



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG MERPATI RUMAH
SAKIT JIWA PROF. HB. SA'ANIN
PADANG TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH

SYANEL MEDINA

NIM : 213110151

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG MERPATI RUMAH
SAKIT JIWA PROF. HB. SA'ANIN
PADANG TAHUN 2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes RI Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan**

SYANEL MEDINA

NIM : 213110151

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**

HALAMAN PENGESAHAN





HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Syamel Medina
NIM : 213110151
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Sa'aniin Padang

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

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Remidayati, S.Kp., M.Kep., Sp.Jiwa ()
Penguji : Tasman, S.Kp., M.Kep., Sp. Kim ()
Penguji : Heppi Sasmita, S.Kp., M.Kep., Sp. Jiwa ()
Penguji : Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep., M.Kep ()

Dibuatkan di : Kemenkes Poltekkes Padang
Tanggal : 24 Juni 2024

Mengetahui
Konsa Program Studi Keperawatan Padang
Poltekkes Kemenkes Padang



Ns. Yessi Fatmawati, M.Kep
NIP. 19750121 199003 2 005

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Sa’anin Padang”**. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga penyusunan penelitian ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp., M.Kep., Sp. Jiwa selaku pembimbing 1 dan Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini;
2. Pimpinan Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Sa’anin Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
3. Ibu Renidayati, SKp., M.Kep., Sp.Jiwa. selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang;
4. Bapak Tasman, S.Kp., M.Kep., Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang;
5. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang;
6. Bapak/Ibu Dosen dan Staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang;
7. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan bantuan dan dukungan material dan moral.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga penelitian ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2024

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Syanel Medina
NIM : 213110151
Tempat/Tanggal Lahir : Kampung Hilir/ 06 April 2003
Tahun Masuk : 2021
Nama PA : Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom
Nama Pembimbing Utama : Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
Nama Pembimbing Pendamping : Ns. Lola Felmanda Amri, S.Kep, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Tulis Ilmiah saya, yang berjudul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB, Siamin Padang**

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 01 Agustus 2024

Yang Menyatakan



Syanel Medina
NIM : 213110151

HALAMAN PERSETUJUAN


HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof.HR.Sa'ania Padang" siap untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.

Padang, 22 Mei 2024

Menyetujui,

Pembimbing I



Henal Sasmita, S.Kn, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP: 19701020 199303 2 002

Pembimbing II



Na. Lela Fernanda Amri, S.Kep, M.Kep
NIP: 19760206 20001 22001

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang
Kemakes Poltekkes Padang



Na. Yessi Fadriyanti, M.Kep
NIP. 19750121 199903 2 005

**KEMENKES POLTEKKES PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2024
Syanel Medina**

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

Isi : XII + 86 halaman + 4 tabel + 10 Lampiran

ABSTRAK

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Jumlah pasien perilaku kekerasan di rawat di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang selama 3 bulan terakhir mengalami peningkatan yaitu pada bulan Juni 2023 sebanyak 3 orang, bulan September 2023 sebanyak 7 orang, dan bulan September 2023 sebanyak 10 orang. Tujuan penelitian ini buat menggambarkan asuhan keperawatan di pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2024. Desain penelitian yaitu penelitian deskriptif yang berbentuk studi masalah. Penelitian dilakukan pada 1 orang pasien yang disesuaikan dengan kriteria inklusi serta eksklusi di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Proses penyusunan dimulai dari bulan Januari 2024 sampai bulan Juni 2024 dengan waktu pemberian asuhan keperawatan selama 10 hari. Analisa terhadap proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan lalu dilakukan perbandingan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu. Hasil penelitian didapatkan keluhan utama saat pengkajian yaitu gelisah satu minggu sebelum dirawat, pasien merusak peralatan rumah tangga, berbicara kasar, mengancam membunuh keluarga, mengambil barang orang, serta pasien sering berbicara dan tertawa sendiri, pasien mengatakan sesekali mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu. Diagnosa keperawatan yang didapatkan yaitu perilaku kekerasan, halusinasi, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain. Intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai standar. Implementasi keperawatan melatih pasien mengontrol marah perilaku kekerasan; melatih mengontrol halusinasi. Evaluasi keperawatan terhadap diagnosa keperawatan yang ditemukan dapat teratasi ditandai dengan pasien mampu melakukan strategi pelaksanaan kedua diagnosa keperawatan secara mandiri. Penelitian ini diharapkan menjadi gambaran bagi perawat di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan perilaku kekerasan dengan meningkatkan komunikasi terapeutik dan pemberian reinforcement positif pada pasien setiap selesai melakukan latihan.

**Kata Kunci (Key Word) : Perilaku Kekerasan, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 26 (2014-2023)**

**MINISTRY OF HEALTH OF PADANG POLYTECHNICS STUDY
PROGRAM D III NURSING PADANG**

Scientific Paper, May 2024 Syanel Medina

**Nursing Care for Patients with Violent Behavior in the Psychiatric Hospital
Prof. HB. Saanin Padang**

Contents: XII + 86 pages + 4 tables + 10 Appendices

ABSTRACT

Violent behavior is a situation where a person commits an act that can cause physical harm, either to oneself as well as other people . The number of patients with violent behavior treated in the Merpati Room of the Prof. HB Mental Hospital. Saanin Padang over the past 3 months has increased, namely in June 2023 as many as 3 people, in September 2023 as many as 7 people, and in September 2023 as many as 10 people. The purpose of this study is to describe nursing care in patients with violent behavior at the Prof. HB Psychiatric Hospital. Saanin Padang in 2024. The research design is descriptive research in the form of a problem study. The study was conducted on 1 patient who was adjusted to the inclusion and exclusion criteria in the Merpati Room of the Prof. HB Mental Hospital. Saanin Padang. The preparation process starts from January 2024 to June 2024 with a time to provide nursing care for 10 days. Analysis of the nursing process includes review, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation of nursing and then comparison with previous theories and research results. The results of the study found that the main complaints during the assessment were restlessness one week before being treated, the patient damaged household appliances, spoke abusively, threatened to kill the family, took people's belongings, and the patient often talked and laughed to himself, the patient said that he occasionally heard a voice telling him to do something. The nursing diagnosis obtained is violent behavior, hallucinations, and the risk of harming oneself and others. Nursing interventions are carried out according to standards. Nursing implementation trains patients to control anger and violent behavior; practicing hallucination control. Nursing evaluation of the nursing diagnosis found can be overcome by the patient being able to carry out the strategy of implementing both nursing diagnoses independently. This research is expected to be an overview for nurses in the Merpati Room of Prof. HB Mental Hospital. Saanin Padang in providing psychiatric nursing care to patients with violent behavior by improving therapeutic communication and providing positive reinforcement to patients after every exercise.

Key Word : Violent Behavior, Nursing Care

Bibliography : 26 (2014-2023)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Syanel Medina
NIM : 213110151
Tempat/Tanggal Lahir : Kampung Hilir/06 April 2023
Status Perkawinan : Belum Kawin
Agama : Islam
Nama Orang Tua
 Ayah : Lutrill
 Ibu : Yuliana
Alamat : Kampung Hilir, Kecamatan Batang Kapas, Kabupaten
Pesisir Selatan, Provinsi Sumatera Barat

Riwayat Pendidikan

No.	Pendidikan	Tahun
1.	SDN No. 21 Limau Sundai	2009-2015
2.	SMP Negeri 1 Batang Kapas	2015-2018
3.	SMA Negeri 1 Batang Kapas	2018-2021

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	8
A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan.....	8
1. Pengertian.....	8
2. Rentang Respon Marah	8
3. Etiologi	9
4. Tanda dan Gejala.....	13
5. Mekanisme Koping	14
6. Penatalaksanaan.....	15
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	17
1. Pengkajian keperawatan	17
2. Diagnosa Keperawatan.....	22
3. Rencana Tindakan Keperawatan	24

4. Implementasi Keperawatan	42
5. Evaluasi Keperawatan	43
6. Dokumentasi Keperawatan.....	44
BAB III METODE PENELITIAN	50
A. Desain Penelitian.....	50
B. Tempat dan Waktu Penelitian	50
C. Populasi dan Sampel	50
D. Instrumen Pengumpulan Data	51
E. Jenis dan Cara Pengumpulan Data.....	52
F. Analisa Data	55
BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN	56
A. DESKRIPSI KASUS	56
1. Pengkajian Keperawatan	56
2. Diagnosa Keperawatan.....	63
3. Rencana Keperawatan	64
4. Implementasi Keperawatan	67
5. Evaluasi Keperawatan	69
6. Dokumentasi Keperawatan.....	71
B. PEMBAHASAN KASUS	72
1. Pengkajian Keperawatan	72
2. Diagnosa Keperawatan.....	77
3. Rencana Keperawatan	79
4. Implementasi Keperawatan	82
5. Evaluasi keperawatan	84
BAB V PENUTUP.....	86
A. KESIMPULAN	86
B. SARAN	87
DAFTAR PUSTAKA	89
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Masalah	8
Gambar 2. 2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan	23

DAFTAR TABEL

Tabel 2 1. Rencana Keperawatan.....	45
-------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent

Lampiran 2. Lembar Skrinning Klien

Lampiran 3

Lampiran 4. Hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan Klien

Lampiran 5. Ganchart Kegiatan

Lampiran 6. Surat Izin Pengambilan Dari Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 7. Surat Izin Pengambilan Data Dari Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang.

Lampiran 8. Surat Izin Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Sa'anin Padang.

Lampiran 9. Surat Pernyataan Telah Selesai Melakukan Penelitian

Lampiran 10. Lembar Konsultasi Proposal KTI Pembimbing 1 dan 2

Lampiran 11. Lembar Konsultasi Proposal KTI Pembimbing 1 dan 2

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa artinya persoalan mendunia yang dihadapi dunia kini. Gangguan jiwa dapat ditemui disetiap tahap kelanjutan manusia. Gangguan jiwa yaitu suatu syarat dimana terjadinya kurang wawasan serta perkembangan, adanya model sikap yang maladaptif, dan ketidakmampuan merespon stresor sebagai akibatnya terjadinya penolakan terhadap lingkungan (Stuart, 2013).

Gangguan jiwa menurut prevalensi (WHO, 2019) Dua puluh juta orang di seluruh dunia menderita skizofrenia, lima puluh juta menderita demensia, empat puluh lima juta menderita penyakit bipolar, dan 264 juta menderita depresi. Di Indonesia, terdapat 263 juta orang yang menderita penyakit mental; hanya 6% dari jumlah tersebut yang menderita penyakit sedang, dan 0,17 persen menderita penyakit berat; di antara mereka, 14,3 persen menjalani perawatan di rumah sakit.

Terjadi peningkatan prevalensi penyakit mental di Indonesia sebesar 1,7 banding 7 banding 1 antara tahun 2013 dan 2018. Prevalensi penyakit mental, termasuk gangguan mental berat dan skizofrenia, telah meningkat dari 1,9 per 100.000 pada tahun 2013 menjadi 9 per 100.000 di Sumatera Barat pada tahun 2018. Dari semua ART, 14,0 memiliki penyakit mental yang signifikan; 17,7 paling sering mengalaminya di daerah terpencil; dan 31,5 mengalaminya dalam tiga bulan terakhir. Sumatera Barat memiliki insiden penyakit mental serius yang lebih tinggi daripada rata-rata nasional sebesar 7,0 per mil. Dasar-Dasar Terkait Kesehatan (Risksedas, 2018).

Data (Riskesdas, 2018) Hasil penelitian menunjukkan bahwa wilayah Sumatera Barat dengan frekuensi skizofrenia tertinggi terdapat di Pesisir Selatan (14,7%), Padang Pariaman (13,5%), Pariaman (9,0%), dan Padang (7,0%). Pasien yang datang ke RSJ Prof. HB Saanin Padang pada tahun 2022 berasal dari wilayah berikut: wilayah Padang (2.237 pasien), Pesisir Selatan (715 pasien), Kabupaten Agam (661 pasien), Padang Pariaman (651 pasien), Pasaman Barat (467 pasien), dan Kepulauan Mentawai (37 pasien).

Skizofrenia adalah salah satu dari beberapa penyakit mental yang termasuk dalam kategori penyakit mental "ringan". Data (Riskesdas, 2018) Sumatera Barat memiliki 1,8% dari total kasus skizofrenia di negara ini, sedangkan estimasi prevalensi nasional adalah 1,8 per 1000 orang. Orang dengan skizofrenia memiliki masalah dalam mengatur pikiran, emosi, dan tindakan mereka, dan mereka sering mengalami konflik internal sebagai akibatnya. Pada individu yang sehat, terdapat hubungan antara pikiran, emosi, dan perilaku seseorang; namun, pada mereka yang menderita skizofrenia, satu atau lebih dari proses ini terganggu (Simanjuntak, 2013).

Pada penderita skizofrenia terdapat 2 tanda umum yaitu tanda positif dan tanda negatif. Tanda positif pada penderita skizofrenia antara lain delusi, halusinasi, kebingungan, gelisah, agresi, dan pikiran kacau. Tanda negatif antara lain kesulitan memulai pembicaraan, afek tumpul atau datar, motivasi menurun, minat menurun, pasif (bisu), apatis serta menarik diri dari pergaulan dan ketidaknyamanan. Salah satu gejala positif skizofrenia yang sering terjadi adalah perilaku kekerasan. Prevalensi perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita skizofrenia sebesar 19,1% (Makhruzah et al., 2021).

Perilaku kekerasan adalah perilaku yang membahayakan diri sendiri atau orang lain sehingga mengakibatkan cedera fisik (Afnuhazi, 2015). Sekitar 24 juta orang mengalami perilaku kekerasan dalam skala global, dan lebih dari setengahnya tidak pernah membaik. Di sisi lain, sekitar 2 juta orang, atau

0,8% dari populasi, menunjukkan perilaku agresif sebagai pasien di Indonesia (Kemenkes, 2018).

Faktor predisposisi menurut (Afnuhazi, 2015) faktor-faktor, termasuk komponen biologis, sosial, budaya, perilaku, dan mental, yang berkontribusi terhadap sikap agresif. Pelanggan, lingkungan sekitar, dan korelasi dengan orang lain semuanya dapat berkontribusi terhadap faktor presipitasi. Mirip dengan bagaimana penyakit fisik, keputusan, ketidakberdayaan, dan kepercayaan diri yang rendah dapat menyebabkan perilaku agresif, demikian pula kelemahan fisik. Untuk alasan lain mengapa orang berperilaku kasar, seperti tinggal di tempat yang bising dan padat, secara aktif bergaul dengan orang lain, menerima kritik yang meningkat menjadi hinaan, dan kehilangan orang yang dicintai (pekerjaan). Kemarahan adalah sejenis kejengkelan yang berkembang sebagai reaksi terhadap kekhawatiran yang berhubungan dengan bahaya, yang merupakan hasil dari tuntutan yang tidak terpenuhi. Kemarahan yang berasal dari pandangan yang kasar dapat terwujud dalam berbagai cara, termasuk menjadi pendiam, konfrontatif, marah, putus asa, atau memaksa.

Wajah merah dan tegang, mata melotot atau tatapan tajam, tangan terkepal, rahang terkunci rapat, teriakan atau jeritan bernada tinggi, ancaman verbal dan fisik, memukul atau melempar barang, merusak barang atau objek, dan ketidakmampuan untuk mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan merupakan tanda-tanda yang dapat diamati dan dikenali oleh perawat (Muhith, 2015).

Untuk mengatasi masalah keperawatan, orang yang berisiko berperilaku agresif memerlukan perawatan keperawatan kesehatan mental. Tindakan perawatan keperawatan melalui pengelolaan perilaku kekerasan dapat membantu perawat mengatasi gejala perilaku kekerasan dengan lebih baik dengan mengajarkan pasien untuk merenungkan dan memahami kemarahan

mereka, dan dengan mencontohkan cara yang sehat untuk mengomunikasikan perasaan mereka kepada orang lain (Lestari et al., 2022).

Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh (Hasmiati, 2013) tentang “Kemampuan Klien dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan menggunakan Penerapan Asuhan Keperawatan dilakukan di RSJD Provinsi Sulawesi Selatan” Dari 18 responden, 83,3% mampu membedakan perilaku agresif setelah menerima perawatan konvensional, sedangkan 16,7% tidak dapat melakukannya.

Hasil penelitian (Firmawati, 2022) Terdapat pengaruh yang signifikan pemberian terapi spiritual terhadap penurunan perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan di RSUD Tombulilato, dengan jumlah responden sebanyak 16 responden (88,9%) pada kategori ringan dan 2 responden (11,1%) pada kategori berat yang menilai bahwa terapi spiritual memberikan pengaruh yang positif.

Sesuai survey awal yang dilakukan pada tanggal 28 September 2023, dihasilkan data pasien dengan gangguan jiwa sebanyak 7.204 orang. Diagnosa keperawatan di Instalasi Rawat Inap merupakan perilaku kekerasan 1.284 orang (17,82%), halusinasi 5.216 (72,40%), harga diri rendah 191 orang (2,65%), resiko bunuh diri 245 orang (3,40%), waham 133 orang (1,85%), isolasi sosial 25 orang (0,35%), defisit perawatan diri 6 orang (0,08%), koping individu tidak efektif 95 orang (1,32%), kurang pengetahuan 9 orang (0,12%).

Jumlah pasien yang menunjukkan perilaku agresif bervariasi sepanjang tiga bulan terakhir, yakni Juni 2023 hingga September 2023, berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti di Ruang Merpati, Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Sa'anin, Padang pada 28 September 2023. Pada Juni 2023, dilaporkan ada tiga orang yang mengalami perilaku agresif, tujuh orang pada Juli, dan sepuluh

orang pada Agustus tahun yang sama. Padahal pasien perilaku kekerasan dalam bulan September 2023 sebanyak 8 orang.

Penulis melakukan wawancara dan observasi di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dan menemukan pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan ditandai dengan mengepalkan tangan, nada suara tinggi, menatap tajam, serta ekspresi tegang dan marah. Pada saat wawancara klien mengatakan penyebab marahnya dia merasa tak dihargai dan dikucilkan bagi keluarga serta daerah sekitarnya, klien juga kesal jika keinginannya tidak terpenuhi, sehingga pasien sering melampiaskan kekesalannya dengan melempar atau memukul benda, dan mengintimidasi secara lisan atau fisik.

Perawat ruangan telah merancang serangkaian tindakan berdasarkan intervensi yang direncanakan untuk membantu pasien belajar mengendalikan perilaku kekerasan mereka. Tindakan ini meliputi membangun kepercayaan dengan pasien, menanyakan perasaan dan masalah mereka, mengajari mereka memukul kasur dan bantal sebagai bentuk pengendalian diri, mengajari mereka berkomunikasi secara verbal dan non-verbal melalui komunikasi terapeutik, membantu mereka menemukan bimbingan spiritual, dan terakhir, mengajari mereka minum obat sesuai resep dan mematuhi jadwal yang teratur. Di sisi lain, ada tantangan dalam upaya ini, yang paling signifikan adalah pelaksanaan strategi implementasi yang tidak tuntas, yang mencegah perawat dan klien mengembangkan hubungan saling percaya dan, akibatnya, membuat intervensi keperawatan tidak efektif.

Berdasarkan fenomena diatas, maka penulis telah melakukan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti uraikan diatas, maka perumusan masalah penulis ini adalah bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan konsep teori Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang
- b. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang
- c. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang
- d. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang
- e. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang
- f. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin Padang
- g. Mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan Perilaku Kekerasan di RSJ.Prof.HB.Saanin.Padang

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikasi

a. Bagi Penulis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi penulis asuhan keperawatan jiwa pada pasien perilaku kekerasan.

2. Pengembangan Keilmuan

a. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai dorongan pemikiran dan sumber bacaan dalam kegiatan belajar tentang asuhan keperawatan jiwa meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta penilaian keperawatan yang akan dilakukan bagi pasien perilaku kekerasan.

b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan perilaku kekerasan.

c. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Karya tulis ilmiah ini mampu menyampaikan wawasan bagi pasien untuk lebih memahami berkenaan penyakit yang dirasakan dan mampu sebagai panduan serta arahan perawat dalam penerapan asuhan keperawatan jiwa bagi pasien perilaku kekerasan.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

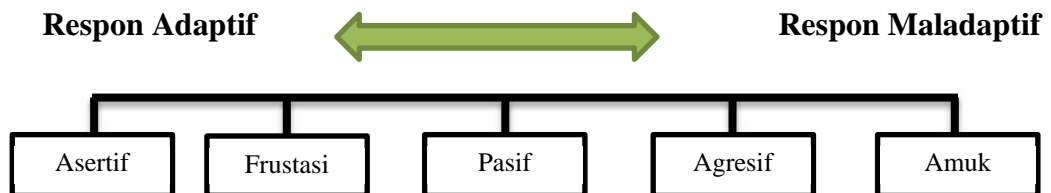
A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Reaksi maladaptif terhadap amarah, efek dari kemarahan yang ekstrem, dan teror dapat terwujud sebagai perilaku kekerasan. Salah satu gejala awal perilaku kekerasan pada penderita skizofrenia adalah keinginan untuk menghindari interaksi sosial karena perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak (Pardede & Laia, 2020).

