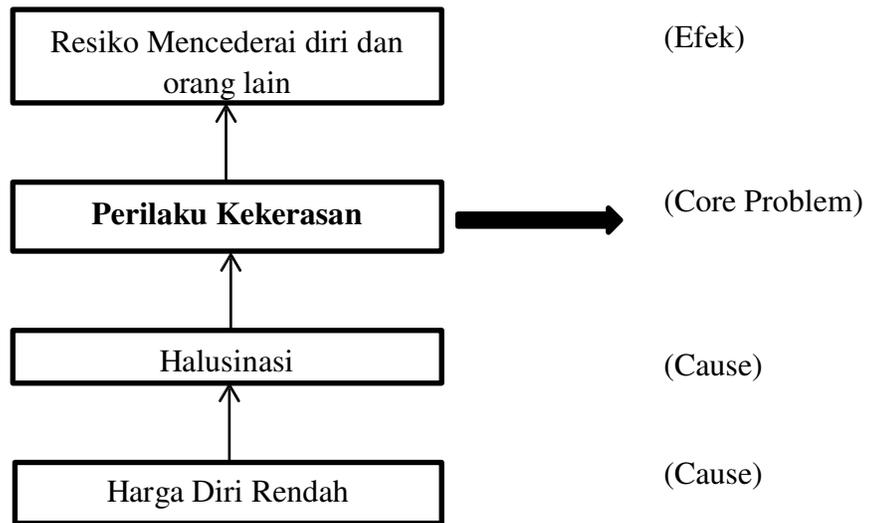
No	Data	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan sering mengamuk apabila keinginannya terhadap sesuatu tidak tercapai- Pasien mengatakan ketika marah sering melempar alat-alat rumah tangga- Pasien mengatakan merasa kesal bila perkataannya tidak didengar- Pasien mengatakan sangat marah saat keluarga membawanya kerumah sakit- Pasien merasa gelisah karena selama dirumah sakit belum ada keluarga yang membesuk <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nada bicara pasien lambat dan keras- Pandangan mata pasien tajam dan mudah tersinggung- Pasien tampak jalan mondar-mandir- Pasien tampak bingung	Perilaku Kekerasan
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan awal masuk rumah sakit mendengar bisikan dan bayangan hitam yang seakan- akan sedang mengawasinya.	Halusinasi

	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melamun dan pandangan kosong - Pasien tampak memandang tajam - Sesekali pasien tampak berbicara dan tertawa sendiri 	
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai suami dan ayah, karena pasien belum mampu membuat istri dan anaknya bahagia - Pasien mengatakan lebih senang menyendiri - Pasien mengatakan merasa malu dirawat di RSJ dan merasa akan diejek oleh orang-orang sekitarnya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih sering menyendiri - Pasien tampak jarang berkomunikasi dengan pasien lainnya - Kontak mata pasien kurang 	Harga Diri Rendah

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. Diagnosa Keperawatan



Sesuai dengan pohon masalah diatas didapatkan rumus masalah keperawatan prioritas pertama adalah perilaku kekerasan, prioritas kedua Halusinasi dan prioritas ketiga Harga Diri Rendah. 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 : Bpk. R

No. MR : 00.05.60

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

			<p>cara latihan fisik yaitu teknik nafas dalam dan pukul bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Menanyakan perasaan pasien 6. Masukkan ke jadwal harian.
		<p>Setelah 4x Pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Pasien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat 	<p>SP 2 Pasien: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1) yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 dan 2 dan beri pujian 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat (jenis, guna obat, jenis obat, frekuensi, cara dan kontinuitas minum obat) 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan pada jadwal harian
		<p>Setelah 4x Pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mampu menyebutkan 	<p>SP 3 Pasien : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial/verbal</p>

