



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

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

KARYA TULIS ILMIAH

Oleh:

NABILLA RIFDHA HELMI

NIM: 193110181

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2022



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh:

NABILLA RIFDHA HELMI

NIM: 193110181

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Nabilla R. (Ghu) Helmi
NIM : 193110181
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan
Perilaku Kekerasan di Rumah Cendrawasih Rumah Sakit
Irsya Prof. HH Saizen Padang

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dipertahankan di depan Tim Penguji
Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Padang
Poltekuk Kesehatan Kemenkes Padang dan dinyatakan telah memenuhi
syarat dan diterima.

Dewan Penguji

Ketua Penguji : Tarmizi, M.Kep, Sp.Kom

Penguji 1 : Ns. Hj. Murnati Muchtar, SKM, M.Homes

Penguji 2 : Hippi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa

Penguji 3 : Ns. Yenni Fadriyanti, S.Kep, M.Kep

Di tempat : Poltekkes Kemenkes RI Padang

Tanggal : April 2022

Mengetahui,

Ka. Prodi D3 Keperawatan Padang


Hippi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa
NIP. 197010201993003 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Diploma pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Pembimbing I sekaligus Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes RI Padang dan Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Tasman, M.Kep, Sp.Kom selaku Penguji I dan Ibu Ns. Murniati Muchtar, SKM, M. Biomed selaku Penguji II yang telah memberikan saran dan masukan pada Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Dr. Aklima, MPH selaku kepala Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang beserta staf yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian.
4. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Padang.
5. Ibu Ns. Sila Dewi Anggaraini, M.Kep, Sp. KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
6. Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal penelitian selama perkuliahan di Jurusan Keperawatn Poltekkes Kemenkes RI Padang.
7. Teristimewa kepada kedua orang tua dan saya yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.

8. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Poltekkes Kemenkes RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2019, serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan yang telah membantu peneliti menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, April 2022

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nabilla Rifdha Helmi

NIM : 193110181

Tanda Tangan :



Tanggal : 25 April 2022

LEMBAR PERSetujuan
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Cenderung ke Wana Gunungwati Riaman Sakel Jera Prof. YB Samin Padang" telah diperiksa dan dinyatakan untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah (Program Studi D-III Keperawatan Padang) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.

Padang, April 2022

Mengetujui

Pembimbing I



Heppi Samrita, S.Kp, M.Kep, Sp.Bjwa
NIP. 197610201993032002

Pembimbing II



Ns. Yend Fatriyani, S.Kep, M.Kep
NIP. 197511211993032002

Mengetahui

Ka. Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Samrita, S.Kp, M.Kep, Sp.Bjwa
NIP. 197610201993032002

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, April 2022 Nabilla Rifdha Helmi

“Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang”

Isi : xiii + 97 Halaman + 15 Lampiran

ABSTRAK

Konflik dan lilitan ekonomi berkepanjangan salah satu penyebab yang menimbulkan stress, depresi dan berbagai gangguan kesehatan jiwa. Perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala positif yang sering ditemukan kasusnya. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tahun 2022. Desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif yang berbentuk studi kasus. Pada penelitian ini terdapat 17 orang populasi dengan 1 orang sampel. Proses penyusunan dimulai bulan September 2021 sampai Mei 2022 dengan waktu penerapan asuhan keperawatan yang dimulai dari tanggal 28 Februari 2022 sampai dengan 5 maret 2022. Analisa terhadap proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan dibandingkan dengan hasil penelitian orang lain dan teori. Hasil pengkajian didapatkan keluhan utama yaitu pasien bingung ingin melakukan kegiatan, sering mondar-mandir, pasien jarang berinteraksi, pasien berbicara keras dan pandangan tajam. Diagnosa keperawatan yang didapatkan yaitu perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi, dan isolasi sosial. Intervensi keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar strategi pelaksanaan yang telah ditetapkan. Semua rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan yang dilakukan selama 6 hari. Evaluasi keperawatan, pasien mampu melakukan secara mandiri mengontrol emosi, menemukan konsep diri yang positif, mengontrol halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain. Disimpulkan bahwa dari hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien teratasi, disarankan kepada perawat untuk lebih meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, terutama pasien dengan perilaku kekerasan.

Kata Kunci : Perilaku Kekerasan, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka: 33 (2010-2020)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	7
A. SKIZOFRENIA.....	7
1. Pengertian Skizofrenia	7
2. Penyebab Skizofrenia.....	7
3. Jenis-jenis Skizofrenia	9
4. Tanda dan Gejala Skizofrenia.....	10
B. PERILAKU KEKERASAN.....	10
1. Pengertian Perilaku Kekerasan	10
2. Rentang Respon Perilaku Kekerasan	11
3. Etiologi Perilaku Kekerasan	14
4. Psikodinamika Terjadinya Perilaku Kekerasan	18
5. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan	19
6. Mekanisme Koping Perilaku Kekerasan.....	20
7. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan.....	21

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN	23
1. Pengkajian Keperawatan.....	23
2. Diagnosa Keperawatan	30
3. Rencana Keperawatan.....	31
4. Implementasi Keperawatan.....	42
5. Evaluasi Keperawatan.....	43
6. Dokumentasi Keperawatan	43
BAB III METODE PENELITIAN	44
A. Desain Penelitian.....	44
B. Tempat dan Waktu Penelitian	44
C. Populasi dan Sampel	44
D. Instrumen Pengumpulan Data	46
E. Jenis dan Metode Pengumpulan Data	47
F. Analisis Data	49
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	50
A. Deskripsi Kasus.....	50
1. Pengkajian.....	50
2. Diagnosa Keperawatan	59
3. Rencana Keperawatan.....	59
4. Implementasi Keperawatan.....	66
5. Evaluasi Keperawatan.....	77
6. Dokumentasi Keperawatan	83
B. Pembahasan Kasus	84
1. Pengkajian Keperawatan.....	84
2. Diagnosa Keperawatan	87
3. Rencana Keperawatan.....	89
4. Tindakan Keperawatan	91
5. Evaluasi Keperawatan.....	92
C. Kendala Penelitian	93
BAB V PENUTUP	95
A. Kesimpulan	95
1. Pengkajian Keperawatan.....	95
2. Diagnosa Keperawatan	95

3. Intervensi Keperawatan	95
4. Implementasi Keperawatan.....	96
5. Evaluasi Keperawatan.....	96
<i>B. Saran.....</i>	<i>96</i>
1. Bagi Penulis	96
2. Bagi Rumah Sakit	96
3. Akademik/Institusi Pendidikan.....	97
4. Pembuat Studi Kasus Berikutnya.....	97
DAFTAR PUSTAKA	98
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Rentang Respon Marah	11
Gambar 2. 2 Hierarki Perilaku Kekerasan	12
Gambar 2. 3 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan	18
Gambar 2. 4 Pohon masalah Diagnosa Perilaku Kekerasan.....	30

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif	13
Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan.....	31

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. *Ganchart* Kegiatan
- Lampiran 2. Lembar Konsultasi Pembimbing 1
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi Pembimbing 2
- Lampiran 4. Surat Izin Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5. Surat Izin Pengambilan Data Awal dari Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- Lampiran 6. Surat Izin Pengambilan Data Awal dari Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof HB. Saanin Padang
- Lampiran 7. Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 8. Surat Izin Penelitian dari Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dari Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof HB. Saanin Padang
- Lampiran 10. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)
- Lampiran 11. Daftar Hadir Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang
- Lampiran 12. Lembar Skrining pada Klien dengan Perilaku Kekerasan
- Lampiran 13. Asuhan Keperawatan pada Tn. F
- Lampiran 14. Surat Selesai Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang
- Lampiran 15. Dokumentasi Penelitian

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nabilla Rifdha Helmi
NIM : 193110181
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang, 20 Mei 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Alamat : Perum.UNAND Blok BIII/19/13 Gadut, Kecamatan Pauh,
Kota Padang

Nama Orang Tua

- a. Ayah : Agustian
- b. Ibu : Yarmi

Riwayat Pendidikan :

No	Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Taman Kanak-Kanak	TK Dian Andalas Padang	2006-2007
2.	Sekolah Dasar	SD Dian Andalas Padang	2007-2013
3.	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 09 Padang	2013-2016
4.	Sekolah Menengah Atas	SMA Dian Andalas Padang	2016-2019
5.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2019-2022

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa bagi manusia berarti terwujudnya keharmonisan fungsi jiwa dan sanggup mengatasi problem, merasa bahagia dan mampu diri. Undang-Undang Kesehatan Jiwa Tahun 2014 menjelaskan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan social sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Undang-undang No 18, 2014).

Orang yang sehat jiwa berarti mempunyai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. World Health Organization (WHO) merumuskan sehat dalam arti kata yang luas, yaitu keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun social, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat (Wuryaningsih et al., 2020). Prabowo (2014) mengatakan, gangguan jiwa merupakan suatu perubahan pada fungsi kehidupan, menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakana, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia(Undang-undang No 18, 2014).

Kesehatan jiwa penduduk Indonesia yang dinilai pada Riset kesehatan dasar (2019) adalah gangguan jiwa berat, gangguan mental emosional serta cakupan pengobatannya. Gangguan jiwa berat adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realitas atau tilikan (insight) yang buruk, gejala yang menyertai gangguan ini antara lain gangguanpersepsi berupa halusinasi, ilusi, gangguan isi pikiran berupa waham dan gangguan proses pikir, kemampuan berpikir, serta adanya tingkah laku yang aneh baik

agresivitas atau katatonik. Gangguan jiwa berat dikenal dengan sebutan psikosis, diantaranya adalah skizofrenia.

World Health Organisation (2017) jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia. Prevalensi gangguan jiwa berat penduduk Indonesia adalah 1,7 per-1000 penduduk, namun pada tahun 2018 terjadi peningkatan menjadi 7,1 per-mil (WHO, 2017). Kementerian kesehatan RI mencatat bahwa 70% gangguan jiwa terbesar adalah skizofrenia. Kelompok skizofrenia juga menepati 90% pasien di rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia (Widianti et al., 2017).

Provinsi Sumatera Barat pada tahun 2013, penderita gangguan jiwa dengan 1,9 per-mil meningkat di tahun 2018 menjadi 9,1 per-mil. Angka ini dikelompokkan menurut gangguan jiwa berat/skizofrenia. Berdasarkan data diatas Sumatera Barat berada di urutan ke empat dengan gangguan jiwa berat sebanyak 9.764 orang, prevalensi tertinggi yaitu di daerah Kota Padang dengan 1.672 orang disusul Kabupaten Agam di urutan kedua dengan kejadian 882 orang gangguan jiwa berat (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Gangguan jiwa terbagi atas dua jenis yaitu gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat, salah satu gangguan jiwa berat adalah Skizofrenia. Skizofrenia adalah skizofrenia adalah gangguan otak yang berpotensi merusak atau mempengaruhi pemikiran, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan seseorang untuk memahami realitas secara akurat (Varcarolis & Halter, 2010). Skizofrenia memiliki tanda dan gejala positif yaitu bertambahnya kemunculan tingkah laku yang berlebihan dan menunjukkan penyimpangan dari fungsi psikologis seperti pembicaraan yang kacau, delusi, halusinasi dan gangguan kognitif dan persepsi. Gejala negatif yaitu penurunan kemunculan suatu tingkah laku yang juga berarti penyimpangan dari fungsi psikologis yang normal seperti berkurangnya keinginan bicara, malas merawat diri, efek datar dan terganggunya relasi personal (Irvanto et al., 2013).