Salah satu cara orang mengatasi stres adalah dengan tindakan agresif, baik verbal maupun nonverbal, yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku agresif semacam ini meliputi bertindak tidak rasional, bersikap antagonis, dan menyakiti atau membuat orang lain kesal secara verbal maupun fisik (Keliat, 2015 dalam Pujiningsih, 2021).

2. Rentang Respon Marah



Gambar 2. 1 Rentang Respon Masalah

(Stuart, W & Sunden, S, 2013)

Keterangan Gambar :

- a. Perilaku asertif artinya kepribadian pada mana seorang bisa menunjukkan pandangan tidak senang atau geram tanpa menyinggung

atau melukai hati orang lain. Sikap ini bisa menenangkan emosi seorang.

- b. Frustrasi artinya reaksi dari tidak tercapainya tujuan.
- c. Sikap pasif ialah sikap di mana individu tidak dapat berkata rasa marah yang dialaminya serta hal ini dilakukan buat menghindari keluhan yang nyata.
- d. Sikap agresif dikaitkan dengan kemarahan, kendali mental, dan keinginan untuk bertindak. Orang yang agresif tidak peduli dengan kewenangan orang lain. Menurut mereka hidup adalah landasan perang. Individu membagikan kemampuan dan menaikkan harga dirinya buat menekan orang lain.
- e. Violent (amuk) adalah rasa permusuhan atau murka yang intens serta melibatkan hilangnya cara yang dapat merugikan diri sendiri serta lingkungannya.

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Faktor pembawa perilaku kekerasan terdiri atas faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebagai berikut :

1) Faktor Biologis

- a) Masalah yang diperiksa di faktor biologis meliputi adanya faktor herediter menderita gangguan jiwa, kondisi penyakit atau trauma kepala, serta perihal penggunaan NAPZA (Irman et al., 2016).
- b) Dari Stuart (2013) pada (Dermawan dan Rusdi, 2013) faktor biologis penyebab perilaku kekerasan :
 - (1) Menurut Teori Dorongan Instingtual, setiap tindakan kekerasan bermula dari kebutuhan mendasar dan mendasar.
 - (2) Menurut teori psikosomatis, kondisi emosional seseorang—termasuk kemarahan—merupakan reaksi fisiologis terhadap

faktor internal dan eksternal tertentu. Dalam hal melepaskan atau menekan kemarahan, sistem limbik berperan penting.

2) Faktor Psikologis

- a) Pengalaman marah merupakan hasil dari respon psikologis terhadap rangsangan eksternal, internal, atau lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi akibat dari frustrasi yang terakumulasi. Frustrasi terjadi ketika keinginan individu untuk menerima sesuatu dikecewakan atau terhenti, seperti kesehatan fisik yang terganggu, hubungan sosial yang terganggu. Salah satu kebutuhan manusia adalah "berperilaku", jika kebutuhan ini tidak dapat dipenuhi dengan berperilaku konstruktif, maka yang akan terjadi adalah individu tersebut berperilaku destruktif (Irman et al., 2016).
- b) Sedangkan berdasarkan Stuart (2013) pada (Dermawan dan Rusdi, 2013) faktor psikologis perilaku kekerasan yaitu :
 - (1) Teori Agresi Frustrasi menyatakan bahwa orang bertindak dengan kekerasan ketika mereka merasa putus asa. Ketika harapan dan impian seseorang untuk memperoleh sesuatu tidak terpenuhi atau meresahkan, hal itu dapat menyebabkan frustrasi. Orang-orang dalam skenario ini mungkin merespons dengan kekerasan karena mereka percaya bahwa tindakan kekerasan akan membantu mereka mengatasi perasaan gagal.
 - (2) Subjek: Teori Perilaku Perilaku Kemarahan adalah alat untuk pertumbuhan; dengan lingkungan yang tepat, kemarahan dapat dipupuk.
 - (3) Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk bertindak, dan menurut teori eksistensial (juga dikenal sebagai "teori realitas"), jika dorongan ini tidak dapat dipenuhi oleh sifat-

sifat karakter yang positif, maka individu tersebut akan melakukan tindakan negatif.

- c) Psikologis menurut (Prabowo, 2014) yakni kegagalan yang dialami mampu mengakibatkan frustrasi yang lalu bisa tampak proaktif atau amuk. Perasaan ditolak, malu, dilecehkan, atau dieksekusi merupakan contoh pengalaman masa kecil yang tidak mengenakkan

3) Faktor Sosiokultural

- a) Cara seseorang mengekspresikan kemarahan dapat dikaitkan dengan gangguan fungsi dan hubungan sosial serta konteks sosial yang membahayakan kebutuhan individu. Orang dapat dihipnotis untuk merespons secara agresif atau proaktif oleh norma budaya. Menurut teori pembelajaran sosial, kecenderungan agresif dapat tertanam pada anak-anak sejak usia dini dengan melihat dan meniru perilaku agresif orang tua dan kakek-nenek mereka dalam menanggapi situasi yang menantang (Irman et al., 2016).
- b) Stuart (2013) pada (Dermawan dan Rusdi, 2013) menyebutkan faktor sosiokultural perilaku kekerasan yaitu ;
 - (1) Lingkungan sosial seseorang akan menentukan bagaimana mereka bertindak saat marah, menurut Teori Lingkungan Sosial (Social Environment Theory). Respons yang tegas atau proaktif mungkin dipengaruhi oleh norma budaya.
 - (2) Menurut Teori Pembelajaran Sosial, paparan tidak langsung dan langsung dapat menyebabkan perolehan perilaku agresif.

- 4) Adapun faktor prediposisi lainnya berdasarkan (Prabowo, 2014) sebagai berikut :
- a) Banyak faktor yang berkontribusi terhadap normalisasi perilaku kekerasan, termasuk paparan media yang mengandung kekerasan, penguatan positif untuk tindakan kekerasan, dan perilaku kekerasan seseorang di rumah dan di masyarakat.
 - b) Banyak faktor sosial dan budaya yang berkontribusi terhadap penerimaan perilaku kekerasan, termasuk kurangnya dialog terbuka dan kecenderungan orang untuk bereaksi secara diam-diam atau pasif agresif.

b. Faktor Presipitasi

1) Stressor

- a) Komponen pencetus ini, menurut Sutejo (2017), dikaitkan dengan konsekuensi stres yang menyebabkan perilaku kekerasan pada setiap orang. Tekanan dapat berasal dari dalam maupun luar. Agresivitas fisik, kehilangan, kematian, dan kejadian traumatis lainnya merupakan contoh stres eksternal. Beberapa contoh stres internal adalah kekhawatiran akan penyakit fisik, penyakit internal, kematian orang yang dicintai, dan pengalaman serupa lainnya. Lebih jauh, perilaku agresif dapat dipicu oleh suasana yang tidak mendukung yang penuh dengan hinaan dan perilaku kekerasan.
- b) Faktor-faktor yang menyebabkan perilaku agresif bersifat unik bagi setiap orang, seperti yang ditemukan oleh Dermawan dan Rusdi (2013). Sumber stres dapat berasal dari eksternal (seperti kekerasan fisik, kehilangan, atau kematian) atau internal (seperti memutuskan hubungan dengan orang penting, mengalami penurunan hubungan romantis, atau takut jatuh sakit). Tindakan kekerasan, kritik keras yang meningkat menjadi hinaan, dan

lingkungan yang terlalu ramai dan berisik dapat menjadi katalisator perilaku agresif.

2) Lingkungan

Faktor presipitasi berdasarkan (Prabowo, 2014) dapat dimulai dengan latar belakang, lingkungan sekitar, atau hubungan pasien dengan orang lain terlebih dahulu. Perilaku agresif pasien dapat berasal dari masalah kesehatan mental yang mendasarinya, seperti depresi, kurangnya rasa percaya diri, atau cacat fisik. Demikian pula, dengan menggunakan lingkungan yang ramai dan bising, kritik yang menunjukkan penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan, dan kekerasan, kita dapat menyimpulkan komponen penyebab tambahan. Perseteruan dan hubungan yang provokatif juga dapat menyebabkan tindakan agresif.

4. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala klien perilaku kekerasan adalah :

- a. **Data Subjektif** : pernyataan bahaya, kata kasar, ingin memukul atau melukai diri sendiri dan orang lain (Irman et al., 2016).
- b. **Data Objektif** :
 - 1) Wajah tegang dan memerah, tatapan tajam, otot tegang, rahang terkatup, tangan terkepal, suara marah atau berteriak, gaya berjalan mondar-mandir, pertengkaran sambil berteriak, jantung berdebar-debar, pukulan jika tidak disukai, lemparan (Irman et al., 2016).
 - 2) Informasi berikut ini dapat diperoleh melalui pengamatan atau sesi tanya jawab mengenai gejala dan tanda-tanda: Wajah tegang dan merah, tatapan tajam, rahang terkatup, suara keras, mengerang atau berteriak, ancaman, fisik atau verbal, kemampuan untuk merusak barang atau harta milik orang lain, dan ketidakmampuan

untuk mengatur atau menghindari perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013).

5. Mekanisme Koping

Ada beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain :

1) Sublimasi

- a) Mendapatkan tujuan pengganti yang mengagumkan. Bagi masyarakat umum, terdapat gangguan terhadap distribusi bantuan ini secara teratur. Salah satu strategi untuk mengatasi kemarahan adalah dengan mengalihkannya ke sesuatu yang tidak terlalu menegangkan, seperti meremas adonan kue atau meninju tembok (Prabowo 2014).
- b) Menurut Anwari (2023), sublimasi mengacu pada proses mencari kepuasan atau menghilangkan hasrat seksual melalui kegiatan non-seksual.

2) Proyeksi

- a) Menuduh orang lain atas kekurangan atau keinginannya yang buruk, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa dirinya mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerjanya, berbalik menyalahkan temannya karena berusaha memenangkan hatinya, menggodanya (Prabowo (2014).
- b) Proyeksi, yaitu mencoba menuduh orang lain atas kesulitan atau harapan yang buruk (Anwari, 2023).

3) Represi

- a) Menunda pikiran-pikiran yang menyakitkan atau membahayakan agar tidak masuk ke dalam alam sadar. Misalkan seorang anak sangat membenci orang tuanya yang tidak disukainya. Namun berdasarkan ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil, membenci orang tua merupakan hal yang buruk dan dikutuk oleh

Tuhan. Akibatnya, rasa benci tersebut tertahan dan akhirnya ia dapat melupakannya (Prabowo (2014).

- b) Represi, yaitu mencegah pikiran-pikiran yang mengejutkan atau membahayakan agar tidak masuk ke dalam alam sadar (Anwari, 2023).
- 4) Reaksi formasi
- a) Menunda keinginan yang membahayakan saat diungkapkan. Menggunakan perilaku kontradiktif yang berlebihan dan menggunakannya sebagai penghalang. Misalnya, seseorang yang tertarik pada teman suaminya akan sangat mencurigai orang tersebut (Prabowo (2014).
 - b) Reaksi formasi atau terbentuknya reaksi, yaitu upaya mencegah timbulnya keinginan yang merugikan menggunakan cara membesar-besarkan perbuatan yang berselisih serta menggunakannya menjadi penghalang (Anwari, 2023).
- 5) Deplacement
- a) Dalam kebanyakan kasus, pelepasan emosi negatif ditanggapi dengan permusuhan. Pada target yang tidak terlalu berbahaya daripada target yang memicu kemarahan pertama. Sebagai contoh: Timmy yang berusia empat tahun sangat marah setelah ibunya memberinya pelajaran menggambar di dinding kamar. Dia dan teman-temannya mulai terlibat dalam permainan perang (Prabowo 2014).
 - b) Menurut Anwari (2023), ketika emosi negatif, seperti amarah, dialihkan ke sesuatu yang tidak terlalu berbahaya, hal itu disebut pemindahan.
Menurut Dermawan (2013), yang sependapat dengan hal ini, perawat harus belajar untuk mensosialisasikan mekanisme penanganan klien mereka sehingga mereka dapat mengajarkan klien mereka cara-cara yang sehat untuk menghadapi ledakan kekerasan.

Beberapa metode penanganan yang umum termasuk "Pengungsian," sublimasi, proyeksi, represi, penyangkalan, dan respons kelompok, yang semuanya bersifat melindungi ego.

6. Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2017), penatalaksanaan pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

a. Farmakoterapi

Perawatan dan penyembuhan pasien yang menunjukkan sikap agresif harus sempurna. Dalam hal mengobati gangguan psikomotorik, neuroleptik dosis tinggi efektif seperti Clorpromazine HCL bermanfaat. Dosis rendah efektif, yang sebanding dengan Trifluoperazine Estelasine, dapat digunakan jika tidak tersedia. Meskipun neuroleptik dan Tranquilizer bukan obat antipsikotik, keduanya memiliki sifat anti-kecemasan, anti-agitasi, dan anti-ketegangan, oleh karena itu keduanya dapat digunakan secara bergantian jika diperlukan.

b. Terapi Okupasi

Ada kesalahpahaman umum bahwa terapi ini sama dengan terapi kerja. Namun, tujuan pendekatan ini bukanlah agar pasien bekerja atau terlibat dalam aktivitas yang berubah menjadi sarana komunikasi; sebaliknya, pendekatan ini mendorong berbagai aktivitas, termasuk membaca koran atau bermain catur, sebagai sarana terapi. Petugas bertanggung jawab untuk mengembangkan perawatan ini sebagai langkah pertama dalam proses rehabilitasi setelah penyortiran, dengan masukan dari rencana aktivitas.

c. Peran Serta Keluarga

yakni bentuk penunjang utama yang menyampaikan perawatan eksklusif disetiap keadaan pasien. Jika keluarga tangguh, mereka lebih siap menghadapi tantangan, yang pada gilirannya membantu pasien

tetap sehat dengan mencegah dan mengatasi sikap serta perilaku maladaptif dan menggantinya dengan yang adaptif.

d. Terapi Somatik

Terapi somatik merupakan salah satu bentuk pengobatan kesehatan mental yang bertujuan membantu pasien mengubah pola perilaku yang tidak sehat menjadi pola pikir dan tindakan yang lebih sehat dengan berfokus pada kesehatan fisik (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2000, hlm. 230).

e. Terapi Kejang Listrik (ECT)

Pasien yang menjalani terapi elektrokonvulsif (ECT) atau terapi kejang elektronik (ECT) akan dialiri arus listrik ke pelipis mereka untuk memicu kejang. Awalnya dikembangkan untuk pengobatan skizofrenia, rejimen ini mencakup 20–30 sesi yang diberikan sekali atau dua kali seminggu.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, alamat dan lain-lain yang relevan (Wulandari, Ida, dkk. 2023).

b. Alasan masuk

Umumnya pasien masuk dengan keterangan, marah-marah tanpa sebab yang jelas, menyakiti orang lain dengan cara fisik atau verbal, menyakiti diri sendiri, merusak lingkungan, perilaku mengganggu, ada Riwayat gangguan jiwa sebelumnya, dan putus obat (Kelliat et al., 2019).

c. Faktor prediposisi

1) Faktor Biologis

Faktor risiko herediter untuk penyakit mental, kondisi medis masa lalu, trauma otak, dan penyalahgunaan zat adalah beberapa aspek biologis yang sering diselidiki (Irman, 2016).

2) Faktor Psikologis

Perasaan marah sering kali merupakan hasil reaksi terhadap hal-hal yang terjadi di sekitar Anda, baik di dalam maupun di luar diri Anda. Pola perilaku kekerasan berkembang dari kemunduran yang dialami seumur hidup. Ketika rintangan, seperti kesehatan yang buruk atau hubungan yang rusak, mencegah seseorang melakukan apa yang mereka inginkan, mereka mungkin mengalami frustrasi. Perilaku destruktif seseorang akan muncul jika tuntutan mereka untuk "berperilaku baik" tidak dipenuhi melalui cara-cara yang konstruktif (Irman, 2016).

3) Faktor Sosiokultural

Perspektif seseorang terhadap ekspresi amarah dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh peran dan hubungan yang rusak. Bergantung pada budaya seseorang, seseorang mungkin lebih cenderung bereaksi secara agresif atau tegas. Menurut teori pembelajaran sosial, anak-anak memperoleh kecenderungan agresif dengan melihat dan meniru orang tua mereka dan orang dewasa lainnya di lingkungan sosial terdekat mereka (Irman et al., 2016).

d. Faktor Presipitasi

Umumnya dapat berasal dari pasien, lingkungan atau hubungan dengan orang lain. Situasi pasien seperti ini kelemahan fisik (penyakit fisik), keputus asaan, ketidak berdayaan, percaya diri

yang kurang dapat menjadi pemicu perilaku kekerasan. begitu pula dengan keadaan kawasan yang bising, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintainya/pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi yang profokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan (Prabowo, 2014).

e. Perilaku

1) Menyerang atau menghindari.

Pada kondisi ini, ada beberapa respons fisiologis yang biasanya muncul. Respons tersebut meliputi denyut jantung cepat, wajah memerah, pupil melebar, mual, peningkatan sekresi hidroklorotiazid, penurunan peristaltik lambung, peningkatan produksi urine dan air liur, sembelit, peningkatan kewaspadaan, kekakuan tubuh, rahang dan tangan mengempal, serta peningkatan produksi urine dan air liur (Sutejo, 2017).

2) Menyatakan secara asertif

Ketika orang marah, mereka sering bertindak dengan salah satu dari tiga cara: pasif, agresif, atau tegas. Cara paling efektif untuk mengekspresikan kemarahan yang tidak melibatkan kekerasan fisik atau psikologis terhadap orang lain adalah tindakan tegas. Individu juga dapat maju dalam karier mereka dengan melakukan perilaku ini (Sutejo, 2017).

3) Memberontak

Ketika pandangan ini pertama kali muncul, seringkali diikuti oleh tindakan kekerasan sebagai sarana untuk mendapatkan perhatian orang lain di sekitar (Sutejo, 2017).

4) Perilaku kekerasan

Perilaku tidak teratur, agresif, atau merugikan diri sendiri, orang lain, atau alam (Sutejo, 2017)

f. Mekanisme Koping

Sebagai aturan umum, perawat perlu mempelajari cara klien mereka mengatasi stres agar dapat mengajarkan cara yang sehat untuk mengatasi emosi negatif seperti amarah. Strategi pertahanan ego termasuk "Pengeseran," sublimasi, proyeksi, penekanan, penyangkalan, dan konstruksi respons sering digunakan sebagai metode penanganan (Prabowo, 2014).

g. Hubungan sosial

Meskipun individu mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan saat bersama orang lain, hal itu dapat mengganggu interaksi sosial mereka. Pasien mungkin marah jika mereka merasa tertekan untuk terlibat dalam percakapan yang dipaksakan (Sulastri et al., 2023).

h. Spiritual

Umumnya pasien menganggap dirinya berkemampuan dan benar, mempersoalkan pendapat orang lain, tidak peduli dan kasar (Tombakan et al., 2023)

i. Status Mental

Biasanya pasien yang menampilkan respon kemarahan pada saat dilakukan peninjauan pada pembicaraan: ucapan cepat, keras, kasar, intonasi tinggi dan mudah sakit hati (Sulastri et al., 2023).

j. Aktivitas motorik

Umumnya pasien dengan perilaku kekerasan akan tampak kaku, bingung, aktivitas otot muka berubah-ubah, takut, tangan menggepal, dan rahang dengan kuat (Sulastrri et al., 2023).

k. Afek

Biasanya pasien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab. Interaksi selama wawancara biasanya pasien dengan risiko perilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap. lawan bicara dan mudah tersinggung (Sulastrri et al., 2023).

l. Kebutuhan Persiapan pulang

Biasanya persiapan pulang dikaji mulai dari awal pasien dinyatakan harus menjalani perawatan karena perilaku kekerasan yang dilakukan. Lakukan pengkajian terhadap kemampuan pasien mengenal perilaku kekerasannya dan cara mengendalikan kemarahannya. Persiapan pulang dilakukan dengan melibatkan caregiver utama yang akan merawat/mendampingi pasien saat pulang/dirumah (Sulastrri et al., 2023).

m. Kemampuan mengatasi masalah/mekanisme koping yang ditampilkan oleh pasien pada rentang maladaptif

Biasanya respons yang ditampilkan oleh pasien seperti perilaku agresif, menyalahkan orang lain, menyakiti/melukai orang lain baik secara verbal atau fisik, seperti memukul, mengancam dan merusak benda-benda disekitarnya (Sulastrri et al., 2023).

n. Masalah psikososial

Biasanya masalah dialami oleh pasien sebagai akibat dari penolakan oleh lingkungannya. Pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi sosial dengan lingkungannya (Sulastri et al., 2023).

o. Riwayat trauma

Biasanya pasien yang memiliki riwayat trauma fisik atau emosional atau pernah mengalami pengalaman negatif dalam hidupnya mungkin memiliki kesulitan dalam mengatasi emosi mereka dengan cara yang sehat, dan ini bisa menyebabkan perilaku kekerasan (Tombokan et al., 2023).

p. Gangguan kognitif

Beberapa pasien mungkin mengalami gangguan kognitif atau penurunan fungsi kognitif setelah perawatan rumah sakit. Hal ini dapat memengaruhi kemampuan mereka dalam mengelola emosi dan perilaku dengan baik (Tombokan et al., 2023).