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

			<p>minum obat (6 benar) dan SP 3 yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan sosial atau verbal serta beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Latihan mengontrol PK dengan cara spiritual (Shalat, Wudhu, dzikir dan berdo'a) 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan ke jadwal harian
Harga Diri Rendah	<p>Tujuan Umum : Pasien memiliki konsep diri yang positif</p> <p>Tujuan Khusus:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dapat membina hubungan saling percaya b. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya c. Pasien dapat menilai kemampuan yang 	<p>Setelah...Pertemuan pasien :</p> <p>Pasien mampu meningkatkan harga diri dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengkaji kemampuan yang dimiliki pasien, membantu pasien dalam memilih beberapa kegiatan yang bisa dilakukannya serta melatih kegiatan pertama b. Membantu pasien memilih kegiatan kedua, serta latih kegiatan kedua c. Membantu pasien untuk memilih 	<p>SP 1 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>dimilikinya</p> <p>d. Pasien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki</p> <p>e. Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisinya saat ini dan kemampuannya</p>	<p>kegiatan ketiga dan latih kegiatan ketiga</p> <p>d. Membantu pasien untuk memilih kegiatan keempat, dan latih kegiatan keempat</p>	<p>untuk dilatih</p> <p>5. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)</p> <p>6. Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan untuk dilatih</p>
			<p>SP 2 Pasien :</p> <p>1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah</p> <p>2. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan beri pujian</p> <p>3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama</p> <p>4. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih</p> <p>5. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)</p> <p>6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kedua kegiatan</p>

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

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

	obat yang benar (Prinsip 6 benar)	mampu mengontrol halusinasi dengan cara: Pasien bisa mengerti cara minum obat dengan prinsip 6 benar	<ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan menghardik dan beri pujian 2. latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat 3. tanyakan perasaan pasien 4. berikan reinforcement 5. masukkan pada jadwal harian
	SP 3: Melatih cara bercakap-cakap	Setelah dilakukan 1x interaksi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara : Bercakap-cakap	SP 3 Pasien : Bercakap-cakap <ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan latihan menghardik dan minum obat, beri pujian 2. jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 3. tanyakan perasaan pasien 4. berikan reinforcement 5. masukkan ke jadwal harian
	SP 4 : Melatih cara melakukan aktifitas terjadwal	Setelah dilakukan 1x interaksi, pasien mampu mengontrol halusinasi dengan cara : Pasien menyebutkan tindakan yang biasa dilakukannya untuk mengontrol	SP 4 Pasien : Melakukan kegiatan sehari-hari <ol style="list-style-type: none"> 1. evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, cakap-cakap dan beri pujian

		halusinasi.	<ol style="list-style-type: none">2. latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan sehari-hari (merapikan peralatan makanan3. Tanyakan perasaan pasien4. Berikan reinforcement5. Masukkan ke jadwal harian
--	--	-------------	--

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama Pasien : Bpk. R
No. MR : 00.05.60

HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN	TTD
<p style="text-align: center;">Senin 10 April 2023</p> <p style="text-align: center;">Pukul 10.00 WIB</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 1 Pasien :latihan fisik 1 dan 2 yaitu latihan napas dalam dan memukul bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mendiskusikan penyebab perilaku saat ini dan masa lalu 3. Mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan 4. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dan melatih pasien perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik yaitu teknik nafas dalam dan pukul bantal 5. Menanyakan perasaan pasien 6. Masukkan ke jadwal harian. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan marah ketika keinginan tidak terpenuhi - Pasien mengatakan ketika marah pasien akan melempar barang-barang yang ada didekat pasien <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mudah tersinggung - Pasien tampak mengatup rahang dengan kuat - Tatapan mata pasien tampak tajam <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marah masih ada - SP 1 tercapai, pasien dapat melakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal <p>P:</p> <p>Lanjutkan SP 2 Perilaku kekerasan, evaluasi kegiatan SP 1</p>	

<p>Selasa 11 April 2023</p> <p>Pukul 09.00 WIB</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 2 Pasien : Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 dan 2 dan beri pujian 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat : benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan pada jadwal harian 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih mudah marah - Pasien mengatakan terkadang pasien lupa mengontrol marah dengan latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal - Pasien mengetahui obat yang dimakannya - Pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang bila minum obat - Pasien mengatakan mudah mengantuk setelah minum obat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu menyebutkan obat dan warna obat yang dimakannya <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perilaku kekerasan masih ada, SP 2 optimal <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evaluasi SP 1 dan 2, lanjutkan SP 3 	
<p>Rabu 12 April 2023</p> <p>Pukul 09.00 WIB</p>	<p>Perilaku Kekerasan</p>	<p>SP 3 Pasien : Mengontrol Perilaku kekerasan dengancara sosial atau verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kurang mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya, sehingga ketika masalahnya 	