Yosep (2013) menjelaskan bahwa gejala positif yang dapat muncul pada klien skizofrenia salah satunya berisiko mengalami gangguan perilaku yaitu perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual

melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, secara verbal maupun nonverbal, bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis.

Berdasarkan data pencatatan Rekam Medis (RM) Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang pada tahun 2020, ditemukan masalah keperawatan pada klien rawat inap yaitu Halusinasi 2.252 klien, Perilaku Kekerasan 1.816 klien, Harga Diri Rendah 100 klien dan Waham 27 klien. Dari data di atas kasus Perilaku Kekerasan termasuk kasus tertinggi di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang (RSJ. Prof. HB. Saanin, 2020).

Nurhalimah (2016) mengatakan penyebab pasien melakukan perilaku kekerasan tidak lepas dari konsep stress adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) seperti anggota keluarga yang sering memperlihatkan perilaku kekerasan, keinginan yang tidak tercapai dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) seperti stressor berupa kehilangan orang yang dicintai, atau khawatir terhadap penyakit.

Tanda dan gejala pada pasien perilaku kekerasan adalah muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar mandir, berbicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar atau memukul benda atau orang lain, merusak barang atau benda. Penderita perilaku kekerasan tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan (Dermawan, 2013). Keliat (2011) mengatakan bahwa bahaya yang ditimbulkan pada pasien perilaku kekerasan yaitu melakukan ancaman, mencederai orang lain, atau merusak lingkungan.

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan adalah sebagai pelaksana pelayanan, pendidik, pengelola, peneliti, dan narasumber (Prabowo, 2014). Adapun peran perawat dalam penanganan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa yaitu melakukan penerapan asuhan keperawatan berupa penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan yaitu melatih pasien teknik nafas dalam, memukul bantal, latihan patuhan minum obat, latihan cara sosial atau verbal, dan latihan cara spiritual (Irman et al., 2016). Untuk hasil yang optimal dengan kemampuan mengontrol dan mencegah perilaku kekerasan, maka

petugas memberikan reinforcement kepada pasien berupa pujian yang dapat memotivasi pasien untuk mampu menerapkan strategi pelaksanaan mengontrol perilaku kekerasan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Harmianto Krido (2017) di RSJD Dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah, mengenai terapi strategi pelaksanaan terhadap pengendalian marah klien perilaku kekerasan, salah satunya penerapan strategi pelaksanaan (SP) satu teknik nafas dalam, didapatkan hasil bahwa terapi relaksasi nafas dalam sangat efektif diaplikasikan pada pasien perilaku kekerasan untuk mengontrol kemarahan. Penelitian ini menggambarkan bahwa strategi pelaksanaan dapat mengendalikan amarah pasien apabila diterapkan dengan sebaik mungkin, sesuai dengan keadaan dan kondisi pasien saat itu.

Pengalaman peneliti saat praktek klinik keperawatan jiwa pada tanggal 29 Maret sampai dengan 4 April tahun 2021 di RS. Jiwa Prof. HB Saanin Padang pasien dengan gangguan jiwa diruang Cendrawasih sebanyak 34 klien dengan penderita perilaku kekerasan sebanyak 24 klien. Upaya yang telah dilakukan oleh perawat ruangan adalah sudah melatih teknik napas dalam dan memukul bantal, sudah memberikan pengetahuan tentang pentingnya patuh minum obat, sudah melatih latihan sosio verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar), dan sudah melatih mengontrol marah secara spiritual. Namun belum maksimalnya hasil yang didapatkan seperti pasien masih melupakan pentingnya patuh minum obat, dan latihan sosio verbal dengan baik dan benar sehingga perlu latihan berulang-ulang.

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan pada tanggal 30 Desember 2021 di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang ditemukan bahwa pasien dengan perilaku kekerasan dibulan September sampai November 2021, jumlah pasien dengan gangguan perilaku kekerasan mengalami peningkatan. Bulan September didapatkan data sebanyak 203 orang, pada bulan Oktober sebanyak 212 orang, dan bulan November sebanyak 216 orang. Survey awal data 3 bulan terakhir dari semua ruangan tersebut, ruangan Cendrawasih menempati peringkat pertama penderita perilaku kekerasan sebanyak 34 orang dari 78 penderita gangguan jiwa. Pada waktu penelitian tanggal 28 Februari 2022

didapatkan jumlah pasien yang mengalami perilaku kekerasan diruangan Cendrawasih sebanyak 17 orang. Perilaku kekerasan yang ditemukan pada pasien gangguan jiwa merupakan sebagai diagnose utama yang ditemui pada pasien.

Hasil wawancara yang dilakukan pada perawat yang sedang bertugas didapatkan bahwa penyebab pasien marah karena kesal keinginannya terhadap sesuatu tidak tercapai, sehingga dia melampiaskan kemarahannya dengan berbicara kasar, dan menjerit atau berteriak, sedangkan pada beberapa pasien lain penyebab marah terjadi karena dirinya merasa tidak dihargai oleh keluarga dan orang sekitar, oleh sebab itu pasien melampiaskan kekesalannya dengan berbicara kasar, suara tinggi, dan mengancam secara verbal atau fisik. Upaya yang dilakukan oleh perawat ruangan yaitu: melatih teknik napas dalam dan memukul bantal, memberikan pengetahuan 6 benar minum obat, melatih sosio verbal (mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar), dan melatih mengontrol marah secara spiritual. Namun upaya yang telah dilakukan perawat hasilnya belum optimal karena kondisi gangguan jiwa yang dialami oleh klien, dan diperlukan latihan yang berulang-ulang untuk mendapatkan hasil yang lebih maksimal.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah yang peneliti angkat adalah “Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka disimpulkan rumusan masalah yaitu “bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan penerapan asuhan keperawatan pada pasien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

2. Tujuan Khusus
 - a. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.
 - b. Mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.
 - c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.
 - d. Mendeskripsikan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.
 - e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan kontribusi sebagai bahan pengembangan keilmuan keperawatan jiwa mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

2. Manfaat Praktik

a. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian yang diperoleh dapat dijadikan sebagai pembelajaran di Prodi Keperawatan Padang dalam penerapan asuhan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

b. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Hasil penelitian dapat memberikan kontribusi bagi rumah sakit jiwa khususnya di bidang keperawatan jiwa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian laporan yang diperoleh ini dapat menjadi data dasar dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

d. Bagi Pasien Perilaku Kekerasan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan gambaran bagi pasien untuk mengontrol marahnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. SKIZOFRENIA

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan otak yang berpotensi merusak yang mempengaruhi pemikiran, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan seseorang untuk memahami realitas secara akurat. Hal tersebut mempengaruhi 1 dari setiap 100 orang (lebih dari 3 juta orang di Amerika Serikat) dan merupakan salah satu gangguan mental yang paling mengganggu dan melumpuhkan. Sayangnya, orang dengan gangguan ini sering disalahpahami dan distigmatisasi tidak hanya oleh masyarakat umum tetapi bahkan oleh komunitas medis. Sikap negatif terhadap pasien ini dapat mengganggu pemulihan dan mengganggu kualitas hidup mereka (Varcarolis & Halter, 2010).

Misalnya, banyak yang percaya bahwa orang dengan *schizophrenia* cenderung melakukan kekerasan, tetapi tingkat kekerasan untuk skizofrenia secara keseluruhan tidak lebih besar dari masyarakat umum. Skizofrenia adalah gangguan psikotik, yang berarti bahwa delusi, halusinasi, dan pemikiran, ucapan dan/atau perilaku yang tidak teratur merupakan elemen utama dari gangguan tersebut (Varcarolis & Halter, 2010).

2. Penyebab Skizofrenia

Prabowo (2014) menjelaskan penyebab dari skizofrenia dalam model diatesis-stres, bahwa skizofrenia timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan. Di bawah ini dikelompokkan penyebab skizofrenia, yakni:

a. Faktor Biologi

1) Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang mengalami komplikasi atau masalah saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan individu tersebut terhadap skizofrenia.

2) Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Penelitian tersebut menyebutkan bahwa terpapar infeksi virus pada trimester kedua kehamilan akan memperluas peningkatan skizofrenia seseorang.

3) Hipotesis Dopamin

Dopamin merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal memblokir reseptor dopamin D₂, membatasi aktivitas dopamin dan mengurangi beberapa gejala skizofrenia. Berdasarkan pengamatan di atas dikemukakan bahwa gejala-gejala skizofrenia disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik.

4) Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah sistem limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat membesar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas metabolik. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel glia, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir

b. Faktor Genetika

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% dari populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat ke dua seperti paman, bibi, kakek/nenek dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita skizofrenia sedangkan kembar dizigotik 12%. Anak dan kedua orang tua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

Sebagai ringkasan hingga sekarang kita belum mengetahui dasar penyebab Skizofrenia. Dapat dikatakan bahwa faktor keturunan mempunyai pengaruh/faktor pencetus seperti penyakit badaniah stress psikologis (Prabowo, 2014).

3. Jenis-jenis Skizofrenia

- a. Schizoprenia simplex, umumnya pertama kali muncul pada usia pubertas, gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Schizoprenia hebefrenik, timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Schizoprenia katatonik, umumnya timbul pertama kali pada umur 15-30 tahun dan gejala utama psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. Schizoprenia paranoid, gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.
- e. Episoda schizoprenia akut, adalah kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. Schizoprenia psiko-afektif, yaitu adanya gejala utama skizoprenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Schizoprenia residual adalah schizoprenia dengan gejala-gejala premiernya dan muncul setelah beberapa kali serangan schizoprenia.

Pada umumnya, gangguan skizofrenia yang terjadi pada lansia adalah skizofrenia paranoid, simplek dan latent. Sulitnya dalam pelayanan keluarga, para lansia dengan gangguan kejiwaan tersebut menjadi kurang terurus karena sikap dan tingkah lakunya yang tidak menyenangkan bagiorang lain, seperti curiga berlebihan, pemaarah, bersikap bermusuhan, dan terkadang baik pria maupun wanita perilaku seksualnya sangat menonjol walaupun dalam bentuk perkataan yang konotasinya jorok dan porno (walaupun tidak selalu) (Wuryaningsih et al., 2020).

4. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Gejala-gejala yang muncul pada penderita skizofrenia adalah sebagai berikut (Wuryaningsih et al., 2020).

- a. Muncul delusi dan halusinasi. Delusi adalah keyakinan/pikiran yang salah, tidak mendasar dan tidak dapat dibandingkan dengan kenyataan, tetapi tetap dipertahankan. Bahkan ketika dihadapkan dengan banyak bukti dari pemikirannya yang salah. Delusi yang biasanya muncul adalah bahwa penderita skizofrenia meyakini dirinya adalah Tuhan, Dewa, Nabi, atau orang besar dan penting. Sementara halusinasi adalah persepsi panca indera yang tidak sesuai dengan kenyataan
- b. Kehilangan energi dan minat untuk menjalani aktivitas sehari-hari, bersenang-senang, maupun aktivitas seksual, berbicara seadanya, gagal menjalin hubungan yang dekat dengan orang lain, tidak mampu memikirkan akibat dari tindakannya, menampilkan ekspresi emosi yang datar, atau bahkan ekspresi emosi yang tidak sesuai konteks (misalkan tiba-tiba tertawa atau marah-marah tanpa sebab yang jelas).

B. PERILAKU KEKERASAN

1. Pengertian Perilaku Kekerasan

Keliat (2011) mengungkapkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Pendapat senada diungkapkan oleh Azizah (2016), bahwa perilaku kekerasan merupakan reaksi terhadap stressor yang dihadapi oleh individu, yang ditunjukkan dengan perilaku nyata melakukan kekerasan, baik kepada diri sendiri maupun orang lain, secara verbal dan nonverbal, yang bertujuan untuk menyakiti orang lain secara fisik dan mental.