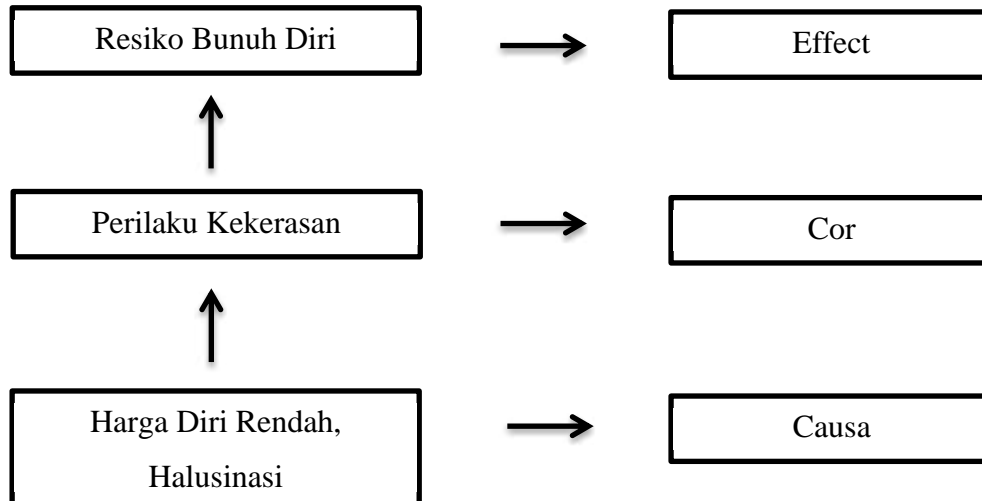
q. Efek samping obat

Biasanya beberapa obat yang digunakan dalam pengobatan pasien dapat memiliki efek samping yang memengaruhi suasana hati dan perilaku. Misalnya, obat-obatan tertentu untuk kondisi kesehatan mental dapat memengaruhi keseimbangan kimia otak dan menyebabkan perubahan emosi yang drastis (Tombokan et al., 2023).

2. Diagnosa Keperawatan

Meskipun individu mengalami kecemasan atau ketidaknyamanan saat bersama orang lain, hal itu dapat mengganggu interaksi sosial mereka. Pasien mungkin marah jika mereka merasa tertekan untuk terlibat dalam percakapan yang dipaksakan.

Pohon Masalah



Gambar 2. 2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

(Prabowo, 2014).

Masalah keperawatan yang barangkali ada untuk masalah perilaku kekerasan adalah :

- a. Perilaku kekerasan
- b. Halusinasi
- c. Harga Diri Rendah
- d. Resiko Bunuh Diri.

Masalah keperawatan yang bisa muncul menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) pada pasien dengan perilaku kekerasan antara lain :

- a. Perilaku Kekerasan berhubungan dengan Ketidakmampuan Mengendalikan Dorongan Marah (D.0132)
- b. Harga Diri Rendah berhubungan dengan Gangguan Psikiatri (D.0086)
- c. Risiko Bunuh Diri berhubungan dengan Gangguan Perilaku (D.0135).

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan untuk pasien perilaku kekerasan menurut (Irman et al., 2016) yaitu :

a. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan

1) Tindakan Keperawatan pada Klien

a) Tujuan

- (1) Meletakkan dasar untuk kemitraan yang saling percaya.
- (2) Sekarang saya akan menjelaskan apa yang menciptakan amarah.
- (3) Menjelaskan sentimen ketika amarah atau perilaku agresif muncul.
- (4) Menjelaskan tindakan yang dilakukan saat sedang marah.
- (5) Pembahasan tentang metode untuk mengelola sifat agresif atau kekerasan.
- (6) Melakukan latihan fisik untuk menyalurkan amarah.
- (7) Mengonsumsi obat resep sesuai resep.
- (8) Belajar mengendalikan amarah melalui wacana yang tepat.
- (9) Melakukan latihan keagamaan untuk menahan amarah.

b) Tindakan

- (1) Membina hubungan saling percaya
Untuk membangun koneksi yang dapat dipercaya, langkah-langkah berikut harus diambil:
 - (a) Selalu sapa pasien saat Anda bertemu dengan mereka.
 - (b) Kirimkan salam (nama, nama panggilan favorit perawat), dan tanyakan pilihan nama dan nama panggilan pasien.

- (c) Cari tahu bagaimana perasaan pasien saat ini dan masalah apa yang mereka alami.
 - (d) Uraikan rencana kegiatan perawat dengan pasien, termasuk durasi, lokasi, dan perkiraan waktu penyelesaian.
 - (e) Jelaskan bahwa perawat akan menjaga kerahasiaan informasi yang dikumpulkan untuk memfasilitasi perawatan.
 - (f) Bersikaplah pengertian.
 - (g) Jaga kebutuhan dasar pasien.
- (2) Bicaralah dengan pasien tentang apa yang membuat mereka marah dan bagaimana hal itu terwujud dalam bentuk tindakan kekerasan.
- (3) Pikirkan apa yang mungkin ditunjukkan pasien kepada Anda jika mereka mulai bertindak kasar.
- (a) Bicarakan tentang apa artinya ketika seseorang bersikap agresif secara fisik.
 - (b) Bicarakan tentang tanda-tanda peringatan agresi psikologis.
 - (c) Bicarakan tentang apa artinya ketika seseorang bertindak kasar dalam lingkungan sosial.
 - (d) Lihat gejala-gejala agresi spiritual dan bicarakan tentangnya.
 - (e) Bicarakan tentang tanda-tanda peringatan agresi intelektual.
 - (f) Bicarakan kepada pasien tentang berbagai cara mereka bertindak kasar ketika mereka marah, termasuk secara verbal, fisik, dan lingkungan.
- (4) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya

- (a) Berikan pasien teknik fisik untuk mengelola perilaku agresif, seperti bernapas dalam, memukul tempat tidur, dan membatalkan.
- (b) Minum obat sesuai resep.
- (c) Keterampilan komunikasi sosial dan verbal yang baik meliputi bertanya, menolak, dan mengekspresikan emosi.
- (d) Praktik spiritual yang mempertimbangkan pandangan agama atau filosofis pasien adalah doa.

c) **Strategi pelaksanaan (SP)**

(1) **Strategi pelaksanaan (SP) 1 pada pasien** : pengkajian

lalu latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal

- (a) Membangun ikatan berdasarkan kepercayaan antara dua pihak.
- (b) Mengetahui pemicu tindakan agresif dan indikator agresi apa yang penting.
- (c) Menjabarkan strategi untuk mengelola perilaku agresif, termasuk bentuk fisik, narkotika, verbal, dan spiritual.
- (d) Pelatihan pengendalian perilaku agresif secara fisik—bernapas dalam-dalam, pukul tempat tidur dan bantal.
- (e) Aktivitas fisik juga harus menjadi bagian dari agenda..

(2) **Strategi pelaksanaan 2 pada pasien** : latihan patuh minum obat

- (a) Kaji tanda-tanda peringatan perilaku agresif.
- (b) Pastikan Anda dapat bernapas dalam-dalam, lalu berbaring di tempat tidur dan bantal.

- (c) Pertimbangkan untuk memuji dan menanyakan tentang manfaatnya.
 - (d) Obat-obatan dapat menjadi alat yang ampuh dalam melawan perilaku agresif, oleh karena itu penting untuk mempelajari cara meminumnya dengan benar. Berikut adalah enam komponen resep farmasi: nama, jenis, dosis, waktu, metode, konsistensi, dan konsekuensi dari dosis yang terlewat.
 - (e) Setelah itu, pastikan untuk memasukkannya ke dalam rutinitas olahraga dan pengobatan Anda.
- (3) **Strategi pelaksanaan 3 pada pasien** : melatih cara social atau verbal
- (a) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
 - (b) Validasi kemampuan pasien untuk menarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar.
 - (c) Tanyakan manfaatnya dan berikan pujian.
 - (d) Latih cara mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, bertanya, menolak dengan benar).
 - (e) Masukkan dalam jadwal aktivitas untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.
- (4) **Strategi pelaksanaan 4 pada pasien** : latihan cara spiritual
- (a) Perhatikan tanda-tanda peringatan perilaku agresif
 - (b) Yakinkan pasien bahwa mereka dapat melakukan hal-hal seperti menarik napas dalam-dalam, berbaring di tempat tidur dan bantal, minum obat sesuai resep, dan berlatih berkomunikasi secara verbal atau sosial sesuai kebutuhan.

- (c) Jelaskan keuntungannya dan berikan pujian.
- (d) Pelajari disiplin spiritual dalam mengelola amarah.
- (e) Aktivitas fisik, pengobatan, verbal, dan spiritual semuanya harus menjadi bagian dari rencana.

2) Tindakan keperawatan pada keluarga pasien perilaku kekerasan

a) Tujuan

- (1) Kami mengakui adanya masalah perilaku agresif.
- (2) Memilih untuk menggunakan metode agresif saat menangani pasien.
- (3) Aktivitas fisik, komunikasi yang sehat, asupan obat yang tepat, dan dukungan spiritual adalah semua aspek perawatan pasien yang diajarkan dan dibantu untuk individu dengan perilaku agresif.
- (4) Menciptakan lingkungan yang lebih mendukung untuk membantu orang mengelola kecenderungan agresif dan mengurangi dampak pemicu.
- (5) Perhatikan tanda-tanda peringatan kekambuhan dan dapatkan bantuan medis jika diperlukan.
- (6) Pasien yang berisiko berperilaku agresif mungkin memiliki peluang lebih baik untuk mengatasi kesulitan mereka jika keluarga mereka terus melatih dan mendukung mereka.

b) Tindakan keperawatan kepada keluarga (pelaku rawat) :

- (1) Membahas berbagai masalah yang dihadapi saat memberikan perawatan pasien.
- (2) Memberikan penjelasan tentang definisi, gejala, dan faktor risiko perilaku kekerasan.

- (3) Memberikan instruksi kepada keluarga tentang cara mengurangi kemungkinan perilaku agresif.
- (4) Membantu keluarga dalam mengatasi potensi perilaku agresif.
- (5) Memberikan edukasi kepada orang-orang terkasih tentang cara menciptakan rumah yang hangat dan ramah bagi orang-orang terkasih mereka sekaligus mengelola berbagai kondisi untuk membantu orang-orang terkasih mengatasi masalah emosional.
- (6) Membicarakan berbagai tanda peringatan akan kekambuhan yang harus segera ditangani oleh dokter.
- (7) Mempromosikan kunjungan tindak lanjut yang konsisten ke pusat-pusat medis.

c) Strategi pelaksanaan (SP) keluarga

- (1) **Strategi pelaksanaan (SP) 1 keluarga** : cara merawat pasien dan latihan fisik 1
 - (a) Membahas masalah yang dihadapi saat memberikan perawatan pasien.
 - (b) Mendefinisikan perilaku agresif, gejalanya, dan bagaimana perilaku tersebut berkembang (lihat buku pegangan untuk detailnya).
 - (c) Memberikan panduan tentang cara mengatasi perilaku agresif.
 - (d) Pelatihan fisik 1, 2 merupakan salah satu metode untuk menangani perilaku agresif.
 - (e) Membantu pasien sesuai jadwal dan menawarkan penguatan positif.
- (2) **Strategi pelaksanaan (SP) 2 keluarga** : latihan cara memberi minum obat

- (a) Cari tahu seberapa baik keluarga dapat mengenali tanda-tanda perilaku agresif pada pasien.
 - (b) Pastikan bahwa keluarga dapat merawat dan memberi instruksi dengan baik pada pasien dengan cara fisik 1 dan 2.
 - (c) Pujian layak diberikan.
 - (d) Enam metode pemberian obat yang tepat, beserta praktik dan panduan untuk minum obat, dijelaskan.
 - (e) Ingatkan dan berikan penghargaan kepada pasien saat mereka melakukan latihan atau aktivitas sesuai anjuran.
- (3) **Strategi pelaksanaan (SP) 3 keluarga** : latihan cara sosial atau verbal
- (a) Cari tahu seberapa baik keluarga dapat mengenali saat orang yang mereka cintai bertindak kasar.
 - (b) Kemampuan keluarga untuk merawat dan mendidik pasien fisik harus divalidasi. Satu, dua, menyediakan obat, dan memberikan pujian.
 - (c) Bahas cara untuk mengelola kemarahan dalam situasi sosial, termasuk bertanya, menyangkal, dan mengekspresikan emosi.
 - (d) Kembangkan keterampilan linguistik dan sosial Anda.
 - (e) Memuji dan mendorong pasien secara konsisten untuk menyelesaikan tugas dan latihan mereka sangat penting.
- (4) **Strategi pelaksanaan (SP) 4 keluarga** : latihan cara spiritual
- (a) Cari tahu seberapa baik keluarga dapat mengenali tanda-tanda perilaku agresif pada pasien.

- (b) Mengakui dan mendukung kapasitas keluarga untuk merawat dan mendidik pasien dengan cara verbal/sosial, kepatuhan pengobatan, dan metode fisik 1 dan 2.
- (c) Topik-topik berikut akan dibahas: metode spiritual untuk mengendalikan amarah, praktik spiritual, gejala kambuh, tantangan dalam melakukan aktivitas, teknik untuk menahan diri dalam menghadapi perilaku merusak diri sendiri atau pemicu lingkungan, prosedur rujukan, dan tindak lanjut di pusat kesehatan.
- (d) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas dan latihan sesuai resep dan memberikan dorongan saat mereka melakukannya.

Sedangkan menurut (Dermawan, 2013), intervensi atau rencana tindakan keperawatan pada klien dan keluarga perilaku kekerasan yaitu:

1) Tindakan Keperawatan Jiwa pada Klien

a) Tujuan

- (1) Alasan mendasar dari perilaku agresif dapat dikenali oleh pasien.
- (2) Korban perilaku agresif dapat dikenali oleh pasien mereka.
- (3) Pasien memiliki pilihan untuk mengungkapkan tindakan kekerasan tertentu yang telah mereka lakukan.
- (4) Pasien dapat mendiskusikan hasil yang dihasilkan dari tindakan agresif mereka.
- (5) Metode untuk mengelola perilaku agresif dapat didiskusikan dengan pasien.

- (6) Perawatan psikofarmakologis hanyalah salah satu dari beberapa alat yang dapat membantu pasien mengatasi kecenderungan agresif.

b) Tindakan

(1) Bina hubungan saling percaya

Memastikan pasien merasa nyaman dan tenang saat berkomunikasi dengan Anda merupakan bagian penting dalam membangun hubungan saling percaya. Untuk membangun hubungan yang dapat dipercaya, Anda perlu melakukan hal berikut :

- (a) Mengucapkan salam terapeutik
 - (b) Berjabat tangan
 - (c) Menjelaskan tujuan interaksi
 - (d) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien
- (2) Bahas riwayat perilaku agresif pasien dan asal-usulnya dalam percakapan Anda.
- (3) Jika hal berikut memicu perilaku agresif pada pasien:
- (a) Bicarakan tentang tanda-tanda peringatan agresi fisik.
 - (b) Bicarakan tentang apa artinya ketika seseorang mengalami kekerasan psikologis.
 - (c) Lihatlah gejala-gejala kekerasan sosial dan bicarakan tentangnya.
 - (d) Lihatlah gejala-gejala kekerasan spiritual dan bicarakan tentangnya.
 - (e) Bicarakan tentang seperti apa bentuk agresi intelektual.
- (4) Tinjau kembali cara-cara berikut yang sering dilakukan pasien ketika marah pada pasien:

- (a) Verbal
 - (b) Terhadap orang lain
 - (c) Terhadap diri sendiri
 - (d) Terhadap lingkungan
- (5) Bahas kemungkinan hasil tindakan pasien dengan mereka.
- (6) Bicarakan dengan pasien tentang cara mengelola perilaku agresif dengan:
- (a) Tarik napas panjang beberapa kali dan hentakan pada tempat tidur dan bantal.
 - (b) Perawatan kesehatan.
 - (c) Spiritualitas: berikan doa sesuai dengan keyakinan pasien.
- (7) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
- (a) Teknik untuk bernapas dalam dan membanting bantal.
 - (b) Rencanakan untuk memukul bantal dan berlatih bernapas dalam pada waktu-waktu tertentu.
- (8) Ajari pasien untuk mengelola perilaku agresif mereka dalam konteks sosial dan verbal.
- (a) Belajarlah untuk menolak dengan sopan, bertanya, dan mengungkapkan pikiran Anda untuk mengomunikasikan kemarahan Anda secara verbal.
 - (b) Sisihkan waktu setiap minggu untuk melatih keterampilan manajemen kemarahan Anda secara lisan.
- (9) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual
- (a) Berdoalah, berdoalah, untuk membantu Anda mengelola amarah Anda secara rohani.

- (b) Tetapkan waktu yang teratur untuk berdoa dan mempraktikkan doa-doa Anda.
- (10) Mengajarkan orang untuk meminum obat sesuai resep dapat membantu mereka mengatur perilaku agresif.
 - (a) Berikan instruksi yang tepat kepada pasien tentang lima aturan emas pemberian obat: nama pasien, nama obat, cara yang tepat untuk minum obat, waktu yang tepat untuk minum obat, dan dosis yang tepat. Pasien juga harus diberi tahu tentang tujuan pengobatan dan potensi konsekuensi dari penghentian penggunaannya.
 - (b) Atur jadwal minum obat Anda.
- (11) Ikut sertakan pasien dalam Terapi Aktivitas kelompok Stimulasi Persepsi mengontrol Perilaku Kekerasan

d) Strategi pelaksanaan (SP)

- (1) **Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Pasien** : Hubungan kepercayaan dapat dibangun dengan terlebih dahulu mengenali dan kemudian menyebutkan rasa marah, gejalanya, perilaku agresif, dampaknya, dan pengendalian fisik.
- (2) **Strategi Pelaksanaan (SP) 2 Pasien** : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2, dengan cara:
 - (a) Lakukan analisis latihan pernapasan.
 - (b) Berbaringlah di kasur dan bantal sebagai bagian dari prosedur fisik kedua.
 - (c) Tetapkan rutinitas untuk pendekatan kedua setiap hari.
- (3) **Strategi Pelaksanaan (SP) Pasien 3** : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal

- (a) Pertimbangkan dua metode fisik saat mengevaluasi rutinitas harian.
 - (b) Belajarlah untuk menolak dengan sopan, bertanya, dan mengungkapkan pikiran Anda untuk mengomunikasikan kemarahan Anda secara verbal.
 - (c) Sisihkan waktu setiap minggu untuk melatih keterampilan manajemen kemarahan vokal Anda.
- (4) Strategi Pelaksanaan (SP) 4 Pasien :** Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual
- (a) Jelajahi hasil kegiatan yang bertujuan untuk mengelola perilaku agresif dalam konteks sosial dan verbal.
 - (b) Meditasi melalui doa.
 - (c) Jadikan latihan sholat/berdo'a
- (5) Strategi Pelaksanaan (SP) 5 Pasien :** Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat
- (a) Untuk menghindari kemarahan yang disebabkan oleh pelatihan, kaji rutinitas harian pasien.
 - (b) Instruksikan pasien untuk minum obat secara konsisten sesuai dengan lima prinsip yang benar: nama pasien, nama obat, metode pemberian, waktu, dan dosis. Selain itu, bahas penggunaan obat dan akibat jika tidak meminumnya.
 - (c) Tetapkan rutinitas untuk minum obat Anda.