		<p>latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal, dan 6 benar minum obat, beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bantu dalam mengembangkan metode yang tepat untuk mengekspresikan kemarahan pada orang lain seperti menggunakan pernyataan mengungkapkan perasaan 3. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta dan menolak dengan baik) 4. Tanyakan perasaan pasien 5. Berikan reinforcement 6. Masukkan ke jadwal harian 	<p>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</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mampu melakukan cara meminta dengan baik atau menolak dengan baik dengan temannya <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan SP 3 dengan mandiri <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjut SP 4, evaluasi kegiatan SP 1,2 dan 3 	
<p>Kamis 13 April 2023</p> <p>Pukul 10.00 WIB</p>	Perilaku Kekeras	<p>SP 4 Pasien : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 dan 2, 6 benar minum obat, dan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan melakukan shalat 5 waktu dan terkadang pasien melakukan shalat dhuha - Pasien mengatakan ketika pasien mulai 	

		<p>verbal dan beri pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan cara spiritual Tanyakan perasaan pasien Berikan reinforcement Masukkan ke jadwal harian 	<p>marah pasien akan mengucapkan istigfar</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak melakukan shalat ketika waktu shalat telah masuk <p>A:</p> <p>Pasien mampu melakukan SP 4 dengan mandiri</p> <p>P:</p> <p>SP 4 tercapai dilanjutkan ke SP 1 pada diagnosa prioritas ke dua Harga Diri Rendah</p>	
<p>Senin 10 April 2023</p> <p>Pukul 13.00 WIB</p>	Harga Diri Rendah	<p>SP 1 Pasien : Latihan Kegiatan Pertama</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi tentang pandangan/penilaian pasien terhadap diri sendiri dan pengaruh terhadap orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan merasa tidak puas dengan perannya sebagai seorang suami dan ayah bagi anaknya, karena belum bisa membuat istri dan anaknya bahagia. Pasien mampu menyebutkan kegiatan sehari-hari yang dapat dilakukannya/dikerjakannya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mampu menyebutkan kegiatan sehari-hari yang dapat dilakukannya di ruangan <p>A:</p>	

		<p>ini untuk dilatih</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) 6. Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan untuk dilatih 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien melakukan kegiatan tanpa bantuan perawat <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 1 tercapai, lanjut SP 2 	
<p>Selasa 11 April 2023</p> <p>Pukul 14.00 WIB</p>	Harga Diri Rendah	<p>SP 2 Pasien : Latihan kegiatan kedua</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah 2. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan beri pujian 3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama 4. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih 5. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kedua kegiatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah mampu melakukan SP 1 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melakukan dengan arahan perawat <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 1 dan 2 terlaksana, dilanjutkan SP 3 	

<p>Rabu 12 April 2023</p> <p>Pukul 14.00 WIB</p>	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>SP 3 Pasien : Latihan kegiatan ketiga</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (alat dan cara) 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan ke tiga kegiatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dirinya merasa berguna setelah melakukan kegiatan yang bisa dilakukannya - Pasien mengatakan merasa senang dapat melakukan kegiatan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah bisa menyapu halaman walau masih kurang bersih <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan tanpa bantuan perawat <p>P:</p> <p>SP 3 tercapai lanjut ke SP 4</p>	
<p>Kamis 13 April 2023</p> <p>Pukul 14.30 WIB</p>	<p>Harga Diri Rendah</p>	<p>SP 4 Pasien : Latihan kegiatan keempat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah 2. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah ingin cepat keluar dari rumah sakit dan mencari pekerjaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bisa melakukan kegiatan mencuci piring, klien tampak bersemangat 	

		<p>pujian</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga 4. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih 5. Latih kegiatan keempat (alat dan cara) 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan empat kegiatan 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan tanpa arahan perawat <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 4 tercapai 	
<p>Rabu 12 April 2023</p> <p>Pukul 11.00</p>	<p>Halusinasi</p>	<p>SP 1 Pasien : Melatih kegiatan menghardik halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi isi, jenis, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan, respon dan upaya yang dilakukan mengontrol halusinasi 2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan kejadwal kegiatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pernah melihat bayangan hitam bila pasien akan tidur - Pasien mengatakan takut jika halusinasinya datang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbicara sendiri - Pasien tampak menyendiri - Pasien tampak mondar mandir <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan SP 1 dengan mandiri 	