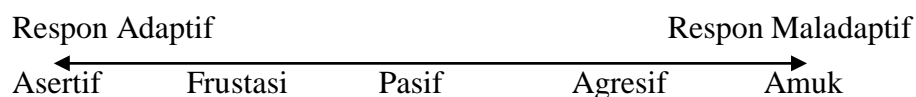
Schultz & Videbeck (2013) menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah tindakan impuls agresif atau bermusuhan dengan cara kekerasan atau destruktif, mungkin diarahkan pada objek, orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda.

Perilaku kekerasan muncul karena keinginan atau muncul sebagai bentuk cara mengatasi stress yang diwujudkan dengan tindakan menguntungkan atau merugikan yang ditujukan langsung pada diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan biasanya berupa kekerasan secara fisik atau kekerasan secara verbal. Perilaku kekerasan biasanya muncul untuk menutupi kekurangan individu, misalnya rendahnya percaya diri (Erwina, 2012).

Berdasarkan definisi ini, maka perilaku kekerasan dapat dibagi dua menjadi perilaku kekerasan secara verbal dan non-verbal.

2. Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Yusuf, (2015) mengatakan marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan/kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman. Muhith (2015) mengatakan bahwa perasaan marah adalah normal untuk setiap orang, dan perilaku yang ditunjukkan oleh perasaan marah dapat berubah sepanjang rentang respon adaptif dan maladaptif.



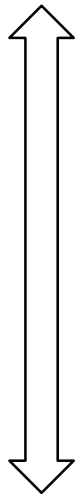
Gambar 2. 1 Rentang Respon Marah
Sumber: (Muhith, 2015)

Keterangan

- Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti oranglain
- Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis/terhambat
- Pasif : Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya
- Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol
- Amuk : Perilaku destruktif dan tidak dapat terkontrol

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

Rendah



Tinggi

Gambar 2. 2 Hierarki Perilaku Kekerasan

Sumber: (Nurhalimah, n.d., 2016)

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

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

Tabel 2. 1 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif

Sumber : (Nurhalimah, 2016)

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	a. Negatif b. Menghina c. Dapatkah saya lakukan d. Dapatkah ia lakukan	a. Positif b. Menghargai c. Saya dapat akan lakukan	a. Berlebihan b. Menghina orang lain c. Anda sekali/ tidak pernah
Nada suara	a. Diam b. Lemah c. Merengek	a. Diatur	a. Tinggi b. Menuntut
Postur/ Sikap tubuh	a. Menundukkan kepala	a. Tegak b. Rileks	a. Tenang b. Bersandar kedepan
Personal space	a. Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	a. Menjaga jarak yang menyenangkan b. Mempertahankan hak tempat teritorial	a. Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	a. Minimal b. Lemah c. Resah	a. Memperlihatkan gerakan yang sesuai	a. Mengancam b. Ekspansi gerakan
Kontak mata	a. Sedikit atau tidak	a. Sekali-sekali sesuai dengan kebutuhan interaksi	a. Melotot

Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri atau respon melawan dan menantang. Respon melawan dan menantang merupakan respon yang maladaptif yaitu agresif kekerasan. Perilaku yang ditampilkan dimulai dari yang rendah sampai

tinggi. Umumnya pasien dengan perilaku kekerasan dibawa dengan paksa ke rumah sakit jiwa, sering tampak diikat secara tidak manusiawi disertai dengan bentakan dan pengawalan oleh sejumlah anggota keluarga bahkan polisi. Perilaku kekerasan seperti memukul anggota keluarga/orang lain, merusak alat rumah tangga, dan marah-marah merupakan alasan utamayang paling banyak dikemukakan oleh keluarga. Penanganan yang dilakukan oleh keluarga belum memadai sehingga selama perawatan klien, seharusnya keluarga mendapatkan pendidikan kesehatan tentang cara merawat klien dengan manajemen perilaku kekerasan.

3. Etiologi Perilaku Kekerasan

a. Faktor Predisposisi

Keliat (2011)mengatakan bahwa berdasarkan pengalaman yang dialami setiap individu merupakan faktor predisposisi, artinya bisa saja menimbulkan perilaku kekerasan ataupun tidak jikafaktor berikut dialami oleh individu:

1) Faktor Psikologis

a) *Psychoanalytical Theory*

Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua naluri. Pertama naluri hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan kedua naluri kematian yang diekspresikan dengan agresivitas(Muhith, 2015).

Agresivitas dan kekerasan dapatdipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span hystori*). Teori ini menjelaskan bahwa adanyaketidakpuasan fase oral antara 0-2 tahun dimana anak tidakmendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu (ASI)yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungan(Wuryaningsih et al., 2020).

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

Menurut teori ini perilaku kekerasan biasa berkembang dalam lingkungan yang monolelir kekerasan. Adanya contoh, model dan perilaku yang dapat ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan seseorang meniru perilaku tersebut.

c) *Learning theory*

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

d) *Existensi theory* (teori eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia, dengan asumsi kebutuhan ini tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruksi, seseorang akan memenuhi kebutuhan mereka melalui perilaku yang destruktif.

e) *Frustration-agression theory*

Teori yang dikembangkan oleh pengikut Freud ini berawal dari anggapan bahwa dengan asumsi upaya individu untuk mencapai suatu tujuan mengalami rintangan, maka akan muncul dorongan kuat yang dengan demikian akan memacu perilaku yang dimaksudkan untuk merugikan individu atau objek yang menyebabkan frustrasi.

2) Faktor Sosial Budaya

Social Learning Theory, teori ini menunjukkan bahwa agresi tidak berbeda dengan respons lainnya. Agresi dapat dipelajari melalui persepsi atau peniruan, dan semakin sering didukung, semakin besar kemungkinan itu terjadi. Sehingga seorang individu akan bereaksi terhadap rangsangan emosional secara agresif sesuai

dengan reaksi yang telah dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa bersifat internal atau eksternal.

3) Faktor Biologis

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis.

a) Neurologic factor

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrite, axon terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

b) Faktor Genetik

Adanya faktor gen yang diturunkan dari orang tua, menjadi potensi perilaku agresif.

c) Faktor Biokimia

Faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin). Peningkatan hormone androgen dan norepinephrin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

d) *Instinctual Drive Theory* (teori dorongan naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

4) Perilaku

Muhith (2015), reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan dan sering mengobservasi kekerasan dirumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

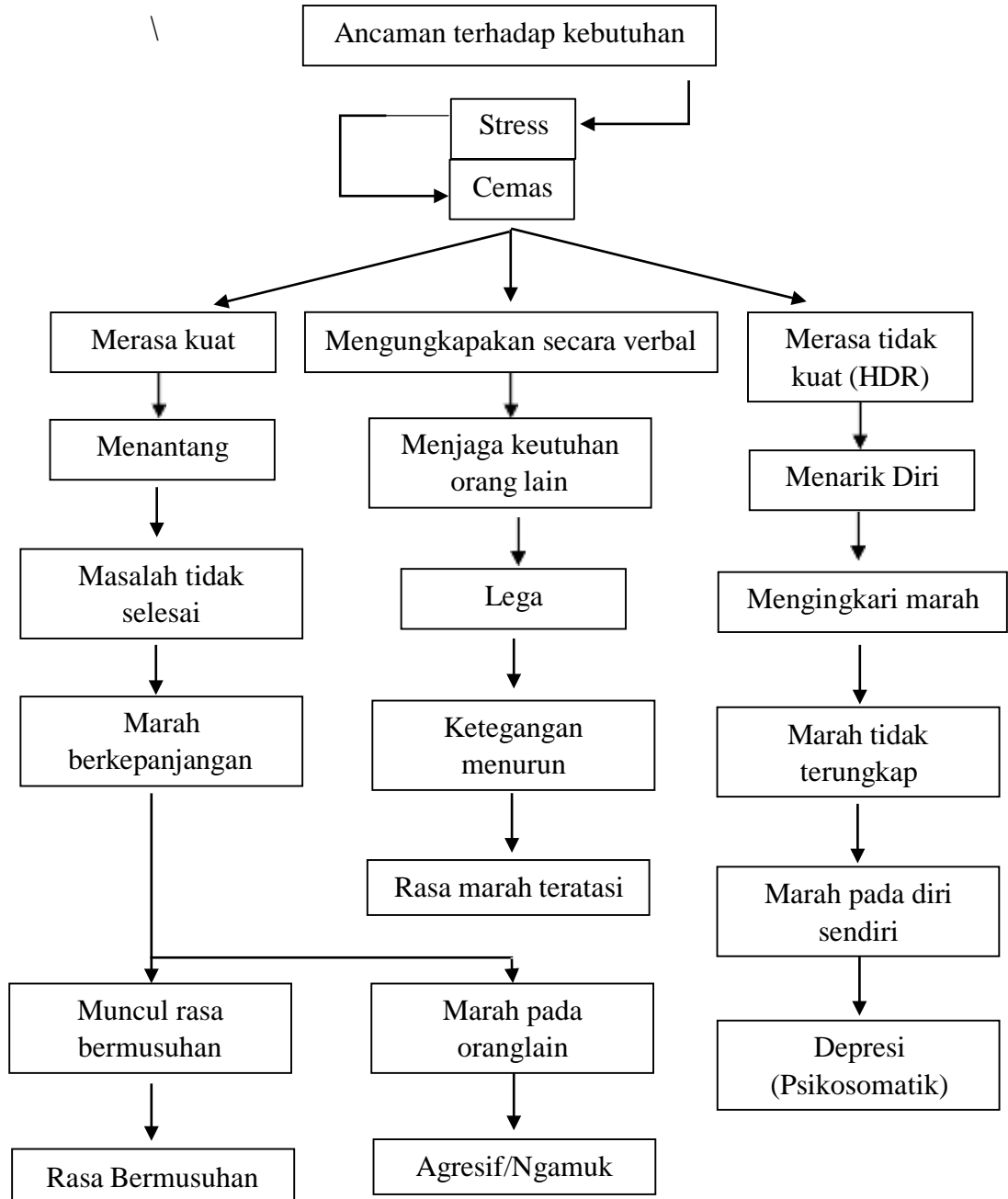
b. Faktor presipitasi

Faktor-faktor yang mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisisocial ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- 4) Ketidaksiapan membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang dewasa.
- 5) Adanya riwayat perilaku antisocial meliputi penyalahgunaan obat, alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustasi.
- 6) Kematian anggota keluarga yang terpenting kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

4. Psikodinamika Terjadinya Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya marah pada perilaku kekerasan digambarkan dalam konsep sebagai berikut:



Gambar 2. 3 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Sumber: (Wuryaningsih et al., 2020)

5. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan (Muhith, 2015):

a. Fisik

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

b. Verbal

- 1) Bicara Kasar
- 2) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- 3) Mengancam secara verbal atau fisik
- 4) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- 5) Suara keras
- 6) Ketus

c. Perilaku

- 1) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 2) Menyerang orang lain
- 3) Melukai diri sendiri/orang lain
- 4) Merusak lingkungan
- 5) Amuk agresif

d. Emosi

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

- e. Intelektual
Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.
- f. Spiritual
Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.
- g. Sosial
Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.
- h. Perhatian
Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

6. Mekanisme Koping Perilaku Kekerasan

Menurut Stuart & Laraia (2005 dalam Azizah et al., 2016), mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

- a. Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya, seseorang yang sedang marah melampiaskan kekesalannya pada benda yang berbeda, misalnya meracik adonan kue, meninju tembok dan lain sebagainya, tujuannya untuk mengurangi ketegangan karena marah.
- b. Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menolak mengakui bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
- c. Represi, yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya, seorang anak sangat membenci orang tuanya. Namun, sebagaimana ditunjukkan oleh pelajaran yang ia dapatkan sejak kecil bahwa membenci orang tuanya bukanlah sesuatu hal yang baik dan dicela oleh Tuhan, maka anak tersebut menahan rasa benci itu dan akhirnya ia mampu untuk melupakannya

- d. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
- e. *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dan ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

7. Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan

Penatalaksanaan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut (Prabowo, 2014):

a. Penatalaksanaan Medik

1) Terapi Farmakologi

Pasien dengan perilaku kekerasan perlu perawatan dan pengobatan yang tepat. Adapun pengobatan dengan neuroleptika yang mempunyai dosis efektif tinggi contohnya *Clorpromazine HCL* yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada dapat digunakan dosis efektif rendah, contohnya *Trifluoperazineestelasine*, bila tidak ada juga maka dapat digunakan *Transquelillzer* bukan obat antipsikotik seperti neuroleptika, meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang anti cemas, dan antiagitasi.