2) Tindakan keperawatan pada keluarga pasien perilaku kekerasan

a) Tujuan

- (1) Keluarga dapat merawat pasien dirumah

b) Tindakan

- (1) Bicarakan tentang tantangan yang dihadapi keluarga saat merawat pasien.
- (2) Bicarakan dengan orang yang Anda kasihi tentang masalah seputar perilaku agresif, termasuk asal-usulnya, gejalanya, manifestasinya, dan dampaknya.
- (3) Bicarakan dengan keluarga tentang gejala apa pun yang dialami pasien yang perlu segera diketahui oleh perawat, termasuk memukul atau melempar barang.
- (4) Ajari keluarga tentang cara menangani pasien yang menunjukkan perilaku agresif.
 - (a) Dorong pasien untuk mengikuti perintah perawat dengan mendorong orang-orang yang dicintainya untuk melakukan hal yang sama.
 - (b) Instruksikan orang-orang yang dicintai untuk memberi selamat kepada pasien ketika mereka berhasil menyelesaikan suatu aktivitas.
 - (c) Langkah selanjutnya yang harus diambil jika pasien menunjukkan tanda-tanda perilaku agresif harus didiskusikan dengan keluarga.
- (5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga

c) Strategi pelaksanaan (SP) keluarga

- (1) **Strategi Pelaksanaan (SP) 1 Keluarga :** Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan dirumah dengan cara :
 - (a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
 - (b) Diskusikan dengan keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang timbul akibat perilaku tersebut).

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

(2) **Strategi Pelaksanaan (SP) 2 Keluarga** : Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan

(a) Cari tahu seberapa banyak yang diketahui keluarga Anda tentang amarah

(b) Ingatkan orang-orang yang dicintai pasien bahwa mereka harus membantu pasien agar bertanggung jawab dengan mengikuti petunjuk perawat.

(c) Pastikan orang-orang yang dicintai pasien tahu untuk memuji mereka saat mereka melakukan pekerjaan dengan baik.

(d) Bicarakan dengan keluarga tentang apa yang harus dilakukan jika pasien menunjukkan tanda-tanda perilaku agresif.

(3) **Strategi Pelaksanaan (SP) 3 Keluarga** : Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

b. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah

Rencana tindakan keperawatan untuk pasien Harga Diri Rendah menurut (Irman et al., 2016) yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Jiwa pada Klien

a) Tujuan

(1) Pasien memiliki kemampuan untuk mengenali kekuatan dan kualitas yang baik dalam dirinya.

(2) Bakat yang berpotensi berguna dapat dievaluasi oleh pasien.

- (3) Pasien memiliki kebebasan untuk memilih aktivitas berdasarkan kapasitasnya sendiri.
- (4) Aktivitas yang dipilih dapat dipraktikkan oleh pasien sesuai dengan kapasitasnya.
- (5) Pasien dapat membuat rencana untuk menyelesaikan latihan yang telah dilakukan.

b) Tindakan

- (1) Mengenali kelebihan pasien dan hal-hal yang dapat mereka lakukan. Berikut ini beberapa hal yang dapat dilakukan perawat untuk mendorong pasien berbicara tentang hal-hal baik tentang diri mereka:
 - (a) Bicarakan tentang kelebihan dan kualitas baik pasien, termasuk apa yang mereka lakukan di rumah, di keluarga, dan di rumah sakit, serta lingkungan sekitar mereka.
 - (b) Setiap kali Anda bertemu pasien, pastikan untuk memberikan pujian yang tulus daripada kritikan.
- (2) Memberikan bantuan kepada pasien dalam mengevaluasi bakat yang dapat digunakan. Anda memiliki pilihan untuk:
 - (a) Manfaatkan kesempatan ini untuk membahas kemampuan pasien yang masih dapat dipindahtangankan.
 - (b) Bantu pasien untuk menyebutkan kemampuan tersebut dan berikan dukungan untuk kemampuan yang mereka sebutkan.
 - (c) Tanggapi dengan positif dan dengarkan dengan penuh perhatian.
- (3) Membantu pasien individu dalam memilih dan memprioritaskan area pelatihan

- (a) Ulas beberapa hal yang dapat dilakukan bersama pasien dan bantu mereka memilih hal-hal yang dapat dilakukan setiap hari.
 - (b) Bantu pasien mengidentifikasi tingkat kemandirian mereka dan tugas-tugas yang memerlukan dukungan minimal dari orang lain di sekitar mereka. Berikan justifikasi atas tindakan pasien dengan memberikan contoh-contoh spesifik pelaksanaannya. Berkolaborasi dengan pasien untuk membuat jadwal dan inventaris tugas-tugas mereka sehari-hari..
- (4) Dorong perkembangan kemampuan yang disukai pasien. Berikut ini beberapa hal yang dapat Anda lakukan sebagai perawat:
- (a) Bahas pelatihan keterampilan yang dipilih dengan pasien sehingga Anda dapat menunjukkan kepada mereka cara melakukan tugas tersebut.
 - (b) Berikan pengakuan dan dorongan kepada pasien atas semua pencapaiannya.
- (5) Membantu membuat jadwal pelaksanaan keterampilan yang dilatihkan. Untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan, Anda dapat melakukan hal berikut:
- (a) Berikan pasien kesempatan untuk mempraktikkan keterampilan yang telah mereka pelajari.
 - (b) Akui dan rayakan pencapaian harian pasien.
 - (c) Rencanakan kapan Anda akan melakukan hal-hal yang telah Anda pelajari.
 - (d) Beri dia kesempatan untuk berbagi pikiran dan emosinya setelah menyelesaikan tugas.

c) Strategi Pelaksanaan (SP) pasien Harga Diri Rendah

(1) Strategi Pelaksanaan (SP) 1 pada pasien

- (a) Membahas kemampuan dan aspek positif pasien.
- (b) Membantu pasien memilih atau menentukan kemampuan yang akan dilatih.
- (c) Memilih kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian

(2) Strategi Pelaksanaan (SP) 2 pada pasien

- (a) Bantu pasien mempelajari keterampilan baru yang sesuai dengan kemampuan mereka.
- (b) Setiap keterampilan yang diperoleh pasien akan meningkatkan kepercayaan dirinya, sehingga pelatihan dapat terus berlanjut hingga setiap bakat dikuasai.

2) Tindakan keperawatan pada keluarga pasien harga diri rendah

a) Tujuan

- (1) Pasien dibantu mengenali kelebihan mereka sendiri oleh orang-orang yang mereka sayangi.
- (2) Jika pasien masih memiliki beberapa bakat, keluarga mereka dapat membantu mereka memanfaatkannya.
- (3) Orang-orang yang mereka sayangi mendorong mereka untuk mempraktikkan keterampilan yang telah mereka pelajari dan merayakan pencapaian mereka.

Perubahan dalam kapasitas perkembangan pasien dapat dipantau oleh keluarga

b) Tindakan

- (1) Bicarakan tentang tantangan yang dihadapi keluarga saat merawat pasien.
- (2) Berikan informasi kepada keluarga tentang rendahnya harga diri pasien.
- (3) Puji pasien atas keterampilannya dan bicarakan hal tersebut kepada keluarga.
- (4) Berikan contoh tentang cara membantu pasien yang berjuang melawan rendahnya harga diri.
- (5) Berikan contoh perawatan yang tepat untuk pasien yang menderita rendahnya harga diri.
- (6) Seperti yang telah ditunjukkan perawat sebelumnya, berikan kesempatan kepada keluarga untuk merasakan pengalaman merawat pasien yang memiliki harga diri yang rendah.
- (7) Bantu keluarga dalam merumuskan strategi untuk aktivitas pasien di rumah.

c) Strategi Pelaksanaan (SP) keluarga**(1) Strategi Pelaksanaan (SP) 1 pada keluarga**

- (a) Membahas permasalahan yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah.
- (b) Menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah.
- (c) Mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah.
- (d) Dan memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat.

(2) Strategi Pelaksanaan (SP) 2 pada keluarga

- (a) Pasien dengan harga diri yang rendah sering kali mendapat manfaat dari pengalaman kerabat mereka dalam merawat mereka secara pribadi.

(3) Strategi Pelaksanaan (SP) 3 pada keluarga

- (a) Bersiap untuk kembali ke rumah untuk berkumpul dengan orang-orang terkasih.
- (b) Pembantu kesehatan rumah adalah seorang profesional medis yang mengunjungi pasien di rumah mereka sendiri untuk memberikan perawatan. Dalam perawatan di rumah, pasien dan keluarga mereka mendapatkan perhatian medis sepanjang waktu di rumah mereka sendiri dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, meningkatkan kemandirian, dan mengurangi dampak penyakit. Dukungan dalam mengelola kesehatan mental keluarga merupakan salah satu tujuan utama perawatan di rumah atau kunjungan ke rumah, yang juga mencakup membantu pasien menjadi mandiri, mendidik pasien, keluarga, dan masyarakat tentang masalah kesehatan mental dan cara menghindarinya, serta mengajarkan pasien dan keluarga keterampilan dasar.

4. Implementasi Keperawatan

Istilah "implementasi keperawatan" mengacu pada langkah-langkah yang diambil oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan pasien mereka, termasuk mengidentifikasi dan menangani masalah apa pun yang mungkin mereka alami dan mengembangkan strategi untuk

mengatasinya. Permintaan pelanggan, variabel lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, taktik implementasi keperawatan, dan aktivitas komunikasi semuanya harus berpusat pada proses implementasi (Ali, 2010).

5. Evaluasi Keperawatan

a. Evaluasi kemampuan pasien risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :

- 1) Termasuk yang berikut: asal-usul, tanda-tanda peringatan, perilaku kekerasan yang umum, dan akibat dari perilaku agresif.
- 2) Menjaga ketertiban dalam menghadapi perilaku agresif secara konsisten dan sesuai rencana.
- 3) Secara psikologis: bersandarlah pada bantal atau kasur sambil menarik napas dalam-dalam.
- 4) Secara verbal dan sosial: meminta, menolak, dan mengekspresikan emosi secara positif.
- 5) Secara spiritual.
- 6) Perawatan psikofarmakologis.
- 7) Mengenali efek positif aktivitas fisik dalam mengurangi perilaku agresif.

b. Evaluasi kemampuan keluarga (pelaku rawat) risiko perilaku kekerasan berhasil apabila dapat:

- 1) Memahami tantangan yang dihadapi saat memberikan perawatan pasien (termasuk maknanya, gejalanya, dan langkah-langkah yang terlibat dalam menilai potensi perilaku agresif).
- 2) Mencegah perilaku kekerasan.
- 3) Bertindak dengan cara yang menunjukkan kepedulian dan pertimbangan terhadap pasien.
- 4) Memotivasi pasien dalam mengatur emosi amarah.

- 5) Menetapkan ruang yang mendukung dan aman bagi pasien untuk belajar mengelola amarah mereka.
- 6) Menilai kemandirian perawatan keperawatan dalam mengurangi perilaku agresif pasien.
- 7) Membuat rujukan, mengawasi pasien di pusat kesehatan, dan mengidentifikasi gejala kambuh.

6. Dokumentasi Keperawatan

Agar dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, dokumentasi keperawatan harus memuat semua fakta yang diperlukan untuk menetapkan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, aktivitas keperawatan, dan penilaian. Data harus disusun secara lengkap, sistematis, dan benar (Ali, 2016).

Tabel 2 1. Rencana Keperawatan

Masalah Keperawatan	Perencanaan	
	SLKI	SIKI
Perilaku Kekerasan (D.0132) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 20 menit, diharapkan control diri klien meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun Verbalisasi umpatan menurun Perilaku menyerang menurun] Perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun Perilaku agresif/amuk menurun Suara keras menurun Bicara ketus menurun <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)</p>	<p>Manajemen Pengendalian Marah</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab/pemicu kemarahan Identifikasi harapan perilaku terhadap ekspresi kemarahan Monitor potensi agresi tidak konstruktif melakukan tindakan sebelum agresif Monitor kemajuan dengan membuat data, <i>jika perlu</i> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan pendekatan yang tenang atau meyakinkan Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis. menggunakan senjata) Cegah aktivitas pemicu agresi

		<p>(mis. meninju tas, mondar-mandir, berolahraga berlebihan)</p> <p>e. Lakukan kontrol eksternal (mis. pengekangan, <i>time-out</i>, dan seklusi), <i>jika perlu</i></p> <p>f. Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi amarah adaptif</p> <p>g. Berikan penguatan atas keberhasilan penerapan strategi pengendalian marah</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan makna, fungsi marah, frustrasi, dan respons marah</p> <p>b. Anjurkan meminta bantuan perawat atau keluarga selama ketegangan meningkat</p> <p>c. Ajarkan strategi untuk mencegah ekspresi marah maladaptive</p> <p>d. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis. latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal,</p>
--	--	---

		aktivitas penyaluran energi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017)
Harga Diri Rendah Kronis (D.0086) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 20 menit, diharapkan harga diri klien meningkat, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> a. Penilaian diri positif meningkat b. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat c. Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri meningkat d. Minat mencoba hal baru meningkat e. Berjalan menempatkan wajah meningkat f. Postur tubuh menampakkan wajah g. Perasaan malu menurun h. Perasaan bersalah menurun i. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun j. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)	Promosi Harga Diri <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri b. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri c. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan <i>Terpaetik</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri b. Motivasi menerima tantangan atau hal baru c. Diskusikan pernyataan tentang harga diri d. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri e. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri

		<p>f. Diskusikan persepsi negatif diri</p> <p>g. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah</p> <p>h. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p>i. Diskusikan bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan batasan yang jelas</p> <p>j. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan</p> <p>k. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan harga diri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien</p> <p>b. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki</p> <p>c. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat</p>
--	--	--

		<p>berkomunikasi dengan orang lain</p> <ul style="list-style-type: none">d. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatife. Anjurkan mengevaluasi perilakuf. Latih tanggung jawab untuk diri sendirig. Latih pernyataan/kemampuan positif dirih. Latih cara berfikir dan berperilaku positifi. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).
--	--	--

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian menurut (Fachruddin, 2009) adalah kerangka atau perincian prosedur kerja yang akan dilakukan pada waktu meneliti, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran dan arah mana yang akan dilakukan dalam melaksanakan penelitian tersebut, serta memberikan gambaran jika penelitian itu telah jadi atau selesai penelitian tersebut diberlakukan.

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat atau hubungan antar fenomena yang diselidiki (Indra, 2019)

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan di ruangan Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian terdiri dari semua poin lengkap yang akan dijadikan dasar untuk menarik kesimpulan.

Semua pasien dengan diagnosis skizofrenia yang menunjukkan perilaku agresif kooperatif selama uji klinis didokumentasikan di Ruang Merpati RSJ Prof. HB. Saanin Padang. Di Ruang Merpati RSJ Prof. HB. Saanin Padang pada bulan Maret 2024, tiga pasien yang menderita skizofrenia menjadi sasaran perilaku agresif oleh dua puluh empat pasien lainnya.

2. Sampel

Menurut Rosyidah (2021), sampel merupakan bagian dari populasi yang lebih besar yang dipilih dengan menggunakan prosedur tertentu dengan harapan dapat mewakili keseluruhan populasi yang diteliti. Sampel dalam studi kasus ini adalah seorang pasien dengan gejala skizofrenia agresif yang dirawat di bangsal Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Satu sampel dikumpulkan dengan menggunakan purposive sampling, yaitu metode penentuan sampel yang melibatkan penetapan kriteria evaluasi dalam format skrining.

Adapun standar sampel dalam penelitian ini, adalah :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Klien dengan skizofrenia yang mempunyai perilaku kekerasan
- 2) Klien pernah dirawat atau rawat jalan di Rumah Sakit
- 3) Klien bersedia menjadi responden penelitian
- 4) Klien memiliki 5> tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 5) Klien gangguan jiwa yang kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik.

b. Kriteria Ekslusi

- 1) Klien dalam keadaan gelisah
- 2) Klien gangguan jiwa yang mengalami kecacatan fisik yang dapat mengganggu proses penelitian.

D. Instrumen Pengumpulan Data

Menurut (Arikunto, 2014), peneliti menggunakan peralatan pengumpulan data untuk membuat pekerjaan mereka lebih terpadu dan lebih sederhana. Pengkajian keperawatan, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi merupakan alat yang digunakan dalam penelitian ini. Wawancara, pemeriksaan fisik menggunakan instrumen termasuk stetoskop, tensiometer, dan termometer, observasi langsung dengan lembar evaluasi, dan studi

dokumentasi semuanya digunakan untuk mengumpulkan data untuk penelitian ini.

1. Format skrining dan format pengkajian keperawatan terdiri dari : identitas pasien, identitas penanggung jawab, alasan masuk, faktor prediposisi, status mental, pemeriksaan fisik, psikososial, data spiritual
2. Format analisa data terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah dan etiologi
3. Setelah nama pasien dan nomor rekam medis, diagnosis keperawatan harus diikuti oleh tanggal dan inisial penemuan dan penyelesaian masalah.
4. Nama pasien, nomor rekam medis, diagnosis keperawatan, dan intervensi keperawatan membentuk struktur rencana perawatan keperawatan.
5. Di bawah diagnosis dan implementasi keperawatan terdapat bidang-bidang berikut: nama pasien, nomor rekam medis, tanggal, implementasi keperawatan, dan inisial individu yang bertanggung jawab untuk mengimplementasikan perawatan keperawatan..
6. Nama pasien, nomor rekam medis, tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan inisial evaluator membentuk format evaluasi keperawatan.

E. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Jenis Pengumpulan Data

a. Jenis Data

1) Data primer

Langsung dari sumbernya, datanya jelas. Pertanyaan dan tanggapan dari klien, serta pengamatan langsung, memberikan data utama untuk penelitian ini. Data ini meliputi: identifikasi klien, riwayat kesehatan klien

2) Data Sekunder

Data yang sudah ada dapat disebut sebagai data sekunder. Peneliti di Rumah Sakit Jiwa Padang menggunakan data dari rekam medis Profesor HB Saanin.

2. Cara Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara merupakan salah satu cara memperoleh informasi dengan melihat wajah seseorang atau dengan bertanya dan menjawab pertanyaan secara langsung kepada narasumber (Hasnawati et al., 2022). Dalam penelitian ini wawancara yang dilakukan dengan klien yaitu tentang keluhan utama klien, alasan masuk, riwayat kesehatan, data psikososial dan spiritual.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk menilai kesehatan tubuh secara saksama. Tujuan pemeriksaan fisik dalam penelitian ini adalah untuk mendeteksi adanya kelainan pada tubuh atau sistemnya dengan memeriksa tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, dan laju pernapasan. Dalam kebanyakan kasus, saat pasien sedang marah, tanda-tanda vitalnya—tekanan darah, denyut nadi, dan pernapasan—semuanya meningkat.

c. Observasi

Perilaku klien atau pasien harus diperhatikan dengan saksama. Saat perawat mewawancarai pasien, pengamatan ini dilakukan. Perawat dapat memperoleh pengetahuan yang lebih komprehensif tentang pasien hanya dengan mengamati mereka. Sangat penting untuk memperhatikan perilaku pasien guna memastikan apakah informasi yang mereka berikan akurat. Jika perawat ingin menarik kesimpulan yang tepat tentang status pasien, ia dapat menggunakan pengamatan ini untuk memandu pencariannya terhadap data objektif sekunder

(Saputra et al., 2023). Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pengamatan dan mencatat adanya gejala yang tampak pada klien seperti keadaan umum klien, sikap dan juga perilaku klien.