			<p>P: SP 1 terlaksana, lanjut SP 2 latihan cara benar minum obat</p>	
<p>Kamis 13 April 2023</p> <p>Pukul 12.00 WIB</p>	<p>Halusinasi</p>	<p>SP 2 Pasien : Melatih mengontrol terjadinya halusinasi dengan cara 6 benar minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi cara latihan menghardik, dan beri pujian 2. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara 6 benar minum obat (jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, dan kontinuitas minum obat) 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan kejadwal kegiatan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah jarang mendengar suara bisikan dan bayangan hitam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak masih mondar mandir - Pasien masih tampak berbicara sendiri - Pasien terlihat masih sering melamun <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 2 terlaksana dengan mandiri <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 1 dan 2 terlaksana dilanjutkan SP 3 	
<p>Jumat 14 April 2023</p> <p>Pukul 10.00 WIB</p>	<p>Halusinasi</p>	<p>SP 3 Pasien : Bercakap-cakap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan SP 1 dan SP 2, dan beri pujian 2. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah jarang melihat bayangan hitam ketika ingin tidur - Pasien mengatakan sudah mampu melakukan kegiatan bercakap cakap dengan teman, dan petugas yang berada di rumah sakit 	

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan ke jadwal harian 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih sering tampak melamun - Pasien masih tampak berbicara sendiri <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 3 masih dibantu <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 3 terlaksana, lanjut SP 4 	
<p>Sabtu 15 April 2023</p> <p>Pukul 10.00 WIB</p>	<p>Halusinasi</p>	<p>SP 4 Pasien : Melakukan kegiatan sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, dan bercakap-cakap serta beri pujian 2. Latih kemampuan halusinasi dengan cara kegiatan sehari-hari (membersihkan meja dan merapikan piring) 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan kejadwal harian 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah kurang melihat bayangan hitam dan suara bisikan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak sering melamun - Pasien tampak membersihkan meja dan merapikan piring setelah makan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan kegiatan sendiri tanpa bantuan perawat <p>P:</p> <p>SP 4 terlaksana dan dilanjutkan dengan evaluasi kegiatan secara keseluruhan</p>	



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jl. SIFANG PONDOK KOPPI BANGGALU TGLP (0751) 7051386 FAX: (0751) 7050128 PADANG 25144
Jurusan Keperawatan (0751) 7051040, Prodi Keperawatan Solut (0751) 20443, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 7051817-54400
Jurusan Gigi (0751) 7051749, Jurusan Kebidanan (0751) 443120 Prodi Kebidanan BaktiStangi (0752) 32474,
Jurusan Keperawatan Gigi (0752) 23045-23075, Jurusan Promosi Kesehatan
Website: <http://www.poltekkes-pd.go.id/>

Nomor : PP.03.01/ 0998 / 2022
Lamp : -
Perihal : Izin Survey Data

09 November 2022

Kepada Yth. :
Direktur RSJ Prof. HB Saanin Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu

Pimpin :

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Sintia Desta Ramadani	203110153	Asuhan keperawatan jiwa pada pasien halusinasi di RSJ Prof. HB Saanin Padang
2	Shintya Maharani Prasetya.D	203110152	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa PROF.Dr HB Saanin Padang

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

Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si
Nip. 196101131986031002

BIDANG PERAWATAN RS.JIWA PROF. HB.SAANIN PADANG

Padang, 29 November 2022

Nomor : 441/281/ PWT /XI -2022
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Izin Survey Data

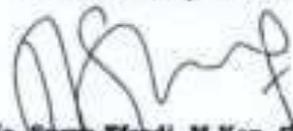
Kepada Yth
Kepala Ruangan Flamboyan
Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya disposisi Kepala Bagian SOM dan Litbang Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tanggal 29 November 2022 Tentang Izin Penelitian atas nama Shintya Maharani Prasetya.D NIM 20310152, maka dengan itu kami memberitahukan kepada saudara agar dapat memfasilitasinya (Surat Izin Terlampir). Demikianlah surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

a/n Kepala Bidang Keperawatan
Ka Seksi Pengendalian Mutu
dan Asuhan Keperawatan



Ns. Farah Efendi, M.Kep. Sp.Kep.I
NIP. 19690529 201001 1 002



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**



Jl. Smpang Pindang Korp Bangsalu Telp (0751) 701100 Fax (0751) 701100 Padang 28134
Jurusan Keperawatan (0751) 7011046, Prodi Keperawatan Saleh (0751) 20443, Jurusan Kesehatan Lingkungan (0751) 7011017-0608
Jurusan Gizi (0751) 7011748, Jurusan Kebidanan (0751) 443128 Prodi Kebidanan Saattinggi (0751) 32474,
Jurusan Keperawatan Gigi (0751) 23000-24075, Jurusan Promosi Kesehatan
Website : <http://www.poltekkes-pkpadang.ac.id>