2) Terapi Okupasi

Terapi ini sering diartikan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi. karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran,

bermain catur. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukannya program kegiatan.

3) Terapi Somatik

Terapi somatic merupakan terapi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisifisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien (Prabowo, 2014).

4) Terapi Kejang Listrik (ECT)

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

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan memanajemen perilaku agresif, intervensi tersebut dapat melalui rentang intervensi keperawatan berupa strategi preventif diantaranya kesadaran diri, pendidikan klien, dan latihan asertif. Strategi antisipasif berupa komunikasi, perubahan lingkungan, dan tindakan psikofarmakologi, sedangkan strategi pengurangan berupa manajemen kritis, seluction dan restrain (Farida & Yudi, 2010)

1) Strategi pelaksanaan pasien perilaku kekerasan

Sutejo (2019) mengatakan SP Terdiri dari:

Latihan 1 : Pengkajian dan latihan nafas dalam memukul bantal

Latihan 2 : Latihan patuh minum obat

Latihan 3 : Latihan cara sosial dan verbal

Latihan 4 : Latihan cara spiritual

2) Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok merupakan suatu psikoterapi yang dilakukan suatu kelompok pasien bersama-sama dengan jalan berdiskusi satu sama lain yang dipimpin atau diarahkan oleh perawat atau petugas jiwa yang telah terlatih (Irman et al., 2016).

3) Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah terapi untuk mengisi waktu luang, ada beberapa jenis terapi modalitas:

- a) Terapi Terapi individual
- b) Terapi biologis
- c) Terapi lingkungan
- d) Terapi keluarga
- e) Terapi kelompok
- f) Terapi perilaku
- g) Terapi bermain

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Klien

Melakukan pengenalan dan kontrak dengan pasien tentang: nama mahasiswa, nama panggilan, lalu dilanjut melakukan pengkajian dengan nama pasien, nama panggilan pasien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan. Tanyakan usia pasien, No. RM, tanggal pengkajian dan sumber data yang didapat.

b. Alasan Masuk

Biasanya alasan utama pasien untuk masuk ke rumah sakit yaitu pasien sering mengungkapkan kalimat yang berada ancaman, kata-kata kasar, ungkapan ingin memukul serta memecahkan perabotan rumah tangga. Pada saat berbicara wajah pasien terlihat memerah dan tegang, pandangan mata tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan. Biasanya tindakan keluarga pada saat itu yaitu dengan mengurung pasien atau memasung pasien. Tindakan yang

dilakukan keluarga tidak dapat merubah kondisi ataupun perilaku pasien.

c. Faktor Predisposisi dan presipitasi

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan sebelumnya pernah mendapat perawatan di rumah sakit. Pengobatan yang dilakukan masih meninggalkan gejala sisa, sehingga pasien kurang dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Biasanya gejala sisa timbul merupakan akibat trauma yang dialami pasien berupa penganiayaan fisik, kekerasan di dalam keluarga atau lingkungan, tindakan kriminal yang pernah disaksikan, dialami ataupun melakukan kekerasan tersebut.

d. Aspek Fisik

Biasanya pada pasien dengan perilaku kekerasan tekanan darah meningkat, Pernapasan meningkat, nafas dangkal, muka memerah, tonus otot meningkat, dan dilatasi pupil.

e. Aspek Psikososial

1) Genogram

Biasanya menggambarkan tentang garis keturunan keluarga pasien, apakah anggota keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa seperti yang dialami oleh pasien dalam 3 (tiga) generasi.

2) Konsep Diri

a) Gambaran diri

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan mengenaigambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengempal, muka memerah.

b) Identitas diri

Biasanya pasien dengan perilaku kekerasan merupakan anggota dari masyarakat dan keluarga. Tetapi karena pasien mengalami gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan maka interaksi antara pasien dengan keluarga maupun masyarakat tidak efektif sehingga pasien tidak merasa puas akan status ataupun posisi pasien sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

c) Fungsi Peran

Biasanya fungsi peran pada pasien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku yang menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

d) Ideal diri

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

e) Harga diri

Biasanya harga diri yang dimiliki pasien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal klien perilaku kekerasan marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga. Dan pasien dengan perilaku kekerasan memiliki hubungan yang kurang baik dengan orang lain sehingga pasien merasa dikucilkan di lingkungan sekitarnya.

3) Hubungan Sosial

Biasanya pasien dekat dengan kedua orang tuanya terutama dengan ibunya. Karena pasien sering marah-marah, bicara kasar, melempar atau memukul orang lain, sehingga pasien tidak pernah berkunjung ke rumah tetangga dan pasien tidak pernah mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan masyarakat.

4) Spiritual

Biasanya pasien meyakini agama yang dianutnya dengan melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya.

f. Status Mental

1) Penampilan

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, penampilan tidak rapi penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti

biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

2) Pembicaraan

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

3) Aktivitas Motorik

Biasanya klien terlihat agresif, menyerang diri sendiri, orang lain maupun menyerang objek yang ada disekitarnya. Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah, jalan mondar-mandir.

4) Afek dan Emosi

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

5) Interaksi selama wawancara

Biasanya klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis, dan menolak dengan kasar. Bermusuhan dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

6) Persepsi/sensori

Biasanya pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami gangguan persepsi sensori sebagai penyebabnya.

7) Proses pikir

a) Proses pikir (arus dan bentuk pikir)

Otistik (autisme): Biasanya bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan

dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

b) Isi pikir

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikirancuriga, dan tidak percaya kepada orang lain dan merasa dirinyatidak aman.

8) Tingkat kesadaran

Biasanya klien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

9) Memori

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan masih dapat mengingatkejadian jangka pendek maupun panjang

10) Tingkat konsentrasi

Biasanya tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dansatu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuhkecemasan tegang dan gelisahan.

11) Kemampuan penilai/ Pengambilan keputusan

Biasanya klien perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusanyang konstruktif dan adaptif. Seperti jika disuruh untuk memilih mana yang baik antara makan atau mandi terlebih dahulu, maka ia akan menjawab mandi terlebihdahulu.

12) Daya titik

Biasanya klien mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidakperlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah sekarang.

g. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidak memilikimasalah pada kebutuhan makan.

2) BAB/BAK

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan dapat defekasi dan berkemih tanpa bantuan.

3) Mandi

Biasanya pasien mandi 2x sehari dan membersihkan rambut 1x2 hari. Ketika mandi pasien tidak lupa untuk menggosok gigi.

4) Berpakaian/berhias

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan mampu merawat penampilannya, penampilan rapi, penggunaan pakaian yang sesuai, cara berpakaian seperti biasanya, rambut disisir.

5) Istirahat dan tidur

Biasanya klien dengan perilaku kekerasan tidur siang lebih kurang 1 sampai 2 jam, tidur malam lebih kurang 8 sampai 9 jam. Persiapan pasien sebelum tidur cuci kaki, tangan dan gosok gigi.

6) Penggunaan Obat

Biasanya klien minum obat 3x sehari dengan obat oral. Reaksi obat pasien dapat tenang dan tidur.

7) Pemeliharaan kesehatan

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

8) Kegiatan di dalam rumah

Biasanya klien melakukan kegiatan sehari-hari seperti merapikan kamar tidur, membersihkan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur kebutuhan sehari-hari.

9) Kegiatan diluar rumah

Biasanya klien melakukan aktivitas diluar rumah secaramandiriseperti menggunakan kendaraan pribadi atau kendaraan umum jika ada kegiatan diluar rumah.

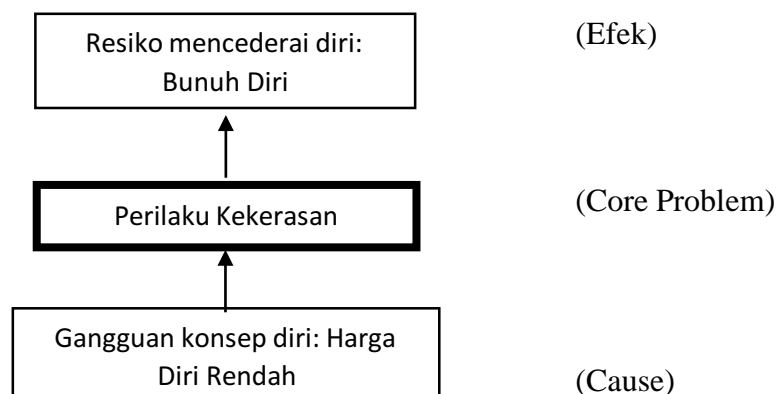
h. Mekanisme Koping

1) Koping adaptif

Biasanya klien mampu berkomunikasi dengan baik, dan menjawab semua pertanyaan yang diberikan.