Adapun langkah-langkah prosedur penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah :

- a. Dengan menghubungi Poltekkes Kemenkes RI Padang, lembaga penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin untuk melakukan penelitian.
- b. Peneliti menghubungi Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang untuk mendapatkan surat rujukan.
- c. Izin untuk melakukan penelitian diajukan kepada kepala rumah sakit jiwa di Padang, Prof. HB. Saanin.
- d. Permohonan izin untuk melakukan penelitian diajukan kepada Kepala Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
- e. Pada hari pertama penelitian, jumlah pasien skizofrenia yang berperilaku kasar dan menerima perawatan di ruang merpati dicatat sebagai sarana pemilihan sampel. Menggunakan format penyaringan untuk memilih sampel dengan cara pengambilan sampel yang bertujuan berdasarkan kriteria yang telah ditentukan.
- f. Saya akan mendekati klien dan menjelaskan tujuan penelitian.
- g. Klien diberi tahu dan memberikan persetujuannya.
- h. Kami mendorong klien untuk mengajukan pertanyaan apa pun yang mungkin mereka miliki.
- i. Sebelum memberikan perawatan keperawatan, klien diminta untuk menandatangani dokumen persetujuan yang diinformasikan, dan peneliti meminta waktu klien.

d. Dokumentasi

Pengumpulan data penelitian ini memakai arsip dari Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang untuk dijadikan sebagai data penunjang penelitian yang akan dilakukan seperti informasi dari keluarga klien, serta pengobatan klien.

F. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian yaitu dengan membandingkan data subjektif dan data objektif yang telah didapatkan dari hasil pengkajian. Selanjutnya hasil dari analisa data dirumuskan untuk dapat menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan pendokumentasian keperawatan. Hasil analisa data kemudian dilakukan pemaparan dan dibandingkan dengan teori teori asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Analisa data yang dilakukan adalah untuk menentukan ada atau tidak adanya kesamaan teori dengan kondisi klien.

BAB IV

DESKRIPSIKAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. DESKRIPSI KASUS

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas pasien

Tn.D seorang laki-laki berumur 36 tahun, tempat tanggal lahir pasien adalah 26 maret 1986, suku pasien adalah minang, pendidikan terakhir pasien adalah SD, pasien beragama islam. Pasien tinggal di Jorong Simpang Empat Lingkuang Aua Pasaman Barat, pasien dirawat sejak tanggal 23 Februari 2024 dengan nomor rekam medis 021389, sumber data ini didapatkan dari pasien, petugas diruangan merpati dan rekam medis.

b. Alasan masuk

Pasien masuk melalui IGD RS. Jiwa Prof. HB Saanin Padang pada tanggal 23 Februari 2024 diantar keluarga untuk kesekian kalinya. Alasan masuk pasien adalah gelisah satu minggu sebelum dirawat, pasien merusak peralatan rumah tangga, berbicara kasar, mengancam membunuh keluarga, mengambil barang orang, serta pasien sering berbicara dan tertawa sendiri, pasien mengatakan sesekali mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu.

c. Keluhan utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 05 Maret 2024 Tn.D mengatakan tidak mau berinteraksi dengan teman-teman yang ada diruangan, pasien gelisah karena takut tidak dijemput oleh keluarga, pasien juga tampak sering mondar-mandir sendiri, pasien masih merasa marah karena dibawa oleh keluarga ke RSJ, kemudian pasien

melampiasikan dengan menendang pintu, pasien mengatakan sesekali mendengar suara yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu.

d. Faktor prediposisi

1) Gangguan jiwa dimasa lalu

Pasien sudah mengalami gangguan jiwa sejak 15 tahun yang lalu, hanya pergi control ke RSUD Pasaman Barat, dan pertama kali dirawat yaitu pada bulan Agustus 2023 dengan tanda dan gejala berbicara kotor, memukul adiknya, serta berbicara dan tertawa sendiri. Pada 16 Januari 2024 dan 10 Februari 2024 pasien dirawat kembali karena tidak mau meminum obat, dan tidak ada kontrol lanjutan.

2) Pengobatan sebelumnya

Pasien sebelumnya menjalani pengobatan rawat jalan di RSJ HB. Saanin Padang dan RSUD Pasaman Barat. Pasien tenang ketika dijemput keluarga, sejak pulang pasien menolak minum obat karena pasien mengeluh mengantuk, dan membuang obat.

3) Trauma

a) Aniaya fisik

Pasien berkata tak pernah menjadi sebagai pelaku aniaya fisik.

b) Aniaya seksual

Pasien mengatakan tak pernah menjadi sebagai pelaku, korban atau saksi aniaya seksual sebelumnya.

c) Penolakan

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penolakan oleh famili, sahabat, ataupun warga yang ada disekitarnya.

d) Kekerasan dalam keluarga

Pasien berkata tak pernah menjadi sebagai pelaku, atau korban kekerasan dalam keluarga.

e) Tindakan criminal

Pasien berkata tak pernah menjadi sebagai pelaku, korban atau saksi tindakan kriminal sebelumnya.

4) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ibu pasien (alm) salah satu anggota famili yang mengalami gangguan jiwa dengan gejala suka bicara sendiri.

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

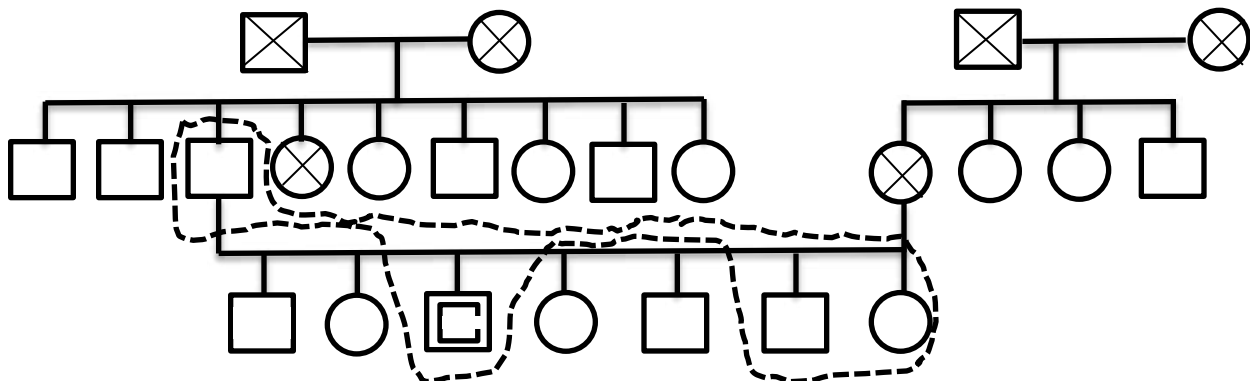
Pasien mengatakan tidak terdapat pengalaman masa lalu yang tak menyenangkan yang pasien alami.

e. Pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn.D didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 125/70 mmHg, nadi 95 x/mnt, pernapasan 17x/mnt, suhu 36,8C. Hasil pengukuran tinggi badan 167 cm, dan berat badan 57 kg, dan tidak ada keluhan fisik lainnya.

f. Psikososial

1) Genogram



Jelaskan : pasien Tn. D (36 tahun) merupakan anak ketiga dari tujuh orang bersaudara. Ibu pasien sudah meninggal, sekarang pasien tinggal bersama ayah dan dua adiknya.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Pasien berkata menyukai semua anggota tubuhnya.

b) Identitas diri

Pasien berkata senang dilahirkan menjadi seorang laki-laki, tetapi pasien berkata belum puas menjadi seorang laki-laki sebab belum mendapatkan pekerjaan.

c) Peran diri

Pasien mengatakan sehari-hari hanya dirumah saja, pasien mengatakan tidak mampu menolong keluarganya.

d) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin sembuh, pasien juga mengatakan ingin kembali beraktivitas dirumah saja dan tidak ingin kembali masuk ke RSJ lagi.

e) Harga diri

Pasien mengatakan hubungan pasien dengan lingkungannya baik-baik saja, pasien juga merasa sedih dan marah kepada keluarga ketika dirinya dibawa ke RSJ.

3) Hubungan sosial

a) Orang terdekat

Pasien berkata orang yang terdekat baginya adalah sahabatnya.

b) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan tak ada ikut aktivitas yang ada didalam kelompok masyarakat. Pasien lebih memilih untuk melakukan aktivitasnya sendiri.

c) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak ada berinteraksi dengan orang lain, karena orang-orang sekitar seperti takut kepada pasien.

4) Spiritual

a) Nilai dan keyakinan

Pasien beragama islam, dan meyakini ada Allah SWT, pasien juga berserah diri kepada Allah untuk kesembuhan dirinya.

b) Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan jarang menunaikan ibadahnya sebagai seorang muslim, pasien akan melaksanakan sholat ketika dia mau.

g. Status mental

1) Penampilan

Pasien nampak tak rapi, kadang-kadang juga suka membuka bajunya.

2) Pembicaraan

Pasien berbicara sangat keras, terkadang pasien juga berbicara cepat.

3) Aktivitas motorik

Pasien tampak gelisah, dan selalu bertanya kapan dia pulang. Pasien juga sering mondar-mandir.

4) Alam perasaan

Pasien merasa khawatir karena belum ada keluarga yang menjemputnya.

5) Afek

Afek pasien labil, sebab ketika bersosialisasi pasien lebih mengikuti kemauannya.

- 6) Interaksi selama wawancara
Saat berinteraksi pasien tampak mudah bosan, kontak mata pasien kurang, dan ketika sedang berinteraksi pasien sering tiba-tiba pergi.
- 7) Persepsi
Pasien mengatakan pertama kali dirawat pasien mendengar suara bisikan yang mengganggu dirinya.
- 8) Proses piker
Ketika berinteraksi pasien bicara dengan tak jelas, dan tak sampai pada inti pembicaraannya (Tangensia).
- 9) Isi pikiran
Isi pikiran Tn.D adalah kekhawatiran karena keluarganya tidak kunjung menjenguknya.
- 10) Tingkat kesadaran
Pasien tampak dalam keadaan sadar, walaupun sesekali pasien tampak mondar-mandir.
- 11) Memori
Pasien dapat mengetahui waktu, dan tempat. Akan tetapi pasien sering lupa dengan orang yang kenal dengan dia.
- 12) Tingkat konsentrasi dan berhitung
Pasien mampu untuk berkonsentrasi terhadap sesuatu, akan tetapi perhatian pasien juga mudah berganti dari satu objek ke objek yang lain.
- 13) Kemampuan penilaian
Pasien tak bisa melakukan penilaian ke sesuatu yang dia tampak.
- 14) Daya tilik diri
Pasien beranggapan semua yang terjadi karena orang-orang disekitarnya.

h. Kebutuhan persiapan pasien pulang

1) Makan

Pasien ketika dirawat, makan 3 kali sehari yakni di jam 7.00, jam 12.00, dan di jam 18.00 WIB.

2) BAB/BAK

Pasien BAB 2x sehari dan BAK > 4 kali sehari.

3) Mandi

Pasien mandi 2x sehari yakni di pagi serta sore.

4) Berpakaian/berhiasan

Pasien memakai pakaian kurang rapi, serta sesekali pasien tak pakai baju.

5) Istirahat dan tidur

Pasien berkata terkadang tak bisa tidur di malam hari.

6) Penggunaan obat

Pasien meminum obat 3x sehari dalam pengawasan perawat.

7) Pemeliharaan kesehatan

Pasien menggunakan kartu BPJS selama proses perawatan kesehatan selama berada didalam keadaan sakit.

8) Kegiatan didalam rumah

Pasien ketika dirumah jarang membantu kegiatan rumah.

9) Kegiatan/aktivitas diluar rumah

Pasien jarang melakukan kegiatan diluar rumah.

i. Mekanisme koping

1) Koping adaptif

Pasien bisa berkomunikasi dengan orang lain, tetapi pasien lebih memilih untuk diam, serta bermenung.

2) Koping maladaptif

Pasien mengamuk ketika keinginannya tak dipenuhi, serta melampiaskan marah ke objek lain.

j. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mempunyai persoalan dengan lingkungan dekatnya, sebab pasien merasa malu dia dirawat di RSJ serta merasa diasingkan oleh orang-orang dekatnya.

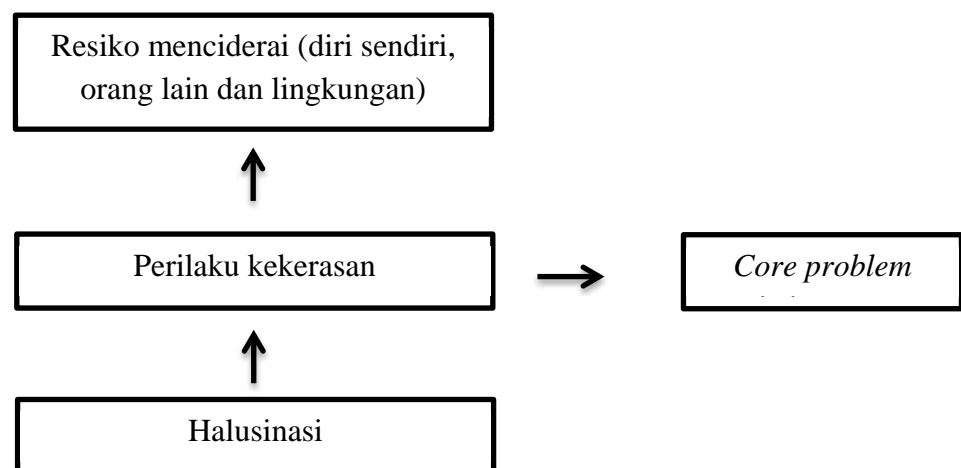
k. Pengetahuan

Pasien selalu beranggapan bahwa dia tidak menderita gangguan jiwa.

l. Aspek medik

Didalam aspek medik, Tn.D mendapat diagnosa skizofrenia. Skizofrenia dibagi menjadi gejala positif dan negatif. Salah satu gejala positif skizofrenia yaitu perilaku kekerasan. Terapi medik yang didapatkan Tn.D yaitu Risperidone 2x2 mg, Haloperidol 2x2,5 mg, Lorazepam 1x1 mg, Aripiprazole 1x1 mg.

2. Diagnosa Keperawatan



Berdasarkan pohon masalah diatas, maka didapatkan masalah keperawatan prioritas masalah pertama adalah perilaku kekerasan, halusinasi, dan prioritas yang terakhir yaitu resiko menciderai orang lain. Dari pohon masalah perilaku kekerasan menjadi *core problem*, halusinasi sebagai penyebab, dan resiko menciderai orang lain sebagai akibat.

3. Rencana Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah strategi pelaksanaan (SP) kepada pasien, empat strategi pelaksanaan untuk diagnose pertama yaitu perilaku kekerasan, dan empat strategi pelaksanaan untuk diagnosa kedua yaitu halusinasi, tindakan ini dilakukan selama 10 hari dimulai dari 5 maret 2024 sampai dengan 15 maret 2024.

Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan

- 1) **Strategi pelaksanaan (SP) 1 pada pasien** : pengkajian dan latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal
 - a) Membina hubungan saling percaya
 - b) Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan, kekerasan yang dilakukan
 - c) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu fisik, obat, verbal, spiritual
 - d) Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, tarik napas dala, memukul kasur dan bantal
 - e) Dan memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik.
- 2) **Strategi pelaksanaan 2 pada pasien** : latihan patuh minum obat
 - a) Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - b) Mengvalidasi kemampuan melakukan tarik nafas dalam, memukul kasur dan bantal
 - c) Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian

- d) Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar : benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak meminum obat)
 - e) Lalu memasukkan pada jadwal kegiatan latihan fisik dan minum obat.
- 3) **Strategi pelaksanaan 3 pada pasien** : melatih cara social atau verbal
- a) Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - b) Mengvalidasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar
 - c) Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian
 - d) Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)
 - e) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.
- 4) **Strategi pelaksanaan 4 pada pasien** : latihan cara spiritual
- a) Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - b) Mengvalidasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar, melatih cara sosial atau verbal
 - c) Menanyakan manfaatnya, memberikan pujian
 - d) Melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual
 - e) Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.

Strategi Pelaksanaan Halusinasi

- 1) **Strategi Pelaksanaan 1 Pada Pasien** : melatih kegiatan menghardik halusinasi
 - a) Mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus perasaan, respon, upaya yang dilakukan mengontrol halusinasi.
 - b) Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - c) Menanyakan perasaan pasien.
 - d) Berikan reinforcement
 - e) Memasukkan kejadwal harian pasien.
- 2) **Strategi Pelaksanaan 2 Pada Pasien** : 6 benar dan patuh minum obat
 - a) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
 - b) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi
 - c) Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - d) Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat
 - e) Tanyakan perasaan pasien
 - f) Memberikan reinforcement
 - g) Memasukkan pada jadwal harian pasien.
- 3) **Strategi Pelaksanaan 3 Pada Pasien** : bercakap-cakap
 - a) Evaluasi gejala halusinasi
 - b) Validasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat
 - c) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap
 - d) Menanyakan perasaan pasien
 - e) Memberikan reinforcement
 - f) Memasukkan kejadwal harian pasien.

- 4) **Strategi Pelaksanaan 2 Pada Pasien** : melakukan kegiatan sehari-hari
- a) Mengevaluasi tanda dan gejala
 - b) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat, dan bercakap-cakap
 - c) Latih kemampuan halusinasi dengan cara kegiatan sehari-hari (menyapu)
 - d) Menanyakan perasaan pasien
 - e) Memberikan reinforcement
 - f) Memasukkan jadwal harian.

Pasien juga ikut serta mengikuti kegiatan TAK, senam diruangan, dan juga mengikuti kegiatan lainnya selama pasien dirawat. Selama penulis melakukan penelitian tidak ada kunjungan oleh keluarga, oleh karena itu penulis tidak melakukan strategi pelaksanaan kepada keluarga.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dengan menggunakan strategi pelaksanaan pada pasien dengan diagnosa pertama yaitu perilaku kekerasan yang telah dilaksanakan pada Selasa, 5 Maret 2024 latihan 1 perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara latihan napas dalam dan pukul bantal. Pada hari Rabu, 06 Maret 2024 latihan 2 perilaku kekerasan yaitu patuh minum obat dengan 6 cara. Pada hari Kamis, 07 Maret 2024 dilakukan latihan 3 perilaku kekerasan yaitu dengan cara verbal (meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik). Terakhir pada

hari Jumat, 08 Maret 2024 latihan 4 perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual.

Pada saat latihan mengontrol marah dengan latihan tarik napas dalam dan memukul bantal, 1 kali pertemuan pasien tampak sudah bisa mengingat dan mempraktekkan latihan tersebut. Pasien juga mengatakan apabila timbul perasaan marahnya, maka pasien melakukan tindakan yang diajarkan oleh perawat. Selanjutnya latihan patuh minum obat, 1 kali pertemuan pasien sudah tahun apa saja nama obat yang diminum. Latihan verbal (meminta, menolak, mengungkapkan dengan baik), 1 kali pertemuan pasien sudah dapat mempraktekkan kepada temannya selama berinteraksi. Dan latihan spiritual, 1 kali pertemuan pasien dapat melakukannya.

Pada diagnosa kedua yaitu halusinasi dilakukan pada hari Sabtu, 09 Maret 2024 latihan 1 halusinasi yaitu latihan menghardik halusinasi. Pada hari Senin, 11 Maret 2024 latihan kedua halusinasi yaitu 6 benar patuh minum obat. Pada hari Selasa, 12 Maret 2024 latihan 3 yaitu bercakap-cakap. Dan pada hari Rabu, 13 Maret 2024 latihan 4 yaitu melakukan kegiatan sehari-hari.

Pada saat latihan mengontrol halusinasi dengan latihan menghardik, 1 kali pertemuan pasien sudah bisa melakukan latihan menghardik untuk mengontrol halusinasinya. Selanjutnya latihan 6 benar patuh minum obat, pasien sudah tahu apa saja obat yang diminumnya. Untuk latihan bercakap-cakap perlu berulang kali dilatih karena pasien sering bingung untuk memulai pembicaraan karena tidak ada topik pembicaraan. Terakhir latihan melakukan aktifitas sehari-hari, 1 kali pertemuan pasien mengatakan mampu melakukan kegiatan sehari-hari seperti mengelap meja, menyusun tempat makan dengan mandiri.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan pada diagnosa utama yaitu perilaku kekerasan, strategi pelaksanaan pertama yakni latihan tarik napas dalam serta memukul bantal dilakukan pada hari Rabu, 05 Maret 2024, pasien mengatakan melakukan latihan tarik napas dalam dan memukul kasur, bantal untuk mengontrol ketika timbul perasaan marahnya, pasien sesekali masih tampak bingung, disertai pandangan mata tajam. Dari hasil penilaian data objektif dan subjektif dari penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan yang pertama, pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 1 dengan mandiri, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dan dilanjutkan menggunakan teknik strategi pelaksanaan kedua perilaku kekerasan.

Pada hari Kamis, 06 Maret 2024 dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan kedua yaitu 6 benar patuh minum obat, pasien mengatakan masih ingat cara melakukan latihan fisik 1 dan 2, pasien mengatakan mengantuk setelah meminum obat, pasien tampak tenang setelah meminum obat. Dari hasil evaluasi objektif dan subjektif dari penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan yang kedua, pasien minum obat diawasi oleh perawat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tetap diawasi, dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga perilaku kekerasan.