Nomor : PP.03.01/ 00179 / 2023

06 Januari 2023

Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth. :

Direktur RSJ Prof. HB Saanin 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	Shintya Maharani Prasetya. D / 203110152	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Flamboyan RSJ Prof. HB Saanin Padang

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


Direktur, A*

Renidayati, S.Np, M.Kep, Sp. Jiwa
NIP. 19720518199503 2 001

RUMAH SAKIT JiWA PROF.HB.SAANIN PADANG
BAGIAN SDM DAN LITBANG

Jl. Kesehatan Utama Perum Depkes Padang

Phone : (0751)

Padang, 06 April 2023
15 Ramadan 1444

Nomor : 070/288/DL-IV/2023
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth,
Kepala Bidang Keperawatan
di
Tempat

Dengan hormat,

Menindak lanjuti disposisi Direktur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Nomor 070/389/DL-III/2022 tanggal 03 April 2023 sesuai pokok surat di atas, maka kepada mahasiswa :

Nama : Shintya Maharani Prasetya D
NIM : 203110152
Program : D 3 Keperawatan Padang
Poltekkes Kemenkes Padang

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

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruangannya Flamboyan RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang"

Penelitian : 06 April s/d 06 Juli 2023
Lokasi : Instalasi Rawat Inap

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

Demikianlah, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Ka Bagian SDM dan Litbang



Yuliusman, SKM,MM
NIP. 19720701 199603 1 001



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG



Jl. Raya Jln. Galur Padang Telp. (0751) 72001, Fax (0751) 71175

Padang, 11 Mei 2023
27 Syawal 1444

Nomor
Lampiran
Perihal

Telah Selesai Melakukan
Penelitian

Kepada Yth
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
@
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan surat Saubara Nomor HP 03.01/001792023 tanggal 06 Januari 2023, perihal Izin Penelitian

Nama Shintya Maharani
NIM 203110152
Program D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang
Judul 'Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Penyakit
Kekerasan di Ruangan Flamboyan RS. Jwa Prof HB
Saanin Padang'

Telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Jwa Prof HB Saanin Padang pada tanggal 10 Mei 2023

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang diucapkan terima kasih

Direktur

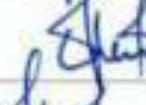
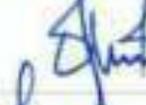
Dr. ANLITA MPH
NIP. 19680203 200712 2 002

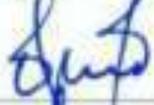
LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN

POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Shintya Maharani Prasetya,D
 NIM : 203110152
 Pembimbing I : Heppi Sasmita,S.Kp.M.Kep.Sp.Jiwa
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Prof Hb Saanin Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	07-11-2022	Acc Judul	
2	14-11-2022	Konsul BAB 1	
3	15-11-2022	Konsul Revisi BAB 1 Konsul Revisi BAB 2	
4	21-12-2022	Konsul Revisi BAB 1 dan 2 Konsul BAB 3	
5	22-12-2022	Konsul Revisi BAB 1 Konsul Revisi BAB 3	
6	23-12-2022	Konsul Revisi BAB 1 Konsul Revisi BAB 3	
7	14-12-2022	Konsul Revisi BAB 1 Konsul Revisi BAB 2	
8	17-12-2022	Acc Sidang Proposal	

9	08-05-2023	Konsul BAB 4 dan 5	
10	11-05-2023	Konsul Revisi BAB 4 Konsul Revisi BAB 5	
11	13-05-2023	Konsul Revisi BAB 4 Konsul Revisi BAB 5	
12	17-05-2023	Acc Sidang Hasil	
13			
14			

Catatan :

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

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



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

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

Nama : Shintya Maharani Prasetya.D
 NIM : 203110152
 Pembimbing 2 : Taaman, Skp, M. Kep. Sp. Kom
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Prof Hb Saanin Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	08-11-2022	Acc Judul	
2	11-11-2022	Konsul BAB 1	
3	15-11-2022	Konsul Revisi BAB 1 Konsul BAB 2 dan 3	
4	21-12-2022	Konsul Revisi BAB 1 Konsul Revisi BAB 3	
5	28-12-2022	Acc Sidang Proposal	
6	08-05-2023	Konsul BAB 4 dan 5	
7	15-05-2023	Konsul Revisi BAB 4 Konsul Revisi BAB 5	
8	22-05-2023	Acc Sidang Hasil	

9			
10			
11			
12			
13			
14			

Catatan :

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

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



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