- 2) Koping maladaptive
Biasanya klien mampu berkomunikasi dengan baik, dan menjawab semua pertanyaan yang diberikan.
- i. Masalah Psikososial dan Lingkungan
 - 1) Masalah dengan dukungan kelompok
Biasanya Klien tampak jarang berinteraksi dengan teman-temannya maupun dengan keluarganya.
 - 2) Masalah dengan lingkungan
Biasanya klien memiliki masalah di lingkungan sekitar karena tindak kekerasan yang dilakukan oleh klien.
 - 3) Masalah dengan Pendidikan
Biasanya menanyakan perkembangan klien saat masih sekolah.
 - 4) Masalah dalam pekerjaan
Biasanya menanyakan kepada klien apakah ada masalah dalam pekerjaannya.
 - 5) Masalah dengan perumahan
Biasanya menanyakan kepada klien apakah ada masalah disekitar perumahan
 - 6) Masalah dengan ekonomi
Biasanya menanyakan kepada klien apakah ada masalah dengan perekonomian keluarga.
 - 7) Masalah dengan pelayanan kesehatan
Biasanya menanyakan kepada klien apakah ada masalah dengan pelayanan kesehatan sekitar.
 - j. Pengetahuan
Biasanya klien tidak mengetahui tentang gangguan jiwa yang dialaminya.

k. Pohon Masalah



Gambar 2. 4 Pohon masalah Diagnosa Perilaku Kekerasan

Sumber: (Nurhalimah, 2016)**2. Diagnosa Keperawatan**

Nurhalimah (2016) diagnosa yang biasa muncul pada pasien dengan perilaku kekerasan antara lain:

- a. Resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- b. Perilaku kekerasan
- c. Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

Masalah keperawatan yang biasa muncul menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2018) pada pasien dengan perilaku kekerasan antara lain:

- a. Resiko Perilaku kekerasan berhubungan dengan Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau oranglain atau distruksi property orang lain (D.0146)
- b. Harga Diri Rendah Kronisberhubungan dengan Gangguan Psikiatri (D.0087)
- c. Resiko bunuh diri berhubungan dengan Gangguan Perilaku (D.0135)

3. Rencana Keperawatan

Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan

Masalah Keperawatan	Perencanaan	
	SLKI	SIKI
Resiko perilaku kekerasan (D.0146) (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x20 menit, diharapkan Kontrol emosi 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, 2018)</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 dan lakukan tindakan sebelum agresif Monitor kemajuan dengan membuat grafik, jika perlu <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Fasilitasi mengekspresikan marah secara adaptif Cegah kerusakan fisik akibat ekspresi marah (mis menggunakan senjata) Cegah aktivitas pemicu agresi (mis meninju tas, mondar-mandir, berolahraga berlebihan) Lakukan kontrol eksternal (mis. pengekangan, time-out, dan seklusi), jika perlu Dukung menerapkan strategi pengendalian marah dan ekspresi

		<p>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 maladaptif</p> <p>d. Ajarkan metode untuk memodulasi pengalaman emosi yang kuat (mis latihan asertif, teknik relaksasi, jurnal, aktivitas penyaluran energi)</p> <p>(PPNI, 2018)</p>
<p>Harga Diri Rendah Kronis (PPNI, 2018)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x20 menit, diharapkan Harga Diri klien meningkat. dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Penilaian diri positif meningkat</p> <p>b. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat</p> <p>c. Penerimaan penilaian positif</p>	<p>Promosi Harga Diri</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri</p> <p>b. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri</p> <p>c. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri</p> <p>b. Motivasi menerima tantangan atau hal baru.</p> <p>c. Diskusikan pernyataan tentang harga</p>

	<p>terhadap diri sendiri meningkat</p> <p>d. Minat mencoba hal baru meningkat</p> <p>e. Berjalan menampakkan meningkat</p> <p>f. Postur tubuh menampakkan wajah meningkat</p> <p>g. Perasaan malu menurun</p> <p>h. Perasaan bersalah menurun</p> <p>i. Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun</p> <p>j. Meremehkan kemampuan mengatasi masalah menurun</p> <p>(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)</p>	<p>diri</p> <p>d. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri</p> <p>e. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri</p> <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 berkomunikasi dengan orang lain</p> <p>d. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negative</p> <p>e. Anjurkan mengevaluasi perilaku</p> <p>f. Ajarkan cara mengatasi bullying</p> <p>g. Latih peningkatan tanggung jawab</p>
--	---	---

		<p>untuk diri sendiri</p> <p>h. Latih pernyataan/kemampuan positif diri</p> <p>i. Latih cara berfikir dan berperilaku positif</p> <p>j. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi (PPNI, 2018)</p>
--	--	--

Muhith (2015) mengatakan rencana intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat dari tujuan khusus.:

a. Diagnosa Perilaku Kekerasan

1) Tindakan Keperawatan Pada Klien

a) Tujuan Umum

Klien dapat mengontrol prilakunya dan dapat mengungkapkan kemarahannya secara asertif (Dermawan, 2013).

b) Tujuan Khusus

Menurut Kemenkes RI (2012: 179), tujuan khusus sebagai berikut:

- (1) Pasien mampu membina hubungan saling percaya
- (2) Pasien mampu menjelaskan penyebab marah
- (3) Pasien mampu menjelaskan perasaan saat terjadinya marah/ perilaku kekerasan
- (4) Pasien mampu menjelaskan perilaku yang dilakukan saat marah
- (5) Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol rasa marah/ perilaku kekerasan
- (6) Pasien mampu melatih kegiatan fisik dalam menyalurkan kemarahan
- (7) Pasien mampu memakan obat secara teratur
- (8) Pasien mampu melatih bicara yang baik saat marah
- (9) Pasien mampu melatih ibadah untuk kegiatan mengendalikan rasa marah.

c) Tindakan keperawatan

- (1) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada pasien Mengidentifikasi perilaku kekerasan, dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik latihan nafas dalam dan memukulkasur dan bantal.

(a) Membina hubungan saling percaya

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat. Tindakan yang harus dilakukan berupa mengucapkan salam terapeutik, berjabat tangan,

menjelaskan tujuan berinteraksi, dan membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien,

- (b) Diskusikan dengan pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
 - (c) Diskusikan tanda-tanda pada klien jika terjadi perilaku kekerasan
 - (d) Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.
 - (e) Diskusikan Bersama pasien akibat perilaku kekerasan
 - (f) Menjelaskan dan melatih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik latihan nafas dalam dan memukul bantal.
 - (g) Tanyakan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan
 - (h) Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
 - (i) Masukkan ke jadwal kegiatan harian
- (2) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien
Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat (6 benar).
- (a) Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 dan 2
 - (b) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat (6 benar)
 - (c) Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
 - (d) Masukkan pada jadwal kegiatan harian
- (3) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada pasien
Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara social atau verbal.
- a. Evaluasi cara mengontrol kemarahan dengan latihan fisik 1& 2 dan minum obat (6 benar)
 - b. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
 - c. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan

- d. Tanyakan perasaan pasien
 - e. Masukkan ke jadwal harian
- (4) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 4 pada pasien
- Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (2 kegiatan)
- (a) Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 & 2, minum obat (6 benar), dan cara sosial atau verbal
 - (b) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan cara spiritual (sholat dan doa)
 - (c) Tanya perasaan klien setelah melakukan kegiatan
 - (d) Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
 - (e) Memasukkan pada jadwal kegiatan harian
- 2) Tindakan Keperawatan Pada Klien
- a) Tujuan
 - (1) Keluarga mampu mengenal masalah risiko perilaku kekerasan
 - (2) Keluarga mampu memutuskan untuk perawatan pada klien risiko perilaku kekerasan
 - (3) Keluarga mampu merawat klien risiko perilaku kekerasan melakukan dengan mengajarkan dan mendampingi klien dengan melakukan kegiatan fisik, bicara yang baik, minum obat teratur, dan spiritual
 - (4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang kondusif agar klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dan mengurangi stresor yang menimbulkan perilaku kekerasan
 - (5) Keluarga mampu mengenal tanda kekambuhan, dan mencari pelayanan kesehatan.

b) Tindakan Keperawatan

- (1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
- (2) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya risiko perilaku kekerasan
- (3) Melatih keluarga cara merawat klien risiko perilaku kekerasan
- (4) Membimbing keluarga merawat klien risiko perilaku kekerasan
- (5) Melatih keluarga menciptakan suasana dan lingkungan yang mendukung klien untuk mengontrol emosinya
- (6) Mendiskusikan dengan keluarga tanda dan gejala kekambuhan yang memerlukan rujukan segera ke fasilitas kesehatan
- (7) Menganjurkan follow up ke fasilitas pelayanan kesehatan secara teratur.

c) Strategi Pelaksanaan

- (1) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada keluarga
 - (a) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
 - (b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala beserta proses terjadinya perilaku kekerasan.
 - (c) Menjelaskan dan melatih cara merawat perilaku kekerasan.
 - (d) Melatih salah satu cara merawat perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 & 2.
 - (e) Anjurkan keluarga membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
- (2) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada keluarga
 - (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi serta merawat dan melatih pasien cara fisik 1 & 2.
 - (b) Beri pujian atas upaya yang dilakukan pada keluarga
 - (c) Menjelaskan dan melatih keluarga 6 benar cara pemberian obat
 - (d) Anjurkan melakukan kegiatan latihan/kegiatan sesuai jadwal dan memberikan pujian

- (3) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada keluarga
 - (a) Evaluasi dan kemampuan keluarga mengidentifikasi serta merawat, melatih pasien fisik 1 & 2, dan minum obat (6 benar)
 - (b) Beri Pujian atas upaya yang dilakukan keluarga
 - (c) Menjelaskan dan melatih keluarga cara membimbing pasien perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik)
 - (d) Anjurkan melatih pasien melakukan kegiatan sesuai jadwal dan memberi pujian
- (4) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke 4 pada keluarga
 - (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi serta merawat, melatih pasien fisik 1 & 2, minum obat (6 benar), dan cara verbal.
 - (b) Beri pujian atas upaya yang dilakukan keluarga.
 - (c) Jelaskan dan latih cara mengontrol kemarahan dengan spriritual (sholat dan do'a)
 - (d) Jelaskan *follow up* ke pelayanan kesehatan masyarakat, tanda kambuh, identifikasi kendala atau kesulitan dalam melakukan kegiatan dan jelaskan cara mengontrol rasa marah pasien jika sudah terjadi perilaku merusak diri dan atau lingkungan
 - (e) Latih cara pengekangan dan proses rujukan
 - (f) Ajurkan pasien melakukan kegiatan/latihan sesuai jadwal dan memberikanpujian.

b. Diagnosa Harga Diri Rendah

- 1) Tindakan Keperawatan pada Klien
 - a) Strategi pelaksanaan (SP) Pertemuan ke 1 pada pasien: latihan kegiatan pertama
 - (1) Identifikasi pandangan/penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan oranglain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yangbelum terpenuhi

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

- (2) Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian
- (3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga
- (4) Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
- (5) Latih kegiatan keempat (alat dan cara)
- (6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- (7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

2) Tindakan keperawatan pada Keluarga

a) Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada keluarga

Mengenal masalah harga diri rendah dan latihan cara merawat: melatih kegiatan pertama

- (1) Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien harga diri rendah, jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya, dan akibat harga diri rendah, jelaskan merawat harga diri rendah
- (2) Berikan pujian terhadap upaya yang dilakukan keluarga
- (3) Latih keluarga memberi tanggungjawab kegiatan yang dipilih pasien, bimbing memberikan bantuan pada pasien
- (4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

b) Strategi pelaksanaan pertemuan 2 pada keluarga;

Latihan cara merawat: membimbing melakukan kegiatan ke 2

- (1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala harga diri rendah
- (2) Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih
- (3) Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian, bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien
- (4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

- c) Strategi pelaksanaan pertemuan 3 pada keluarga: Latihan cara merawat: membimbing melakukan kegiatan ke 3
- (1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala harga diri rendah
 - (2) Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih
 - (3) Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian, bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan ketiga yang dipilih pasien
 - (4) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
- d) Strategi pelaksanaan pertemuan 4 pada keluarga: Latihan cara merawat: membimbing melakukan kegiatan keempat
- (1) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala harga diri rendah.
 - (2) Validasi kemampuan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.
 - (3) Evaluasi manfaat yang dirasakan keluarga dalam merawat, beri pujian, bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan keempat yang dipilih pasien.
 - (4) Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh dan rujukan
 - (5) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien/keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari(Safitri, 2019).

Budiono (2016) mengatakan Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam

implementasi meliputi, pengumpulan data, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan untuk melakukan observasi sistematis, kemampuan untuk memberikan pendidikan kesehatan, advokasi dan kemampuan evaluasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang dilaksanakan. Perumusan evaluasi meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu Subjektif, Objektif, Analisa data, dan Perencanaan (Wiratama, 2019).

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional dan sarana komunikasi dari satu profesi ke profesi lain terkait kasus pasien. Sebagai alat komunikasi, tulisan dalam dokumentasi keperawatan harus jelas terbaca, tidak boleh memakai istilah atau singkatan-singkatan yang tidak lazim, berisi uraian yang jelas, tegas dan sistematis. Hal ini dimaksud untuk menghindari kesalahan komunikasi. Kesalahan komunikasi ini bisa membahayakan keselamatan pasien (Nursalam, 2011).