Pada hari Jumat, 07 Maret 2024 dilanjutkan evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ketiga yakni latihan verbal (meminta, menolak, mengungkapkan dengan baik dan benar), Pasien mengatakan dapat mengurangi perilaku kekerasan bisa dengan cara verbal, pasien tampak bisa dengan cara meminta, menolak, serta mengungkapkan dengan benar kepada temannya selama berinteraksi. Dari hasil evaluasi objektif dan subjektif penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan yang ketiga, pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 3

dengan mandiri, sampai pemberian strategi pelaksanaan ketiga dicapai, dan lanjutkan di strategi pelaksanaan ke 4 perilaku kekerasan.

Pada hari Sabtu, 08 Maret 2024 dilaksanakan evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ke 4 yakni latihan spiritual. Pasien mengatakan melakukan sholat walaupun terkadang sholat maghrib dan isya pasien ketiduran, pasien juga sering beristighfar ketika timbul perasaan marahnya, pasien nampak melaksanakan sholat masuk waktu sholat. Dari penilaian evaluasi objektif dan subjektif dari penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan yang ke 4, pasien dapat melaksanakan strategi pelaksanaan 4 dengan mandiri, hingga strategi pelaksanaan ke 4 dicapai, serta lanjut di strategi pelaksanaan untuk diagnosa ke 2 yaitu halusinasi.

Evaluasi tindakan keperawatan untuk diagnosa kedua yaitu halusinasi. Strategi pelaksanaan halusinasi yang pertama yaitu latihan menghardik halusinasi dilakukan pada Hari Senin, 09 Maret 2024. Pasien mengatakan bisa melakukan latihan menghardik untuk mengontrol halusinasinya, pasien tampak mengerti dan bisa melakukan latihan menghardik. Dari hasil evaluasi objektif dan subjektif dari penerapan strategi pelaksanaan halusinasi yang pertama, pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 1 dengan mandiri, hingga strategi pelaksanaan 1 dicapai, serta lanjut pada strategi pelaksanaan ke 2 halusinasi.

Pada hari Selasa, 11 Maret 2024 dilaksanakan evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi yang ke 2 yaitu enam benar patuh minum obat. Pasien berkata mengerti cara 6 patuh minum obat, pasien mengatakan mengantuk sesudah meminum obat, pasien tampak mengerti dan bisa mempraktekkan cara patuh minum, pasien juga tampak mengantuk setelah meminum obat. Dari hasil evaluasi objektif dan subjektif dari penerapan strategi pelaksanaan halusinasi yang kedua, pasien minum

obat diawasi oleh perawat, hingga strategi pelaksanaan kedua bisa diawasi, dan dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga halusinasi.

Pada hari Rabu, 12 Maret 2024 dilaksanakan evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi yang ketiga yaitu latihan berbincang-bincang. Pasien mengatakan dapat melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan teman-temannya, akan tetapi pasien mengatakan tidak tahu topik pembicaraannya apa, Pasien tampak berinteraksi dengan teman-temannya, walaupun hanya sebentar lalu pasien pergi. Dari hasil evaluasi objektif dan subjektif dari penerapan strategi pelaksanaan halusinasi yang ketiga, pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan yang ketiga dengan mandiri, hingga strategi pelaksanaan 3 dicapai, dan lanjut pada strategi pelaksanaan keempat halusinasi.

Hari Kamis, 13 Maret 2024 dilaksanakan evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi yang ke 4 yakni melakukan kegiatan sehari-hari. Pasien mengatakan bisa melakukan kegiatan sehari-hari seperti mengelap meja, menyusun tempat makan, Pasien mengatakan selalu melakukan kegiatan sehari-hari, pasien tampak dapat melakukan kegiatan mengelap meja, dan menyusun tempat setelah makan. Dari hasil evaluasi objektif dan subjektif dari penerapan strategi pelaksanaan halusinasi yang terakhir, pasien bisa lakukan strategi pelaksanaan yang keempat dengan sendiri, hingga diberi strategi pelaksanaan 4 tercapai, serta lanjut dengan evaluasi strategi pelaksanaan secara keseluruhan untuk diagnosa perilaku kekerasan dan halusinasi.

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan yang dilakukan yaitu dengan melakukan pencatatan kegiatan harian pada pasien setiap kali dilakukannya tindakan pada pasien.

B. PEMBAHASAN KASUS

Dari hasil asuhan keperawatan jiwa dilaksanakan kepada Tn.D dengan perilaku kekerasan diruangan Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB.Saanin Padang, dapat penulis bisa membahas perbandingan antara hasil penelitian yang telah penulis lakukan pada tanggal 5 Maret 2024 sampai dengan 15 Maret 2024 dengan penelitian terdahulu serta kaitannya dengan teori yang sudah ada. Penulis akan membahas kesulitan yang ditemukan dalam menyampaikan asuhan keperawatan terhadap Tn.D. dengan perilaku kekerasan. Didalam penyusunan asuhan keperawatan penulis melakukan suatu proses yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Keluhan Utama

Penelitian yang dilakukan pada Tn.D ditemukan data diagnosa perilaku kekerasan dengan keluhan utama gelisah 1 minggu sebelum dirawat, pasien merusak peralatan rumah tangga, berbicara kasar, mengancam membunuh keluarga, mengambil barang orang lain, Tn.D mengatakan tidak mau berinteraksi dengan teman-teman yang ada diruangan, pasien gelisah karena takut tidak dijemput oleh keluarga, pasien juga tampak sering mondar-mandir sendiri, pasien masih merasa marah karena dibawa oleh keluarga ke RSJ, kemudian pasien melampiaskan dengan menendang pintu, pasien mengatakan sesekali mendengarkan suara yang menyuruhnya melakukan sesuatu.

Keluhan utama pasien penulis sinkron dengan penelitian yang dilakukan oleh (Susilowati, 2015) menyatakan bahwa seseorang yang tak bisa melampiaskan amarahnya serta timbul indikasi marah-marah, membanting barang, bicara keras, afek labil, kadang inhokem, mondar-mandir, sedih, tiba-tiba gembira.

Selain itu menurut (Suerni & PH, 2019) dalam jurnalnya menyatakan bahwa mayoritas responden mengungkapkan perasaan tidak nyaman dan menunjukkannya dengan marah. Respon tersebut terjadi karena keinginannya tidak terpenuhi, sehingga keluarga sebagai orang terdekat pasien hendaknya dapat berupaya untuk mengatasi ataupun mencegah agar respons marah dapat dihindari yaitu dengan memenuhi keinginan pasien.

Selanjutnya, menurut (Amimi et al., 202 C.E.) menyatakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan antara lain wajah merah dan tegang, mata melotot atau tajam, rahang terkatup, bahasa kasar, suara melengking, berteriak, ancaman fisik dan verbal, kerusakan harta benda, dll.

Dalam teori Sitawati (2022) tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu emosi pasien meningkat dapat ditandai dengan muka merah, pandangan tajam, napas pendek, dan berkeringat, aktivitas motorik yang berlebihan, tidak sesuai dan tidak bertujuan, mengepalkan tinjunya, marah-marah, perkataan yang mendesak memaksa, dan berteriak, isi pembicaraan berlebihan dan bersifat menghina, membanting sesuatu atau mengancam orang lain, melarikan diri menolak untuk dilakukan perawatan karena merasa dirinya tidak sakit.

Dalam teori (Kusumawati, 2015) juga menjelaskan bahwa perilaku kekerasan pada seseorang dilakukan dengan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gelisah yang tidak terkontrol.

Selanjutnya menurut teori (Direja & Surya, 2015) tanda dan gejala perilaku kekerasan yaitu secara fisik, mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah merah dan tegang, serta

postur tubuh kaku. Dari verbal, mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, dan ketus. Perilaku menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

Berdasarkan hasil data yang didapatkan dari penelitian Tn.D, didapatkan bahwa ternyata keluhan utama yang dialami oleh pasien diantaranya merusak peralatan rumah tangga, berbicara kasar, tidak ditemukan keluhan utama pasien yang bersifat melukai dirinya sendiri, pasien lebih cenderung bertindak kekerasan kepada orang lain dan lingkungannya, hal ini terdapat kesesuaian antara teori dengan data yang ditemukan oleh peneliti pada pasien, serta data-data juga diperkuat dengan beberapa penelitian terdahulu.

b. Faktor prediposisi

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 05 Maret 2024 sampai dengan 15 Maret 2024, didapatkan faktor prediposisi yang menyebabkan Tn.D mengalami perilaku kekerasan yaitu karena adanya faktor biologis, karena pasien mengatakan ibunya pernah mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hariyadi & Rusdianah, n.d.) menyatakan bahwa faktor keturunan adalah faktor samotogenik, yang memiliki salah satu persamaan gen dengan orang tua, kakek, nenek, saudara kandung atau saudara sepupu. Kromosom yang ada didalam diri ayah dan ibu dapat diwariskan ke anaknya. Gen yang sangat diwariskan sangat besar untuk mempengaruhi kejadian skizofrenia pada keluarganya.

Selain itu, berdasarkan hasil penelitian (Hermiati & Harahap, 2018), menjelaskan bahwa risiko menderita gangguan jiwa di Ruang Inap Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu sebesar 1%

pada populasi umum jika tidak ada keluarga yang menderita gangguan jiwa, maka insiden untuk menderita gangguan jiwa sebesar 12%.

Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Wahyu Kirana, dkk (2022) yang dilakukan di UPT Puskesmas Tanjung Hulu dalam penelitian tersebut menyatakan bahwa terdapat anggota keluarga lainnya yang juga mengalami gangguan jiwa yaitu orang tua dan saudara pasien. Hal tersebut membuktikan bahwa faktor keturunan sangat berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa.

Menurut Fryers dan Brugha (2013) menjelaskan bahwa salah satu faktor risiko terjadinya gangguan jiwa adalah pengaruh genetic. Orang yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa berisiko untuk mengalami kondisi yang sama.

Menurut Sastroasmoro (2011) mengatakan bahwa orang yang memiliki faktor keturunan berisiko 1,195 kali lebih besar terkena skizofrenia dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki faktor keturunan. Hal ini berarti variable keturunan bermakna statistik dan bermakna secara biologi.

Selanjutnya menurut Arif (2010) kejadian skizofrenia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor pertama adalah keturunan bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien skizofrenia, maka semakin besar risiko seseorang tersebut untuk mengalami penyakit skizofrenia.

Berdasarkan faktor predisposisi diatas peneliti berasumsi tidak terdapat perbedaan antara teori dan penelitian terdahulu dengan praktek yang peneliti temukan dilapangan. Bahwa penyebab pasien mengalami gangguan jiwa adalah faktor biologi yaitu ditemukannya anggota keluarga lain yang menderita penyakit yang sama dengan pasien, serta

dalam penelitian ini tidak ditemukan penyebab lain dari perilaku kekerasan.

c. Status Mental

Status mental pada Tn.D pasien dengan berpenampilan tampak tidak rapi, kadang-kadang juga suka membuka bajunya. Pasien berbicara sangat keras, terkadang pasien juga berbicara cepat. Pasien tampak gelisah, dan selalu bertanya kapan dia pulang. Pasien juga sering mondar-mandir. Alam perasaan Tn.D adalah merasa khawatir karena belum ada keluarga yang menjemputnya. Afek Tn.D labil, karena ketika berinteraksi pasien cenderung mengikuti kemauannya. Saat berinteraksi pasien tampak mudah bosan, kontak mata pasien kurang, dan ketika sedang berinteraksi pasien sering tiba-tiba pergi. Persepsi Tn.D mengatakan pertama kali dirawat pasien mendengar suara bisikan yang mengganggu dirinya. Dan persepsi Tn.D adalah ketika berinteraksi pasien berbicara dengan berbelit-belit, dan tidak sampai pada tujuan pembicaraannya (Tangensia).

Hal ini sesuai dengan penelitian Pardede, dkk (2020) Jurnal Keperawatan, yang menyatakan seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, bicara dengan semangat, agresif, nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami resiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah.

Selanjutnya menurut penelitian Linda (2023) yang dilakukan di Wisma Dwarawati RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang, yang menyatakan bahwa ditemukan hasil observasi pada pasien perilaku kekerasan yaitu

kegelisahan, ekspresi wajah tegang, tampak mondar-mandir, pasien mudah tersinggung, emosi yang cenderung labil (mudah merasa sedih dan marah), kontak mata tampak tajam dan nada atau intonasi bicara yang kadang meninggi.

Sedangkan menurut Yosep (2013), dalam teorinya mengatakan perilaku yang berhubungan dengan agresif seperti bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, mengacau minta perhatian, kecemasan yang ekstrim, bingung, status mental yang berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori dan tidak mampu dialihkan merupakan penyebab terjadinya perilaku kekerasan.

Berdasarkan data peneliti bahwa kejadian yang didapatkan dilapangan sesuai dengan teori dan penelitian terdahulu, akan tetapi asumsi peneliti terdapat perbedaan antara teori dengan kasus yang ditemukan selama penelitian, dimana teori mengatakan pasien tidak mampu dialihkan, akan tetapi saat penelitian perhatian pasien mudah berganti atau dialihkan dari satu objek ke objek yang lain.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan jiwa pada pasien yang diteliti yaitu Tn.D penyebab perilaku kekerasan yaitu halusinasi sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai *core problem*, dan resiko mecederai diri sendiri dan orang lain sebagai akibat. Menurut peneliti hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Prabowo (2014) pohon masalah pada pasien perilaku kekerasan yaitu harga diri rendah dan halusinasi sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai *core problem*, dan risiko bunuh diri sebagai akibat.

Data yang memperkuat peneliti mengangkat diagnosa perilaku kekerasan pada pasien yaitu dengan adanya data objektif dan subjektif,

serta alasan masuk Rumah Sakit Jiwa, yaitu pasien gelisah, merusak peralatan rumah tangga, berbicara kasar, mengancam membunuh keluarga, mengambil barang orang lain.

Hal ini sesuai dengan teori Hendro, dkk (2023) tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi fisik (mata sangat melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah), verbal (mengancam, berbicara dengan nada tinggi), perilaku (menyerang orang lain, merusak lingkungan).

Menurut Aziz (2021) tanda gejala mayor pasien perilaku kekerasan yaitu mengumpat kata-kata kasar, suara keras, menyerang orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk.

Prioritas masalah kedua diagnosa keperawatan yang diambil pada pasien yaitu halusinasi. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa halusinasi yaitu pertama kali dirawat pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang mengganggu dirinya. Hal ini sesuai dengan teori Sadock dalam D. Surya (2018) pasien skizofrenia sering gaduh dan gelisah dan melakukan perilaku kekerasan, bahkan tanpa adanya stimulus apapun dari lingkungan, hal ini seringkali merupakan respon terhadap halusinasi.

Prioritas masalah ketiga diagnose keperawatan yang diambil pada pasien yaitu risiko menciderai diri sendiri dan orang lain. Hal ini sesuai dengan teori Keliat (2013) menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan tindakan menciderai orang lain, diri sendiri, merusak lingkungan, dan ancaman secara verbal. Menurut Teschinsky (2010) juga menjelaskan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan akan mengalami reaksi emosi terhadap gangguan dan stigma sosial yang ditimbulkan karena perilaku

kekerasan dengan dampak lainnya. Ditambah dengan pernyataan pasien yang mengatakan bahwa dia merasa berbicara keras, pernah memukul adiknya, dan merusak peralatan rumah tangga.

Asumsi peneliti dari diagnosa yang peneliti temukan yaitu halusinasi sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain sebagai akibat. Hal ini karena selama dilakukannya pengkajian dan pengumpulan data tidak ditemukannya bahwa akibat dari perilaku kekerasan adalah risiko bunuh diri. Karena data yang didapatkan selama praktek dilapangan pasien lebih cenderung untuk melukai orang, ditandai dengan pasien memukul adiknya, pernah mengancam membunuh keluarganya. Maka peneliti menemukan adanya perbedaan antara teori dengan hasil praktek yang ada dilapangan.

3. Rencana Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang peneliti temukan yaitu perilaku kekerasan, halusinasi, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain. Peneliti tidak melampirkan strategi pelaksanaan pada keluarga karena selama penelitian keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien, dan juga karena lokasi tempat tinggal pasien yang cukup jauh sehingga strategi pelaksanaan keluarga belum terlaksana.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada perilaku kekerasan terdiri dari empat yaitu strategi pelaksanaan pertama pasien, membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, lalu melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik latihan nafas dalam, dan pukul bantal. Strategi pelaksanaan kedua pasien, perawat mengevaluasi kemampuan pasien melakukan tarik nafas dalam dan

pukul kasur, bantal, kemudian perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar, benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak minum obat). Strategi pelaksanaan ketiga pasien, perawat mengevaluasi kemampuan pasien melakukan teknik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar, lalu perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara yaitu, mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar). Strategi pelaksanaan keempat, perawat mengevaluasi kemampuan pasien melakukan teknik nafas dalam, pukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar, dan latihan verbal, selanjutnya perawat melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (beribadah, mengaji, berdzikir, dan berdo'a).

Diagnosa prioritas kedua yaitu halusinasi. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien terdiri atas empat yaitu strategi pelaksanaan pertama, mengkaji kesadaran pasien akan halusinasinya, dan pengenalan halusinasi (isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi, pencetus, perasaan, upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasinya, perawat menjelaskan cara mengontrol halusinasi (menghardik), perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik. Strategi pelaksanaan kedua, perawat mengevaluasi kemampuan pasien mengenali halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik, perawat melatih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. Strategi pelaksanaan ketiga, perawat mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, perawat melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi. Selanjutnya strategi pelaksanaan keempat, perawat mengevaluasi kemampuan pasien menghardik,

minum obat, dan bercakap-cakap, perawat melatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan sehari-hari.

Dalam penelitian Sari (2018), strategi pelaksanaan merupakan suatu strategi yang di terapkan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengurangi dan mengatasi masalah keperawatan jiwa yang sedang ditangani. Salah satu prosedur pelaksanaan dalam gangguan jiwa menggunakan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien gangguan jiwa. Dalam fase kerja penerapan strategi pelaksanaan keperawatan jiwa akan dilakukan 4 sesi, yaitu observasi, monitoring, pemberian pendidikan kesehatan dan berkolaborasi dengan pasien atau keluarga pasien.

Seiring dengan penelitian yang dilakukan oleh Andi Saputra (2020) disimpulkan bahwa pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan terapi yang di ajarkan oleh mahasiwa. Dimana pasien dapat melakukan tarik nafas dalam, memukul bantal secara mandiri untuk mengontrol amarahnya. Pasien juga minum obat secara teratur dan berbicara secara baik-baik jika ingin meminta sesuatu atau melakukan penolakan, sehingga pasien dapat melakukan spritual sesuai ajaran agama yang dianut.

Didalam teori Ida (2023) Rencana keperawatan merupakan alat yang dijadikan sebagai panduan oleh seorang perawat jiwa ketika berinteraksi dengan pasien dengan gangguan halusinasi pendengaran. Strategi pelaksanaan adalah penerapan stndar asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani.

Berdasarkan proses perencanaan yang telah dilakukan, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah

dan juga didalam perencanaan tindakan keperawatan. Peneliti juga menerapkan perencanaan keperawatan sesuai dengan pohon masalah yang telah ada.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Didalam penelitian pada pasien dengan perilaku kekerasan terdapat beberapa tindakan keperawatan yang sudah dilakukan diantaranya : strategi pelaksanaan perilaku kekerasan pasien 1 sampai dengan 4, dan strategi pelaksanaan halusinasi pasien 1 sampai dengan 4. Peneliti hanya berfokus kepada masalah yang dialami pasien, karena selama penelitian tidak ada keluarga pasien yang datang untuk membesuk pasien, dan juga lokasi tempat pasien yang cukup jauh.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suwahyu (2016) yang menyatakan bahwa terdapat penurunan tanda gejala dan peningkatan kemampuan mengontrol perilaku kekerasan sebelum dan sesudah penerapan strategi pelaksanaan.

Selanjutnya menurut teori Ida (2023) Implementasi disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Adapun pelaksanaan tindakan keperawatan jiwa dilakukan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) yang sesuai dengan masing- masing masalah utama. Pada saat akan dilaksanakan tindakan keperawatan maka kontrak dengan pasien dilaksanakan dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan, dokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan serta respon pasien.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa **Perilaku Kekerasan** yaitu melatih tarik napas dalam dan pukul bantal, patuh

minum obat, meminta dan menolak dengan baik, serta latihan spiritual. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Desak (2022) yang menyatakan bahwa adanya pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap perilaku marah pasien skizofrenia menunjukkan bahwa dengan pemberian relaksasi pernafasan secara teratur dan rutin akan menurunkan ketegangan dan meningkatkan ketenangan kepada pasien.

Selain itu menurut penelitian yang dilakukan oleh Ernawati, Samsualam dan Suhermi (2020) bahwa dengan melakukan dzikir (Subhannalah, Allahuakbar, Alhamdulillah) dan mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an memiliki pengaruh terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan.

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada diagnosa keperawatan **Halusinasi** yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, dengan patuh minum obat, melatih pasien dengan bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susilaningih (2019) yang menunjukkan bahwa menggunakan teknik pengendalian halusinasi dengan menghardik dapat digunakan untuk mengontrol halusinasi pendengaran.

Berdasarkan hasil implementasi diatas peneliti berasumsi bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien oleh perawat dalam membantu mengatasi permasalahan yang diderita pasien khususnya terhadap pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan sangat penting dan sudah seharusnya untuk senantiasa ditingkatkan. Penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek didalam melakukan tindakan keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Pada evaluasi keperawatan yang peneliti lakukan sudah teratasi untuk tiga diagnosa keperawatan diantaranya, perilaku kekerasan, dan halusinasi. Pasien dapat mengetahui cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam, dan pukul bantal, minum obat, latihan verbal dan spiritual, pasien juga dapat mengulangi kembali strategi pelaksanaan yang pernah diajarkan oleh perawat, pasien mengatakan ia sudah merasa tenang dan tidak kesal ataupun marah lagi, pasien juga sudah tampak tenang.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Smith et al., 2020) menjelaskan bahwa terapi perilaku menunjukkan manfaat dalam mengurangi kekerasan dengan melibatkan pengelolaan emosi, pengembangan keterampilan sosial, dan pembelajaran strategi pengendalian diri.

Pada diagnosa keperawatan Halusinasi pasien mampu mengontrol halusinasi secara mandiri dengan minum obat, latihan menghardik, bercakap-cakap dan melakukan aktivitas.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Musmini, 2019) yang menjelaskan bahwa keberhasilan pelaksanaan SP dipengaruhi karena adanya pengalaman pasien saat dirawat di RS serta kemauan pasien untuk sembuh, sedangkan SP keluarga kurang maksimal dikarenakan faktor kesibukan dan faktor pendidikan, dimana tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang untuk menerima informasi dan sebaliknya. Selama penulis melakukan penelitian tidak menemui adanya penghambat dan masalah dalam melakukan evaluasi keperawatan.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pada proses pengkajian tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Pada etiologi disebutkan bahwa faktor prediposisi dari perilaku kekerasan yaitu faktor biologis, faktor psikologis, dan sosialkultural. Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.D ditemukan adanya faktor prediposisi penyebab perilaku kekerasan adalah adanya faktor biologis yaitu adanya riwayat keluarga menderita penyakit yang sama, karena pasien mengatakan ibunya pernah mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.D ditemukan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan sebagai masalah utama, halusinasi sebagai prnyebab, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain sebagai akibat. Pasien sebelumnya pernah memukul adiknya sendiri. Dapat disimpulkan bahwa tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan. Pada teori dijelaskan bahwa teori yang muncul adalah perilaku kekerasan sebagai masalah utama, harga diri rendah/halusinasi sebagai penyebab, dan resiko menciderai diri sendiri dan orang lain sebagai akibat.

3. Intervensi Keperawatan

Pada proses perencanaan berdasarkan *core problem* pada teori adalah perilaku kekerasan, terdapat kesamaan antara teori dan penelitian pada kasus Tn.D bahwa inti dari permasalahan yang ditemukan adalah perilaku

kekerasan. Dapat disimpulkan tidak ada perbedaan antara teori dan kasus yang ditemukan pada pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun oleh penulis pada asuhan keperawatan. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada Tn.D adalah diagnosa perilaku kekerasan dan halusinasi. Pada tahap pelaksanaan penulis menemukan masalah tidak terlaksananya strategi pelaksanaan keluarga karena tidak adanya keluarga yang membesuk pasien, serta jauhnya lokasi pasien sehingga tidak memungkinkan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan kepada keluarga. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan pada partisipan Tn.D

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi yang dilakukan pada tanggal 05 Maret 2024 sampai 15 Maret 2024 dengan evaluasi masalah perilaku kekerasan dan halusinasi didapatkan bahwa tujuan dari pemberian strategi pelaksanaan perilaku kekerasan dan halusinasi telah tercapai. Tn.D sudah mampu mengontrol perilaku kekerasan dan halusinasi dengan latihan yang telah diajarkan oleh perawat. Peneliti berharap setelah penelitian ini selesai evaluasi keperawatan dapat dilanjutkan kembali oleh perawat pelaksana ruangan agar strategi pelaksanaan dapat menjadi lebih optimal.

B. SARAN

1. Bagi Penulis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi penulis asuhan keperawatan jiwa pada pasien perilaku kekerasan.

2. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini dapat memberikan pengetahuan kepada pasien untuk lebih memahami tentang penyakit yang dialaminya dan dapat sebagai panduan serta arahan perawat dalam penerapan asuhan keperawatan jiwa pada pasien perilaku kekerasan.

3. Akademik/institusi pendidikan

Sebagai dorongan pemikiran dan sumber bacaan dalam kegiatan belajar mengenai asuhan keperawatan jiwa meliputi pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang akan dilakukan pada pasien perilaku kekerasan.

4. Peneliti selanjutnya

Sebagai referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan jiwa pada klien dengan perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, R. (2015). *Komunikasi Terapeutik dalam Keperawatan Jiwa*. Gosyen Publishing.
- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. EGC.
- Ali, Z. (2016). *Dasar Dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC.
- Amimi, R., Malfasari, E., Febtrina, R., & Maulinda, D. (202 C.E.). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3.
- Arikunto, S. (2014). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka Cipta.
- Dermawan, D. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa* (T. Rahayuningsih (ed.)).
- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa* (T. Rahayuningsih (ed.); 1st ed.). Gosyen Publishing.
- Direja, & Surya, A. H. (2015). *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika.
- Fachruddin. (2009). *Manajemen Pemberdayaan dalam Peningkatan Mutu Pendidikan Islam di Indonesia*.
- Firmawati. (2022). Pengaruh Terapi Spiritual Terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Perilaku Kekerasan di RSUD Tombulilato. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 2.
- Hariyadi, & Rusdianah. (n.d.). Faktor Keturunan dengan Kejadian Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*.
- Hasmiati. (2013). *Kemampuan klien dalam mengontrol prilaku kekerasan dengan penerapan asuhan keperawatan dilakukan di RSJD Provinsi Sulawesi Selatan*.
- Hasnawati, Subardin, Dewi, C., Muslimin, I., Hengky, H. K., Windasari, D. P., Syam, A., Syatriani, S., & Hamzah, H. (2022). *Epidemiologi di Berbagai Aspek*. Rizmedia.
- Hermiati, & Harahap. (2018). Faktor yang Berhubungan dengan Kasus Skizofrenia pada Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Khusus Jiwa Soeprapto Provinsi Bengkulu. *Jurnal Keperawatan Silampari*.
- Indra, I. M. (2019). *Cara Mudah Memahami Metodologi Penelitian*. Deepublish Publisher.
- Irman, V., Alwi, N. P., & Patricia, H. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Jiwa 1*. UNP Press.
- Kemenkes, R. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar*.
- Kusumawati. (2015). *Buku Keperawatan Jiwa*.
- Lestari, A., Jannah, S. R., & R, F. D. (2022). Penerapan Terapi Memaafkan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan : Suatu Studi Kasus Application of Forgiveness Therapy in Patients at Risk for Violent Behavior : A Case Study. 1, 128–136.
- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>

- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)* (M. Bendetu (ed.); 1st ed.).
- Musmini. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Resiko Perilaku Kekerasan*.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa* (1st ed.). Nuha Medika.
- Riskesdas. (2018). *Laporan Provinsi Sumatera Barat*.
- Rosyidah, M. (2021). *Metodologi Penelitian*. Deepublish Publisher.
- Saputra, M. K. F., Purwoto, A., Iriani, R., Aminuddin, & Hernawaty, T. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa II*. PT Global Eksekutif Teknologi.
- Simanjuntak, J. (2013). *Konseling Gangguan Jiwa & Okultisme*. Gramedia Pustaka Utama.
- Smith, Johnson, & Williams. (2020). *Violence Prevention in Schizophrenia*.
- Stuart, W, G., & Sunden, S, J. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Suerni, T., & PH, L. (2019). Respons Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional, 1*.
- Sulastri, Sasmita, H., Karlina, M. N., Arbaiyah, Harris, A., & Lestari, H. D. (2023). *Buku Ajar Jiwa DIII Keperawatan* (Tim MCU Grup (ed.); 1st ed.). Mahakarya Citra Utama.
- Susilowati, K. (2015). *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi Terhadap Tingkat Depresi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*.
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Jiwa* (1st ed.). Pustaka Baru Press.
- Tombakan, M., Rahman, & Aminah, S. (2023). *Perencanaan Pulang dan Peran Serta Keluarga Pasien Perilaku Kekerasan Pasca Perawatan Rumah Sakit*. NEM.
- WHO. (2019). *Depression and Other Common Mental Disorders*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

LAMPIRAN

Format Skrining Klien yang mengalami Skrizofrenia dengan Perilaku Kekerasan

1. Apakah klien pernah dirawat atau rawat jalan di Rumah Sakit ?

Ya

Tidak

2. Apakah klien dengan perilaku kekerasan pernah memiliki tanda gejala berikut ?

a. Marah tanpa sebab

b. Kadang berbicara kasar

c. Mengatupkan rahang

d. Mengepalkan rahang

e. Nada suara tinggi, atau berteriak

f. Melempar atau memukul benda

g. Mondar-mandir

h. Gelisah

i. Emosi labil

Jika klien memenuhi nilai ceklis >5 maka klien termasuk perilaku kekerasan, jika klien dengan nilai ceklis <5 maka klien tidak termasuk perilaku kekerasan.

3. Apakah klien dengan perilaku kekerasan pernah mengunjungi RSJ. HB. Saanin Padang 1 tahun terakhir ?

Ya

Tidak

4. Apakah klien pernah mendengar suara-suara, atau melihat bayangan, mencium bau-bau yang berhubungan dengan halusinasi ?

Ya

Tidak

Asuhan Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof.HB.Saanin Padang.docx

ORIGINALITY REPORT

24%	23%	10%	13%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.scribd.com Internet Source	3%
2	docobook.com Internet Source	2%
3	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	2%
4	eprints.umpo.ac.id Internet Source	1%
5	www.slideshare.net Internet Source	1%
6	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%
7	repository.unpkediri.ac.id Internet Source	1%
8	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	1%

stikespanakkukang.ac.id

Pengkajian Keperawatan Jiwa

I. Identitas Pasien

Inisial	: Tn. D
Umur	: 38 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Alamat	: Pasaman Barat
Tanggal pengkajian	: 05 Maret 2024

II. Alasan Masuk

Pasien masuk melalui IGD RS. Jiwa Prof. HB Saanin Padang pada tanggal 23 Februari 2024 diantar keluarga untuk kesekian kalinya. Alasan masuk pasien adalah gelisah satu minggu sebelum dirawat, pasien merusak peralatan rumah tangga, berbicara kasar, pandangan tajam, mengancam membunuh keluarga, mengambil barang orang, serta pasien sering berbicara dan tertawa sendiri.

III. Faktor Prediposisi

6) Gangguan jiwa dimasa lalu

Pasien sudah mengalami gangguan jiwa sejak 15 tahun yang lalu, hanya pergi control ke RSUD Pasaman Barat, dan pertama kali dirawat yaitu pada bulan Agustus 2023 dengan tanda dan gejala berbicara kotor, memukul adiknya, serta berbicara dan tertawa sendiri.

Pada 16 Januari 2024 dan 10 Februari 2024 pasien dirawat kembali karena tidak mau meminum obat, dan tidak ada kontrol lanjutan.

7) Pengobatan sebelumnya

Pasien sebelumnya menjalani pengobatan rawat jalan di RSJ HB. Saanin Padang dan RSUD Pasaman Barat. Pasien tenang ketika dijemput keluarga, sejak pulang pasien menolak minum obat karena pasien mengeluh mengantuk, dan membuang obat.

8) Trauma

f) Aniaya fisik

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku aniaya fisik.

g) Aniaya seksual

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

h) Penolakan

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penolakan oleh keluarga, teman, ataupun masyarakat yang ada dilingkungannya.

i) Kekerasan dalam keluarga

Pasien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, atau korban kekerasan dalam keluarga.

j) Tindakan criminal

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

9) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ibu pasien (alm) salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dengan gejala suka bicara sendiri.

10) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

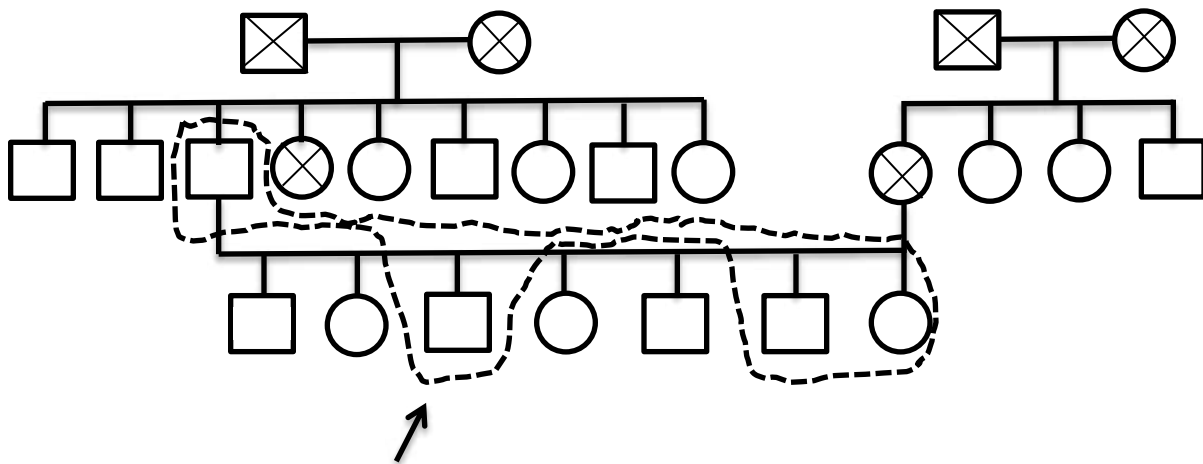
Pasien mengatakan tidak ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan yang pasien alami.

IV. Pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn.D didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 125/70 mmHg, nadi 95 x/mnt, pernapasan 17x/mnt, suhu 36,8C. Hasil pengukuran tinggi badan 167 cm, dan berat badan 57 kg, dan tidak ada keluhan fisik lainnya.

V. Psikososial

5) Genogram



Jelaskan : pasien Tn. D (36 tahun) merupakan anak ketiga dari tujuh orang bersaudara. Ibu pasien sudah meninggal, sekarang pasien tinggal bersama ayah dan dua adiknya.

6) Konsep diri

f) Citra tubuh

Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya.

g) Identitas diri

Pasien mengatakan senang dilahirkan sebagai seorang laki-laki, tetapi pasien mengatakan belum puas menjadi seorang laki-laki karena belum mendapatkan pekerjaan.

- h) Peran diri
Pasien mengatakan sehari-hari hanya dirumah saja, pasien mengatakan tidak mampu menolong keluarganya.
 - i) Ideal diri
Pasien mengatakan ingin sembuh, pasien juga mengatakan ingin kembali beraktivitas dirumah saja dan tidak ingin kembali masuk ke RSJ lagi.
 - j) Harga diri
Pasien mengatakan hubungan pasien dengan lingkungannya baik-baik saja, pasien juga merasa sedih dan marah kepada keluarga ketika dirinya dibawa ke RSJ.
- 7) Hubungan sosial
- d) Orang terdekat
Pasien mengatakan orang yang terdekat baginya adalah temannya.
 - e) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat
Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada didalam kelompok masyarakat. Pasien lebih memilih untuk melakukan aktivitasnya sendiri.
 - f) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
Pasien mengatakan tidak ada berinteraksi dengan orang lain, karena orang-orang sekitar seperti takut kepada pasien..
- 8) Spiritual
- c) Nilai dan keyakinan
Pasien beragama islam, dan meyakini adanya Allah SWT, pasien juga berserah diri kepada Allah untuk kesembuhan dirinya.
 - d) Kegiatan ibadah
Pasien mengatakan jarang menunaikan ibadahnya sebagai seorang muslim, pasien akan melaksanakan sholat ketika dia mau.

VI. Status mental

15) Penampilan

Pasien tampak tidak rapi, kadang-kadang juga suka membuka bajunya.

16) Pembicaraan

Pasien berbicara sangat keras, terkadang pasien juga berbicara cepat.

17) Aktivitas motorik

Pasien tampak gelisah, dan selalu bertanya kapan dia pulang. Pasien juga sering mondar-mandir.

18) Alam perasaan

Pasien merasa khawatir karena belum ada keluarga yang menjemputnya.

19) Afek

Afek pasien labil, karena ketika berinteraksi pasien cenderung mengikuti kemauannya.

20) Interaksi selama wawancara

Saat berinteraksi pasien tampak mudah bosan, kontak mata pasien kurang, dan ketika sedang berinteraksi pasien sering tiba-tiba pergi.

21) Persepsi

Pasien mengatakan pertama kali dirawat pasien mendengar suara bisikan yang mengganggu dirinya.

22) Proses pikir

Ketika berinteraksi pasien berbicara dengan berbelit-belit, dan tidak sampai pada tujuan pembicaraannya (Tangensial).

23) Isi pikiran

Isi pikiran Tn.D adalah kekhawatiran karena keluarganya tidak kunjung menjenguknya.

24) Tingkat kesadaran

Pasien tampak dalam keadaan sadar, walaupun sesekali pasien tampak mondar-mandir.

25) Memori

Pasien dapat mengetahui waktu, dan tempat. Akan tetapi pasien sering lupa dengan orang yang berkenalan dengannya.

26) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mampu untuk berkonsentrasi terhadap sesuatu, akan tetapi perhatian pasien juga mudah berganti dari satu objek ke objek yang lain.

27) Kemampuan penilaian

Pasien tidak mampu melakukan penilaian terhadap sesuatu yang dia lihat.

28) Daya tilik diri

Pasien beranggapan semua yang terjadi karena orang-orang disekitarnya.

VII. Kebutuhan persiapan pasien pulang

10) Makan

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

11) BAB/BAK

Pasien BAB 2 kali sehari dan BAK lebih kurang 4 kali sehari.

12) Mandi

Pasien mandi 2 kali sehari yaitu pada pagi dan sore.

13) Berpakaian/berhiasan

Pasien berpakaian kurang rapi, dan sesekali pasien tidak memakai baju.

14) Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan kadang-kadang tidak mau tidur pada malam hari.

15) Penggunaan obat

Pasien minum obat 3 kali sehari dibawah pengawasan perawat.

16) Pemeliharaan kesehatan

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

17) Kegiatan didalam rumah

Pasien ketika dirumah jarang membantu kegiatan rumah.

18) Kegiatan/aktivitas diluar rumah

Pasien jarang melakukan aktivitas diluar rumah.

VIII. Mekanisme koping

3) Koping adaptif

Pasien mampu berkomunikasi dengan orang lain, namun pasien lebih memilih untuk banyak diam, dan bermenung.

4) Koping maladaptif

Pasien mengamuk saat keinginannya tidak terpenuhi, dan melampiaskan marah pada objek lain.

IX. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien memiliki masalah dengan lingkungan sekitarnya, karena pasien merasa malu dirawat di RSJ dan merasa dikucilkan oleh orang-orang sekitar.

X. Pengetahuan

Pasien selalu beranggapan bahwa dia tidak menderita gangguan jiwa.

XI. Aspek medik

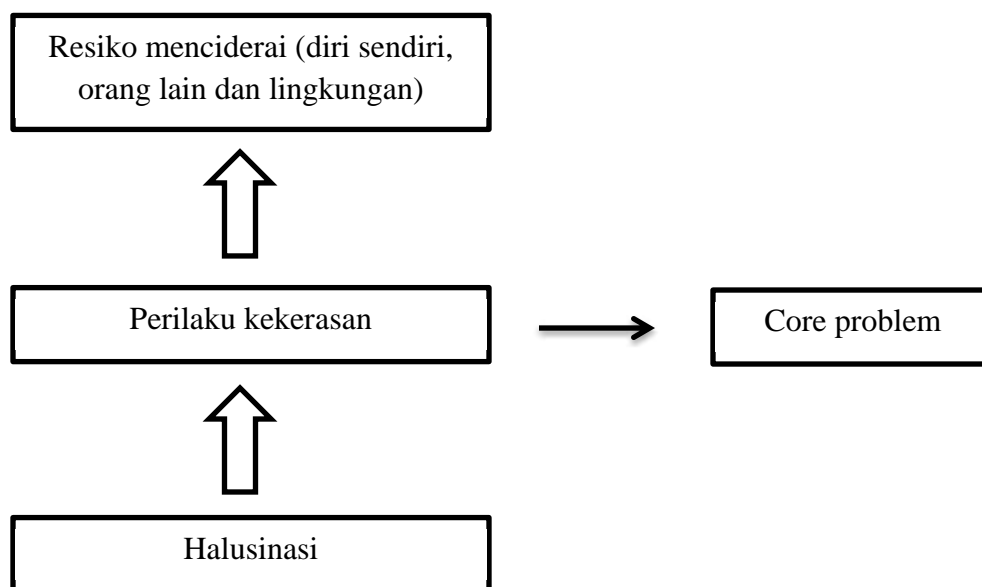
Didalam aspek medik, Tn.D mendapat diagnosa skizofrenia. Skizofrenia dibagi menjadi gejala positif dan negatif. Salah satu gejala positif skizofrenia yaitu perilaku kekerasan. Terapi medik yang didapatkan Tn.D yaitu Risperidone 2x2 mg, Haloperidol 2x2,5 mg, Lorazepam 1x1 mg, Aripiprazole 1x1 mg.

FORMAT ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien mengatakan marah, karena orang lain sering mengejeknya. – Pasien mengatakan sering mengamuk dan akan merusak lingkungan sekitar rumahnya. – Pasien mengatakan sering memukul orang lain yang mengejeknya. – Pasien merasa gelisah karena takut tidak dijemput oleh keluarga. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien tampak sering berjalan mondar mandir – Pandangan pasien tampak tajam. – Pasien tampak sering mengalihkan pandangannya. – Pasien tampak bingung. 	Perilaku Kekerasan
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien mengatakan melihat bayangan – Pasien mengatakan pernah mendengar suara bisikan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pasien tampak tertawa sendiri. – Pasien tampak sering melamun dan 	Halusinasi

	<p>pandangannya kosong.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melihat dengan pandangan kosong sesekali kesatu arah. - Pasien sering meninggalkan tempat ketika berinteraksi. 	
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pernah mengancam untuk membunuh anggota keluarga. - Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit memukul orang lain. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memandang tajam kesatu arah. - Pasien pernah memukul orang lain, dan bukan hanya sekali. 	<p>Resiko Menciderai Orang Lain</p>

XII. Pohon Masalah



XIII. Daftar diagnosa keperawatan

1. Perilaku Kekerasan
2. Halusinasi
3. Resiko Menciderai Diri Sendiri dan Orang Lain.

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn.D

No. MR : 021389

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perilaku Kekerasan	Pasien mampu : Mengontrol perilaku kekerasan dengan startegi pelaksanaan keperawatan	Setelah dilakukan 4x pertemuan klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal dan tarik napas dalam 2. Minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat 3. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak, meminta, 	Strategi Pelaksanaan Pasien SP 1 Pasien : Mengontrol perilaku dengan latihan fisik 1 dan 2 <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan, kekerasan yang dilakukan 3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu fisik, obat, verbal, spiritual 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, tarik napas dala, memukul kasur dan bantal 5. Dan memasukkan pada jadwal kegiatan untuk

			<p>dan mengungkap akan dengan baik dan benar)</p> <p>4. Mengontrol dengan cara spiritual.</p>	<p>latihan fisik.</p> <p>SP 2 Pasien : melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan prinsip 6 benar minum obat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Mengvalidasi kemampuan melakukan tarik nafas dalam, memukul kasur dan bantal 3. Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar : benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak meminum obat) 5. Lalu memasukkan pada jadwal kegiatan latihan fisik dan minum obat.
--	--	--	---	---

				<p>SP 3 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan baik dan benar).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Mengvalidasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar 3. Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar) 5. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal. <p>SP 4 : Mengontrol dengan cara spiritual.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi
--	--	--	--	--

				<p>tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengvalidasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar, melatih cara sosial atau verbal 3. Menanyakan manfaatnya, memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual 5. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.
2.	Halusinasi	<p>Pasien mampu : mengontrol halusinasi dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan.</p>	<p>Setelah dilakukan 4x pertemuan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghardik 2. Patuh minum obat dengan prinsip 6 benar 3. Mengontr 	<p>Strategi Pelaksanaan Pasien</p> <p>SP 1 Pasien : melatih kegiatan menghardik halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus perasaan, respon, upaya yang dilakukan mengontrol

			<p>ol halusinasi dengan cara bercakap- cakap</p> <p>4. Melakuka n aktivitas terjadwal.</p>	<p>halusinasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Menanyakan perasaan pasien. 4. Berikan reinforcement 5. Memasukkan kejadwal harian pasien. <p>SP 2 Pasien : 6 benar dan patuh minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi 2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi 3. Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat 5. Tanyakan perasaan pasien 6. Memberikan rerinforcement 7. Memasukan pada jadwal harian pasien.
--	--	--	--	--

				<p>SP 3 Pasien : bercakap-cakap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi gejala halusinasi 2. Validasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat 3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 4. Menanyakan perasaan pasien 5. Memberikan reinforcement 6. Memasukkan jadwal harian pasien. <p>SP 4 Pasien : melakukan kegiatan sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala 2. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat, dan bercakap-cakap 3. Latih kemampuan halusinasi dengan cara kegiatan
--	--	--	--	---

				sehari-hari (menyapu) 4. Menanyakan perasaan pasien 5. Memberikan reinforcement 6. Memasukkan kejadwal harian.
--	--	--	--	---

**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI
TINDAKAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

Nama : Tn.D
 Ruangan : Merpati
 No. MR : 021389

HARI/TGL	DIAGNOSA	DOKUMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
5 Maret 2024	Perilaku kekerasan	Strategi pelaksanaan 1 (latihan fisik 1 dan 2) <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan, kekerasan yang dilakukan 3. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu fisik, obat, verbal, spiritual 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal 5. Dan memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik. 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan selama 10 hari - Pasien mengatakan melakukan latihan tarik napas dalam dan memukul kasur, bantal untuk mengontrol ketika timbul perasaan marahnya. O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menerima perawat - Pasien tampak bisa melakukan latihan napas dalam dan

			<p>pukul bantal dengan tenang.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sesekali masih tampak bingung - Pandangan tajam. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 1 dengan mandiri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategi pelaksanaan 1 pasien
6 Maret 2024	Perilaku kekerasan	<p>SP 2 Pasien : melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan prinsip 6 benar minum obat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Mengvalidasi kemampuan melakukan tarik nafas dalam, memukul kasur dan bantal 3. Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan obat (jelaskan 6 benar : benar nama, benar 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih ingat cara melakukan latihan fisik 1 dan 2 - Pasien mengatakan mengetahui cara patuh minum obat - Pasien mengatakan mengantuk setelah meminum obat. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengerti dengan prinsip

		<p>jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak meminum obat)</p> <p>5. Lalu memasukkan pada jadwal kegiatan latihan fisik dan minum obat.</p>	<p>6 benar minum obat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat mengulanginya - Pasien tampak tenang setelah meminum obat. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien minum obat diawasi oleh perawat <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategi pelaksanaan 2
7 Maret 2024	Perilaku kekerasan	<p>SP 3 : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan baik dan benar).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Mengvalidasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar 3. Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal - Pasien mengatakan sudah mampu melakukan kegiatan verbal kepada temannya. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak dapat melakukan cara meminta, menolak, dan mengungkapkan dengan baik kepada temannya

		<p>yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</p> <p>5. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.</p>	<p>selama berinteraksi.</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 3 dengan mandiri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategi pelaksanaan 3
8 Maret 2024	Perilaku kekerasan	<p>SP 4 : Mengontrol dengan cara spiritual.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Mengvalidasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar, melatih cara sosial atau verbal 3. Menanyakan manfaatnya, memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual 5. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan melakukan sholat walaupun terkadang sholat maghrib dan isya pasien ketiduran - Pasien juga sering beristighfar ketika timbul perasaan marahnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melaksanakan sholat ketika masuk waktu sholat. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 4 dengan

			<p>mandiri.</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategi pelaksanaan 4, dilanjutkan dengan diagnosa kedua yaitu halusinasi
9 Maret 2024	Halusinasi	<p>SP 1 Pasien : melatih kegiatan menghardik halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus perasaan, respon, upaya yang dilakukan mengontrol halusinasi. 2. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Menanyakan perasaan pasien. 4. Berikan reinforcement <p>Memasukkan jadwal harian pasien.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa melakukan latihan menghardik untuk mengontrol halusinasinya - Pasien mengatakan ada melihat bayangan, tetapi tidak sering muncul. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengerti dan bisa melakukan latihan menghardik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 1 dengan mandiri. <p>P :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Strategi pelaksanaan 1
11 Maret 2024	Halusinasi	<p>SP 2 Pasien : 6 benar dan patuh minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi 2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi 3. Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat 5. Tanyakan perasaan pasien 6. Memberikan rerinforcement 7. Memasukan pada jadwal harian pasien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengerti cara 6 patuh minum obat - Pasien mengatakan mengantuk setelah meminum obat. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengerti dan bisa mempraktekkan cara patuh minum - Pasien tampak mengantuk setelah meminum obat. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien minum obat diawasi oleh perawat. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategi pelaksanaan 2
12 Maret 2024	Halusinasi	<p>SP 3 Pasien : bercakap-cakap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi gejala halusinasi 2. Validasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dapat melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan teman-

		<p>cara menghardik dan minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 4. Menanyakan perasaan pasien 5. Memberikan reinforcement 6. Memasukkan jadwal harian pasien. 	<p>temannya, akan tetapi pasien mengatakan tidak tahu topik pembicaraannya apa.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berinteraksi dengan teman-temannya, walaupun hanya sebentar lalu pasien pergi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 3 dengan mandiri. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strategi pelaksanaan 3
13 Maret 2024	Halusinasi	<p>SP 4 Pasien : melakukan kegiatan sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi tanda dan gejala 2. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat, dan bercakap-cakap 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa melakukan kegiatan sehari-hari seperti mengelap meja, menyusun tempat makan - Pasien

		<p>3. Latih kemampuan halusinasi dengan cara kegiatan sehari-hari (menyapu)</p> <p>4. Menanyakan perasaan pasien</p> <p>5. Memberikan reinforcement</p> <p>6. Memasukkan kejadwal harian.</p>	<p>mengatakan selalu melakukan kegiatan sehari-hari.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak dapat melakukan kegiatan mengelap meja, dan menyusun tempat setelah makan. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat melakukan strategi pelaksanaan 4 dengan mandiri. <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilanjutkan evaluasi strategi pelaksanaan untuk diagnosa perilaku kekerasan dan halusinasi.
--	--	---	--

JADWAL KEGIATAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH
 Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saamin Padang
 Tahun 2023

No.	Kegiatan	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei
1.	Mengumpulkan Referensi	■									
2.	Konsultasi Judul dengan Pembimbing	■	■								
3.	Pembuatan Proposal	■	■	■							
4.	Konsultasi Proposal	■	■	■	■						
5.	Pendaftaran Seminar Proposal				■						
6.	Sidang Proposal				■						
7.	Perbaikan Proposal				■	■					
8.	Pengambilan Data, Pelaksanaan penelitian, dan Penyusunan KTI						■	■	■	■	
9.	Konsultasi Hasil									■	
10.	Sidang Hasil									■	
11.	Perbaikan KTI									■	
12.	Pengumpulan KTI									■	
13.	Publikasi										■

Padang, 22 Desember 2023


Pembimbing I


 Heppi Sasrputa, S.Kp, M.Keperawatan, Sp.Jiwa
 NIP: 19701020 199303 2 002

Pembimbing II


 Ns. Lola Felnanda Amri, S.Keperawatan, M.Keperawatan
 NIP: 19760206 20001 22001

Mahasiswa


 Syahel Medina
 NIM: 213110151



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (*Hunting*)

Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>

Email : direktorat@poltekkes-pdg.ac.id



Nomor : PP.03.01/4262/2023
 Lamp : -
 Perihal : **Izin Survey Data**

28 Agustus 2023

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. 2023/2024, 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	Syanel Medina	213110151	Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Perilaku Kekerasan di RSJ HB. Saanin Padang
2	Jeni Fitria	213110118	Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien Isolasi Social di RSJ HB. Saanin Padang
3	Zilfa Anastia	213110160	Asuhan Keperawatan Padang Pasien Gangguan Persepsi Halusinasi di RSJ HB.Saanin Padang

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

Direktur Politeknik Kesehatan
 Kementerian Kesehatan Padang,



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
 NIP 197205281995032001

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

Jl. Kesehatan Utama Perum Depkes Padang

Phone : (0751)

Padang, 20 September 2023
04 Rabi'ul-Awal 1445

Nomor : 070/722/DL-IX/2023
Lampiran : -
Perihal : Izin Pengambilan Data

Kepada Yth,
Kepala Bidang Keperawatan
di
Tempat

Dengan hormat,

Menindak lanjuti disposisi Direktur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Nomor 070/988/DL-IX/2023 tanggal 11 September 2023 sesuai pokok surat di atas, maka kepada mahasiswa :

Nama : Syanel Medina
NIM : 213110151
Program : D III Keperawatan Padang
Poltekkes Kemenkes Padang

Mohon diizinkan dan dibantu melakukan Pengambilan Data dalam rangka Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan Judul :

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

Penelitian : 20 September s/d 20 Desember 2023
Lokasi : Instalasi Rawat Inap

Setelah yang bersangkutan selesai melakukan Pengambilan Data 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 199503 1 001

BIDANG PERAWATAN RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG

Padang, 27 September 2023
11 Rabiul Awal 1445

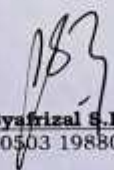
Nomor : 441/227/ PWT /IX -2023
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : **Izin Pengambilan Data**

Kepada Yth
Kepala Ruangan *Mevpati*
Di

T e m p a t

Dengan hormat,
Schubungan dengan adanya disposisi Kepala Bagian SDM dan Litbang Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tanggal 20 September 2023 Tentang Izin Penelitian atas nama Syanel Medina NIM 213110151, maka dengan itu kami memberitahukan kepada saudara agar dapat memfasilitasinya (Surat Izin Terlampir).
Demikianlah surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Keperawatan


Ns. Syafrizal S. Kep
NIP. 19670503 198803 1004

BUKTI RES. KWA PROF. DR. SAHRIN PADANG
RINCIAN BIAYA PELAYANAN

Nama : D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang
Jenis Kelamin :
Lama/ Tgl Lahir :
Alamat : Padang
Tgl. Masuk : 27 Februari 2024
Tgl. Keluar :
No. SW :
Tempat Pelayanan : JGD
Instansi Ruangan :
Kelas :

A. NOTA PERHITUNGAN

No	Jenis Pelayanan	Jumlah	Satuan	Jumlah (Rp)		Total (Rp)			
1	Rawat Inap		Rp	17.000	Rp	48.000	Rp	120.000	
2	Layanan Gizi		Rp		Rp		Rp		
3	Layanan Gizi		Rp		Rp		Rp		
4	Bayaran Gizi		Rp		Rp		Rp		
5	Dokter		Rp		Rp		Rp		
Jumlah yang dibayar				Rp	17.000	Rp	48.000	Rp	120.000

Terbilang : Terbilang Dua Puluh Ribu Ribu Rupiah

B. LEGALISASI

Yang Menerima
BUKTI PELAYANAN
Tanda Tangan

Lembar :
1. Putih Lembar Keluarga
2. Merah Lembar Bendahara
3. Kuning Lembar Stafikan
4. Hijau Lembar Kasir



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RS. Jiwa Prof. HB. SAANIN PADANG



Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax (0751) 71379

Padang, 05 April 2024
25 Ramadhan 1445

Nomor : 070/144.6 / DL-IV / 2024
Lampiran : -
Perihal : Telah Selesai Melakukan Penelitian

Kepada Yth,
Direktur Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang
di
Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan surat Saudara Nomor : PP.03.01/2363/2024 tanggal 19 Maret 2024,
perihal Izin Penelitian :

Nama : Syanel Medina
NIM : 213110151
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : ***"Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2024"***

Telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang pada tanggal 04 April 2024.








Demikian kami sampaikan, atas kerja samanya diucapkan terima kasih.

Direktur


dr. AKLIMA MPH
NIP. 19680203 200212 2 002

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

Nama : Syanel Medina
 Nim : 213110151
 Pembimbing I : Heppi Sasmita, SKp, M.Kep, Sp. Kep. Jiwa
 Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	23 Agustus 2023	Acc Judul	
2	11 September 2023	Konsultasi BAB I	
3	29 November 2023	- Revisi BAB I - Perbaikan Sesuai arahan	
4	04 Desember 2023	- Konsultasi BAB I, II - Cara Penomoran	
5	06 Desember 2023	- Revisi BAB I, II. Penomoran, Sesuaian dan - Konsultasi BAB III, Sumber	
6	21 Desember 2023	- Longkapi BAB III	
7	22 Desember 2023	Acc sidang proposal	
8			
9			
10			

Mengetahui,

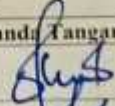
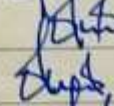
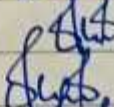
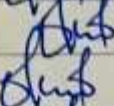
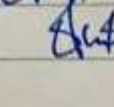
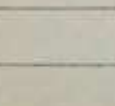
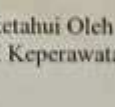

Ketua Prodi Keperawatan Padang

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

NIP. 197501211999032005

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

Nama : Syanel Medina
 Nim : 213110151
 Pembimbing I : Heppi Sasmita,SKp,M.Kep,Sp.Kep.Jiwa
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasanku Di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	22 Maret 2024	- Konsul Bab 4 dan askep pasien	
2	27 Maret 2024	- Perbaiki dan konsul Pembahasan	
3	01 April 2024	- Konsul Pembahasan (asus (hapus scata? juma))	
4	02 April 2024	- Perbaikan Pembahasan dan Perbandingan Jurnal / teori	
5	03 April 2024	- Konsul Bab 5 (Saran)	
6	05 April 2024	- Perbaikan Implementasi di askep.	
7	19 Mei 2024	- Hapuskan kata menurut di awal paragraf. - Konsul Bab 4 dan 5	
8	22 Mei 2024	Acc sidang hain	
9			
10			

Diketahui Oleh
 Kaprodi D.III Keperawatan Padang

(Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep.M.Kep)

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

Nama : Syanel Medina
 Nim : 213110151
 Pembimbing II : Hj. Ns. Lola Felhanda Amri, S.Kep, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saamin Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	29 Agustus 2023	- Acc judul - Pembahasan penulisan Bab 1	
2	19 Desember 2023	- Pembahasan Bab 1 dan 2 - Perbaikan	
3	20 Desember 2023	- Perbaikan penulisan Bab 2 - Konsul daftar pustaka	
4	21 Desember 2023	- Konsul perbaikan Bab 1, 2, dan 3.	
5	02 Januari 2024	- Konsul penulisan Bab 2 (Jarak, font)	
6	09 Januari 2024	Acc rpr proposal.	
7	22 Maret 2024	- Konsul abstrak - Melanjutkan pembahasan dengan 3 perbandingan ^{stunna/Manu}	
8	27 Maret 2024	- Konsul pembahasan di Bab 4 - Perbaikan ejaan	
9	28 Maret 2024	- Konsul lanjutan pembahasan (intervensi keperawatan) - Konsul Bab 5	
10	1 April 2024	- Konsul dan perbaikan Bab 4 dan 5	
11	2 April 2024	Acc seluruh hasil.	
12			
13			
14			
15			
16			

Diketahui Oleh
Ka. Prodi D III Keperawatan

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