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang terdiri atas beberapa komponen yang menyatu satu sama lain untuk memperoleh data dan fakta dalam rangka menjawab pertanyaan atau masalah penelitian (Lapau, 2013). Peneliti menggunakan desain penelitian deskriptif yang berbentuk studi kasus. Penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi dalam masyarakat tanpa mencari hubungan antar variabel (Ariani, 2014). Penelitian ini diarahkan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang tahun 2022.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang, Wisma Cendrawasih tahun 2022. Rentang waktu penelitian mulai September 2021 sampai dengan Mei 2022. Waktu penerapan asuhan keperawatan telah dilakukan mulai dari 28 Februari 2022 sampai dengan 05 Maret 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah kumpulan individu atau objek yang secara potensial dapat diukur sebagai bagian dari penelitian (Swarjana, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien skizofrenia yang didiagnosa mengalami perilaku kekerasan yang berada di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang. Pada saat penelitian, didapatkan sebanyak 17 orang klien dengan skizofrenia dengan perilaku kekerasan.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian kecil dari populasi atau objek yang memiliki karakteristik sama (Lapau, 2013). Sampel penelitian ini adalah pasien perilaku kekerasan yang berada di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan pertimbangan berdasarkan kriteria sehingga didapatkan 1 orang sampel.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang bersedia menjadi responden
- 2) Pasien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan yang berada di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang
- 3) Pasien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan sudah kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi verbal dengan cukup baik.
- 4) Pasien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan mengikuti rangkaian awal kegiatan dari awal sampai akhir batas waktu yang telah ditentukan.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan yang mengundurkan diri sebelum wawancara selesai.
- 2) Pasien Skizofrenia dengan perilaku kekerasan yang menolak menjadi responden.
- 3) Pasien gangguan jiwa yang mengalami kecacatan fisik yang dapat mengganggu proses penelitian

Peneliti mendapatkan 5 orang partisipan yang masuk ke dalam kriteria inklusi, maka selanjutnya peneliti menggunakan teknik *sample random sampling* yaitu suatu teknik yang sederhana yaitu dengan cara mengambil lot, karena pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak tanpa melihat dan memperhatikan kesamaan atau starata yang ada dalam populasi sehingga didapatkan 1 orang klien sebagai partisipan.

D. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensimeter, stetoskop, termometer.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung, wawancara dan studi dokumentasi:

1. Format Skrining yang terdiri dari: nama pasien, usia pasien, jenis kelamin, serta pertanyaan mengenai tanda dan gejala perilaku kekerasan.
2. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, psikososial, genogram, konsep diri, dan program pengobatan.
3. Format analisa data terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah, dan pohon masalah.
4. Format diagnosa keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal dan paraf saat saat ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf terselesaikan masalah.
5. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomorrekam medis, diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan.
6. Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf setelah melakukan implementasi keperawatan.
7. Format evauasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekammedis, hari dan tanggal, diagnosa keperawatan, evaluasi keperawatan, danparaf setelah melakukan evaluasi.
8. Format *Informed Consent* yang terdiri dari: nama pasien, usia pasien, alamat pasien, serta tanda tangan persetujuan klien bersedia menjadi partisipan diketahui perawat yang bertugas.

E. Jenis dan Metode Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung responden berdasarkan format pengkajian asuhan keperawatan kesehatan jiwa. Data primer pada penelitian ini meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktifitas sehari-hari dan, pemeriksaan fisik terhadap responden.

b. Data Sekunder

Data pasien perilaku kekerasan yang diperoleh dari Medical Record Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Data sekunder meliputi data rekam medis dan terapi dokter.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pada tahap pengumpulan data ada beberapa teknik yang biasa digunakan yaitu observasi, angket, wawancara dan pengukuran. Peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama yaitu dengan menggunakan teknik observasi partisipan, wawancara mendalam, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama secara serempak.

a. Observasi

Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi pada pasien, peneliti melihat keadaan umum pasien dan respon pasien pada saat dilakukan wawancara. Maka hasil observasi yang didapatkan seperti pasien tampak menyendiri, pandangan tajam, rahang yang mengeras, badan kaku dan berbicara ketus.

b. Pengukuran

Pada pengukuran peneliti melakukan pemantauan kondisi pada partisipan dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti: alat ukur suhu tubuh (termometer) dan alat ukur tekanan darah.

c. Wawancara

Wawancara dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan format keperawatan jiwa pasien perilaku kekerasan. Wawancara

dilakukan tentang identitas pasien, keluhan utama, faktor predisposisi, keluhan fisik, psikososial, kebutuhan sehari-hari, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, pengetahuan, aspek medis dan pengkajian perilaku kekerasan pada yang dilakukan peneliti pada partisipan didapatkan data pengkajian identitas partisipan, alasan masuk partisipan, faktor predisposisi partisipan, dan data psikososial partisipan.

d. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi dapat memberi informasi tentang situasi yang diperoleh dari dokumen Rumah Sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan rekam medis pasien yang mencakup segala asesmen dokter dan perawat, dan catatan keperawatan untuk menambah data penunjang.

Adapun langkah-langkah yang dilakukan peneliti adalah:

1. Peneliti meminta surat rekomendasi pengambilan data dan surat izin penelitian dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian ke Diklat Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
3. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
4. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian dan meminta data laporan tahunan ke Kepada Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
5. Peneliti meminta izin untuk melakukan penelitian ke Kepala Ruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.
6. Peneliti mencatat jumlah klien yang memiliki diagnosa keperawatan perilaku kekerasan yang sedang dirawat di Ruang Cendrawasih dan didapatkan sebanyak 17 orang. Selanjutnya peneliti melakukan skrining, dan didapatkan populasi sebanyak 17 orang klien yang mengalami perilaku kekerasan. Dari 17 orang pasien, yang tidak sesuai dengan kriteria didapatkan : 4 orang telah selesai melakukan

- pengobatan dan pulang, 3 orang menolak menjadi responden, 5 orang berada di ruang isolasi, didapatkan 5 orang responden memenuhi kriteria inklusi. Selanjutnya dilakukan cara teknik *random sampling* dengan cara sistem cabut lot, maka didapatkan Tn. F sebagai partisipan untuk dilakukan penelitian.
7. Mendatangi partisipan, membina hubungan saling percaya, dan menjelaskan tentang tujuan penelitian.
 8. Meminta persetujuan partisipan dengan memberikan *Informed Consent* kepada partisipan.
 9. Partisipan menandatangani *Informed Consent*, kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan partisipan untuk melakukan asuhan keperawatan selama 6 hari dari tanggal 28 Februari 2022 sampai dengan 05 Maret 2022, kemudian peneliti pamit karena penelitian telah selesai dan meninggalkan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

F. Analisis Data

Analisis dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dengan cara kualitatif, salah satunya adalah dengan metode studi kasus (*case study*). Proses penyusunan studi kasus ini yaitu pengumpulan data individu, data hasil pengkajian berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi keperawatan, serta evaluasi hasil tindakan. Kemudian dianalisis dan dibandingkan dengan teori dan penelitian yang telah ada untuk mengetahui persamaan dan perbedaan dalam pemberian asuhan keperawatan, berdasarkan hasil pengamatan peneliti dengan teori dan penelitian yang sudah ada.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN

Deskripsi kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan asuhan keperawatan pada partisipan dengan halusinasi pendengaran yang telah dilaksanakan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dimulai tanggal 28 Februari sampai dengan 5 Maret 2022. Gambaran asuhan keperawatan yang telah peneliti lakukan meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan sampai melakukan evaluasi keperawatan. Pemilihan partisipan dilakukan melalui skrining menggunakan format skrining klien dengan perilaku kekerasan di dapatkan hasil 17 orang klien yang mengalami perilaku kekerasan. Dari 17 yang mengalami perilaku kekerasan tersebut didapatkan 5 orang klien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kemudian peneliti melakukan random acak sederhana yaitu dengan cara mengundi nama 5 orang klien tersebut hingga didapatkan 1 orang klien sebagai partisipan yaitu Tn. F.

A. Deskripsi Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Partisipan Tn. F merupakan seorang klien yang dirawat di Ruang Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan. Tn. F dirawat di Ruang Cendrawasih pada tanggal 22 Februari 2022. Tn. F berusia 27 tahun, dengan nomor rekam medik 04-42-49. Tn. F tinggal di Pulau Jorong V Sungai Jaring, Lubuk Basung, Agam. Sumber data ini adalah pasien, petugas diruang Cendrawasih dan *Medical Record* pasien.

b. Alasan Masuk

Klien Tn. F masuk rumah sakit jiwa Prof. HB. Saanin Padang diantar oleh keluarga pada tanggal 22 Februari 2022 jam 14.10 WIB melalui IGD. Tn. F masuk rumah sakit jiwa dikarenakan gelisah ± sejak 1 minggu yang lalu, sering ngamuk, marah tanpa sebab, merusak alat-alat

rumah tangga, menggertak serta mengancam membunuh orang lain, berbicara dan tertawa sendiri.

c. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Februari 2022 pukul 08.20 WIB, Tn. F mengeluh bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan, klien merasa kesal apabila ada keributan selama diruangan, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan teman-teman diruangan karena klien marah apabila perkataannya tidak didengarkan dan teman-teman diruangan seperti takut berinteraksi dengannya, klien mengatakan lebih senang berbicara dengan perawat atau dokter ruangan. Klien sesekali terlihat berbicara sendiri.

d. Faktor Predisposisi

1) Gangguan Jiwa di Masa Lalu

Klien mengalami gangguan jiwa sejak 2 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2020 dengan tanda dan gejala berbicara kasar, mengancam, membuang buang barang, merusak barang, berbicara dan tertawa sendiri. Klien selama ini melakukan rawat jalan di rumah sakit HB. Saanin Padang dan melakukan kontrol di Puskesmas setempat.

2) Pengobatan Sebelumnya

Klien sebelumnya menjalani pengobatan rawat jalan di RSJ HB. Saanin dan Puskesmas setempat. Klien selama dua tahun terakhir sangat teratur minum obat dan rutin kontrol di awasi oleh keluarga, namun beberapa bulan sebelum kambuh klien putus obat.

3) Trauma

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

a) Aniaya Fisik

Klien mengatakan beberapa hari sebelum masuk RSJ Prof. HB. Saanin, klien pernah menjadi pelaku aniaya fisik dengan cara memukul temannya karena emosi korban tidak memberikan uang

sumbangan yang sedang klien minta, dan klien mengatakan korban juga sering kali mengejek dirinya sehingga klien menjadi emosi.

b) **Aniaya Seksual**

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban ataupun saksi aniaya seksual sebelumnya.

c) **Penolakan**

Klien mengatakan sering menjadi korban penolakan ketika sedang meminta sumbangan untuk acara di masyarakat dan lingkungannya.

d) **Kekerasan dalam rumah tangga**

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban ataupun saksi kekerasan dalam rumah tangga.

e) **Tindakan Kriminal**

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban, ataupun saksi dari tindakan kriminal sebelumnya.

4) Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.

5) Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan

Klien mengatakan masa lalu yang tidak menyenangkan baginya yaitu ketika dibawa ke RSJ Prof. HB Saanin saat pertama kali. Hal itu menyebabkan klien sering menerima penolakan dan merasa diasingkan oleh lingkungan masyarakat.

e. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn. F didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 113/87 mmHg, nadi 87 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,7 °C. Hasil pengukuran tinggi badan didapatkan 164 cm, berat badan 68 kg. dan IMT (Indeks Massa Tubuh) Tn. F yaitu 25,28 kg/m². Selanjutnya untuk keluhan fisik Tn. F mengatakan kadang-kadang merasa sakit kepala.

f. Psikososial**1) Genogram**

Klien Tn. F (27 tahun) merupakan anak pertama dari empat orang bersaudara. Ayah klien meninggal saat klien masih duduk di bangku SMP, ibu klien masih hidup. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain klien. Pasien menjalani komunikasi yang baik dengan keluarga dan dalam pengambilan keputusan saat ini adalah ibu klien. Sejak kecil kedua orang tua klien memberikan kebebasan pada klien dalam bergaul.

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

Klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya.

b) Identitas Diri

Klien senang dilahirkan sebagai seorang laki-laki, namun klien belum puas menjadi seorang laki-laki karena belum mendapatkan pekerjaan dan penghasilan.

c) Peran Diri

Klien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena klien tidak mampu membuat orang tuanya merasa bangga sebab dirinya belum mempunyai pekerjaan.

d) Ideal Diri

Klien ingin segera sembuh dan pulang agar bisa membantu ibunya, dan klien berharap bisa memulai kehidupan barunya. Cita-cita yang pernah diimpikan Tn. F yaitu ingin menjadi anggota Satuan Polisi Pamong Praja (Satpol PP). akan tetapi karena kondisi klien, cita-cita tersebut tidak dapat diwujudkan.

e) Harga diri

Klien merasa sedih dan marah ketika dirinya dibawa ke RSJ, Klien merasa keluarga tidak peduli dan tidak menyayangi klien.

3)

Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang terdekat baginya adalah ibunya.

b) Peran Serta Dalam Kegiatan Kelompok/ Masyarakat

Klien mengatakan sebelum dirinya dibawa ke RSJ, klien selalu ikut serta dalam kegiatan masyarakat seperti membantu mengumpulkan dana ketika ada acara dikampungnya dan aktif ikut gotong royong di lingkungan sekitar rumah.

c) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang lain

Klien mengatakan karena sering mengamuk dan marah orang-orang disekitar menjadi takut untuk berinteraksi dengannya. Sehingga klien sangat sulit untuk berhubungan dengan orang lain.

4) Spiritual

a) Nilai dan Keyakinan

Klien beragama Islam dan meyakini adanya Allah SWT, dan klien mengatakan penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Allah dan akan segera disembuhkan oleh Allah SWT dari sakitnya.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan sebelum ia dirawat di RSJ Prof. HB. Saanin Padang ia selalu shalat Maghrib dan Isya berjamaah di masjid, tetapi selama di rawat di RSJ, klien mengatakan ia jarang shalat karena sering ngantuk.

g. Status Mental**1) Penampilan**

Penampilan klien Tn. F tampak kurang rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian sebagaimana mestinya, rambut klien terlihat acak-acakan, dan kuku pendek.

2) Pembicaraan

Klien Tn. F saat dikaji cukup kooperatif, mampu memulai pembicaraan, nada bicaranya keras dan cepat, apa yang ditanyakan jawabannya sesuai, namun sedikit berbelit-belit.

3) Aktivitas Motorik

Klien Tn. F melakukan aktivitas mandiri seperti mandi, makan dan beribada. Klien masih tampak gelisah, bingung sering mondar-mandir, dan pandangan kosong.

4) Alam Perasaan

Klien merasa sedih berada dirumah sakit dan ingin segera pulang bertemu dengan keluarganya.

5) Afek

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

6) Interaksi Selama Wawancara

Saat berinteraksi tatapan mata klien tajam dan sering beranggapan perawat tidak percaya dengan apa yang dirinya katakan, mudah tersinggung, tampak labil, namun cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan.

7) Persepsi

Klien mengatakan ketika ia baru dirawat, dirinya sering melihat bayangan hitam seakan-akan sedang mengawasinya.

8) Proses Pikir

Klien Tn. F saat berinteraksi bicaranya melompat dari satu topik ke topik yang lainnya dan terkadang suka berbelit-belit, tetapi tetap sampai langsung ke tujuan pembicaraan.

9) Isi Pikiran

Isi pikiran Tn. F adalah Tn. F takut dan gelisah ketika tidak ada keluarga yang membesuknya.

10) Tingkat Kesadaran

Klien Tn. F tampak bingung, namun ia mengetahui dimana ia berada saat sekarang ini.

11) Memori

Klien tidak memiliki masalah dalam hal ingatan baik itu ingatan

jangka pendek maupun ingatan jangka panjang.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

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

13) Kemampuan Penilaian

Klien mampu melakukan penilaian yang sederhana seperti cuci tangan dahulu sebelum makan.

14) Daya Tilik Diri

Klien menerima dan mengakui penyakitnya dan tidak menyalahkan siapapun atas penyakit yang dideritanya.

h. Kebutuhan Persiapan Klien Pulang

1) Makan

Klien selama dirawat makan 3 kali dalam sehari yaitu pada pukul 07.00, pukul 12.00 dan pukul 18.00 WIB.

2) BAB/ BAK

Klien BAB 1 Kali sehari dan BAK lebih kurang 5 kali dalam sehari

3) Mandi

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

4) Berpakaian/ Berhiasan

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

5) Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sesekali tidak mau tidur pada malam hari.

6) Penggunaan Obat

Klien minum obat 3 kali sehari dibawah pengawasan perawat

7) Pemeliharaan Kesehatan

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

8) Kegiatan di Dalam Rumah

Klien mengatakan ia sesekali membantu ibunya dalam menyelesaikan kegiatan rumah seperti, menyapu dan mencabut rumput di halaman rumah.

9) Kegiatan/ Aktivitas di Luar Rumah

Klien mengatakan kegiatannya di luar rumah yaitu pergi memancing ikan.

i. Mekanisme Koping

1) Koping Adaptif

Klien mampu berkomunikasi dengan orang lain namun klien terlihat jarang melakukannya.

2) Koping Maladaptif

Klien memiliki mekanisme koping yang maladaptif, karena ketika klien diganggu oleh saudaranya reaksi yang dilakukan klien sangat berlebihan, emosi yang berlebihan dengan mengamuk.

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan kelompok

Klien mengatakan orang-orang disekitar lingkungannya takut berinteraksi dengannya.

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan hanya bergaul dengan orang yang dikenal nya saja.

3) Masalah dengan Pendidikan

Klien tidak ada masalah dengan pendidikan

4) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan ia tidak bekerja, oleh karna itu klien sering merasa bingung dan stress.

5) Masalah dengan perumahan

Klien tidak ada masalah dengan perumahan. Klien tinggal bersama ibu dan saudaranya.

6) Masalah ekonomi

Klien mengatakan mengatakan tidak ada masalah dengan ekonomi, semua kebutuhan klien dipenuhi oleh ibu dan adik klien.

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

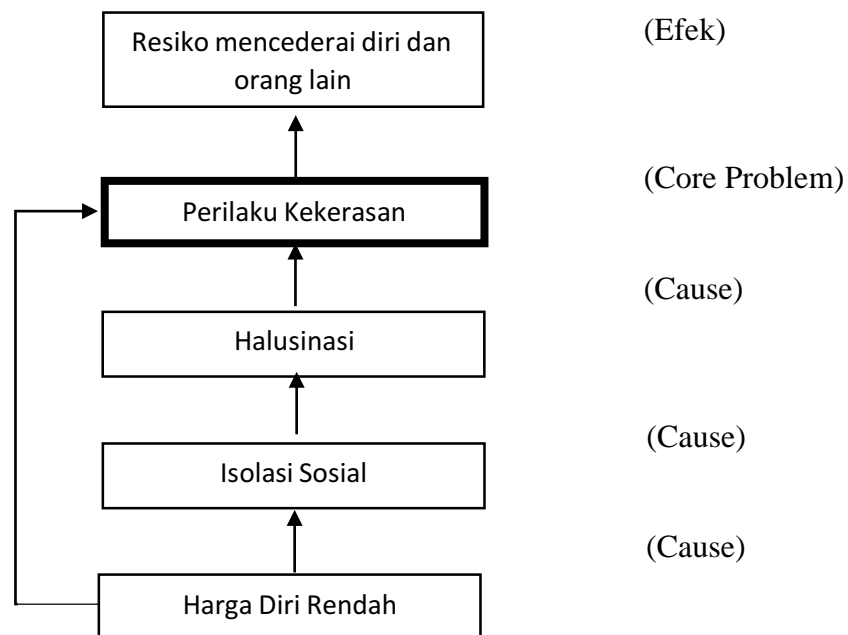
k. Pengetahuan

Klien menyadari akan penyakit yang dideritanya klien tidak mengetahui kegunaan obat yang didapatkannya dan tidak mengetahui nama obat yang dikonsumsinya. Klien hanya berharap proses penyembuhan pada dirinya.

l. Aspek Medik

Klien di diagnosa dengan skizofrenia. Skizorenia memiliki karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Salah satu gejala positif skizofrenia adalah perilaku kekerasan, pada kasus ini ditemukan gejala tersebut pada Tn. F. Terapi medis yang didapatkan Tn. F adalah Risperidon 2x2mg, Lorazepam 1x2mg, Trihexyphenidil 3x2mg.

2. Diagnosa Keperawatan



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

3. Rencana Keperawatan

Klien membuat rencana keperawatan dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien, empat strategi pelaksanaan pada empat diagnosa keperawatan yaitu Perilaku kekerasan, Harga diri rendah, Halusinasi dan Isolasi sosial tindakan ini akan dilakukan selama 6 hari dimulai dari 28 Februari 2022 sampai dengan 5 Maret 2022.

a. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan

1. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada klien

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

- a. Membina hubungan saling percaya
Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar klien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat tindakan yang harus dilakukan berupa mengucapkan salam terapeutik berjabat tangan, menjelaskan tujuan berinteraksi, dan membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.
 - b. Diskusikan dengan klien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
 - c. Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan meliputi
 - d. Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.
 - e. Diskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan
 - f. Menjelaskan dan melatih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik latihan nafas dalam dan memukul bantal.
 - g. Tanyakan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan
 - h. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
 - i. Masukkan ke jadwal kegiatan harian
2. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien
- Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat (6 benar)
- a. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 dan 2
 - b. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat (6 benar)
 - c. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
 - d. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

3. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada pasien

Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal

- a. Evaluasi cara mengontrol kemarahan dengan latihan fisik 1 & 2 dan minum obat (6 benar)
- b. Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
- c. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
- d. Tanyakan perasaan pasien
- e. Masukkan ke jadwal harian

4. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 4 pada pasien

Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (2 kegiatan)

- a. Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 & 2, minum obat (6 benar), dan cara sosial atau verbal
- b. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan cara spiritual (sholat dan doa)
- c. Tanya perasaan klien setelah melakukan kegiatan
- d. Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan
- e. Memasukkan pada jadwal kegiatan harian

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

b. Diagnosa Keperawatan Harga diri rendah

1. Strategi pelaksanaan (SP) Pertemuan ke 1 pada pasien: latihan kegiatan pertama
 - a. Identifikasi pandangan/penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan oranglain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi
 - b. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien dan bantu pasien menilai kemampuan kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan yang dapat dilaksanakan)
 - c. Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini
 - d. Bantu pasien memilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih
 - e. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)
 - f. Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan harian

2. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien: latihan kegiatan kedua
 - a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
 - b. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian
 - c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama
 - d. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih
 - e. Latih kegiatan kedua (alat dan cara)
 - f. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
 - g. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kegiatan

3. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada pasien: Latihan kegiatan ketiga
 - a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah

- b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian
 - c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua
 - d. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih
 - e. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara)
 - f. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
 - g. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan tiga kegiatan
4. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 4 pada pasien
- Latihan kegiatan keempat
- a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
 - b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian
 - c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga
 - d. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
 - e. Latih kegiatan keempat (alat dan cara)
 - f. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
 - g. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

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

c. Diagnosa Keperawatan Halusinasi

- 1. Strategi pelaksanaan (SP) Pertemuan ke 1 pada pasien
 - a. Mengidentifikasi jenis halusinasi klien.
 - b. Mengidentifikasi isi halusinasi klien
 - c. Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
 - d. Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
 - e. Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi
 - f. Mengidentifikasi perasaan pasien saat halusinasi muncul
 - g. Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi

- h. Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
 - i. Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - j. Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - k. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan
2. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 pada pasien
- a. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
 - b. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian
 - c. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - d. Latih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. (Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak minum sesuai program, akibat yang ditimbulkan bila putus obat, cara mendapatkan obat, jelaskan prinsip 6 benar minum obat jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas.
 - e. Masukkan pada jadwal kegiatan harian
3. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 pada pasien
- a. Evaluasi gejala halusinasi
 - b. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol kekambuhan halusinasi dengan menghardik, dan minum obat sesuai jadwal
 - c. Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat halusinasi terjadi.
 - d. Masukkan pada jadwal kegiatan harian
4. Strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 4 pada pasien
- a. Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
 - b. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap dengan orang lain
 - c. Latih cara mengontrol halusinasi dengan mengontrol kegiatan harian

- d. Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- e. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

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

d. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial

1. Strategi pelaksanaan 1: Pengkajian isolasi sosial, dan melatih bercakap-cakap antara klien dan keluarga
 - a. Membina hubungan saling percaya.
 - b. Membantu klien menyadari masalah isolasi sosial yang dihadapinya.
 - c. Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap antara klien dengan anggota keluarga.
 - d. Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.

2. Strategi pelaksanaan 2: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 2 orang lain), latihan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian
 - a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
 - b. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian.
 - c. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2-3 orang lain).
 - d. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

3. Strategi pelaksanaan 3: Melatih klien berinteraksi secara bertahap (klien dengan 4-5 orang), latihan bercakap-cakap saat melakukan 2 kegiatan harian
 - a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
 - b. Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian.
 - c. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru dengan 4-5 orang).

- d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.
4. Strategi pelaksanaan 4: Mengevaluasi kemampuan berinteraksi
 - a. Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
 - b. Validasi kemampuan klien dalam berkenalan dan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian.
 - c. Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan.
 - d. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial.
 - e. Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

Selama penulis melakukan penelitian tidak ada kunjungan oleh keluarga, oleh karena itu strategi pelaksanaan pada keluarga tidak dapat dilakukan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dengan membuat strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan dilakukan dari tanggal 28 Februari 2022 s/d 03 Maret 2022.

a. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan

Senin, 28 Februari 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 pada pasien perilaku kekerasan yang dilakukan dengan cara:

- 1) Membina hubungan saling percaya

Tindakan yang telah dilakukan untuk membina hubungan saling percaya berupa mengucapkan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan berinteraksi, dan membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.
- 2) Mendiskusikan penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu

Pasien mengatakan penyebab muncul perilaku kekerasan pada dirinya adalah karena pasien tidak memiliki pekerjaan dan tidak dapat

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

- 3) Mendiskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
Klien mengatakan perasaannya lega apabila dapat melampiaskan kemarahannya dengan memukul, merusak dan membuang barang.
- 4) Mendiskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.
Pasien mengatakan saat kemarahan muncul dia akan merusak dan membuang barang, bicara ngacau dan memukul orang lain, pasien mengatakan cara tersebut dapat membuatnya merasa lega.
- 5) Mendiskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan
Pasien mengatakan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya adalah orang sekitar tidak mau dekat dengannya dan ia merasa dikucilkan.
- 6) Menjelaskan dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik latihan nafas dalam dan memukul bantal.
- 7) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan latihan nafas dalam dan pukul bantal.
- 8) Menanyakan perasaan klien setelah melakukan kegiatan
Tn. F mengatakan perasaannya menjadi senang setelah dilatih untuk mengontrol marah.
- 9) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan latihan nafas dalam dan pukul bantal.
- 10) Masukkan kegiatan yang pasien lakukan ke jadwal kegiatan harian.

Selasa, 01 Maret 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-2 pada pasien perilaku kekerasan yang dilakukan dengan cara:

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

Hari Rabu, 02 Maret 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan ke-3 perilaku kekerasan dengan cara:

- 1) Mengevaluasi cara mengontrol kemarahan dengan latihan nafas dalam, pukul bantal dan minum 6 benar minum obat (Benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, dan kontinuitas minum obat). Pasien mengatakan apabila perasaan marahnya mulai muncul maka pasien melakukan tindakan yang diajarkan oleh perawat, namun pasien mengatakan minum obat masih diingatkan oleh perawat.
- 2) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik. Pasien mengatakan semenjak putus obat pasien selalu berbicara kasar, dan meminta dengan cara memaksa.

- 3) Berikan reinforcement setelah pasien dapat menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik melakukan kegiatan dan motivasi pasien melakukan kegiatan tanpa diingatkan perawat.
- 4) Menanyakan perasaan pasien
Pasien mengatakan merasa senang dan nyaman ketika diajarkan perawat menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
- 5) Masukkan kegiatan yang pasien lakukan ke jadwal kegiatan harian

Hari Kamis, 30 Maret 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan strategi pelaksanaan ke-4 perilaku kekerasan dengan cara:

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

b. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah

Penulis melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan prioritas kedua Harga diri rendah yang dilakukan dari tanggal 28 Februari 2022 s/d 03 Maret 2022.

Hari Senin, 28 Februari 2022 pukul 11.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Identifikasi pandangan/penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan oranglain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi

Pasien mengatakan dirinya tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena klien tidak mampu membuat orangtuanya merasa bangga sebab dirinya belum mempunyai pekerjaan. Pasien juga mengatakan ia seringkali mendengar ejekan dari lingkungan masyarakat tentang dirinya, klien berharap untuk cepat sembuh dan bisa membantu ibunya dirumah. Klien saat ini berusaha dengan baik mengikuti arahan dari perawat di RSJ seperti minum obat yang teratur.

- 2) Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien dan bantu pasien menilai kemampuan kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan yang dapat dilaksanakan)
- 3) Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan
Pasien memilih kegiatan merapikan tempat tidur, mengepel lantai, menyiapkan makanan, mencuci piring.
- 4) Bantu pasien memilih kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih
Pasien memilih kegiatan merapikan tempat tidur untuk latihan pertama.
- 5) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya).
- 6) Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan harian

Hari Selasa, 01 Maret 2022 pukul 11.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-2 yang dilakukan dengan cara:

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

- 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama
Klien mengatakan tempat tidurnya menjadi rapi dan tidak berantakan lagi.
- 4) Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih
Klien memilih kegiatan mengepel lantai untuk latihan yang kedua.
- 5) Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya).
Klien menyiapkan alat pel dan ember yang berisi air
- 6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua.

Hari Rabu, 02 Maret 2022 pukul 11.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-3 yang dilakukan dengan cara:

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

Hari Kamis, 03 Maret 2022 pukul 11.00 WIB, dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-4 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah
Klien mengatakan dirinya merasa senang setelah melakukan kegiatan membersihkan tempat tidur, mengepel lantai, dan menyiapkan

makanan untuk teman-temannya. Selain senang, klien mengatakan ia merasa lebih berguna dan punya banyak kegiatan.

- 2) Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian
- 3) Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga Klien mengatakan setelah melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga, tempat tidurnya menjadi lebih rapi dan lantai ruangan menjadi lebih bersih serta ia dapat membantu perawat dalam menyiapkan makanan untuk teman-teman yang lain.
- 4) Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih
Kegiatan klien yang terakhir adalah mencuci piring
- 5) Latih kegiatan keempat (alat dan cara melakukannya)
Klien mengatakan alat yang diperlukan untuk mencuci piring adalah sabun, spons cuci piring dan air.
- 6) Berikan reinforcement ketika pasien mampu melakukan kegiatan
- 7) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan

c. Diagnosa Keperawatan Halusinasi

Penulis melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan prioritas ketiga Halusinasi yang dilakukan dari tanggal 28 Februari 2022 s/d 05 Maret 2022.

Hari Senin, 28 Februari 2022 pukul 13.30 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien
Pasien mengatakan seminggu sebelum masuk rumah sakit pasien mendengar dan melihat bayang yang menganggunya.
- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
Pasien mengatakan suara tersebut memanggil namanya dan bayangan tersebut melihat dengan tatapan tajam

- 3) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
Pasien mengatakan sebelum satu minggu sebelum masuk rumah sakit bayangan dan suara tersebut datang tidak menentu, kadang datang kadang tidak.
- 4) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
Pasien mengatakan waktu terjadinya halusinasi paling sering pada malam hari sebelum pasien tidur.
- 5) Mengidentifikasi situasi pencetus yang menimbulkan halusinasi
Pasien mengatakan faktor pencetus yang menimbulkan terjadinya halusinasi adalah saat pasien sendiri dan kelelahan
- 6) Mengidentifikasi perasaan pasien saat halusinasi muncul
Pasien mengatakan perasaan saat halusinasi datang adalah pasien merasa marah, cemas dan khawatir karena bayangan tersebut terus mengawasinya.
- 7) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
Pasien mengatakan biasanya saat halusinasi tiba dia akan marah dan melempar bayangan tersebut.
- 8) Mengidentifikasi upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasi
Pasien mengatakan yang dilakukan pasien saat halusinasi datang adalah marah, melempar bayangan dengan barang.
- 9) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
- 10) Tanyakan perasaan pasien
Pasien mengatakan merasa senang dan nyaman ketika diajarkan perawat untuk mengontrol halusinasi
- 11) Berikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan dan motivasi pasien untuk melakukan latihan tersebut apa bila halusinasi terjadi.
- 12) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien.

Hari Selasa, 01 Maret 2022 pukul 13.30 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-2 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
Pasien mengatakan halusinasi tersebut sudah jarang datang, namun sesekali melihat bayangan yang tengah mengawasinya.
- 2) Memvalidasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, berikan pujian.
Pasien mengatakan jenis halusinasi yang dialami adalah halusinasi pendengaran dan penglihatan. Tetapi pasien mengatakan, ia lebih sering mengalami halusinasi penglihatan.
- 3) Mengevaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
Pasien mengatakan manfaat dari menghardik adalah membuatnya dapat mengontrol halusinasi yang terjadi.
- 4) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.
(Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak minum sesuai program, akibat yang ditimbulkan bila putus obat, cara mendapatkan obat, jelaskan prinsip 6 benar minum obat jenis, waktu, dosis, frekuensi, cara dan kontinuitas.
- 5) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat menyebutkan 6 benar minum obat dan mengetahui masing-masing fungsi dari 6 poin tersebut
- 6) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

Hari Rabu, 02 Maret 2022 pukul 13.30 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-3 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Mengevaluasi gejala halusinasi
Pasien mengatakan gejala halusinasi yang dirasakan adalah mendengar suara yang menyebut namanya, dan pasien mengatakan suara tersebut sudah jarang datang.
- 2) Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengontrol kekambuhan halusinasi dengan menghardik, dan minum obat sesuai jadwal.
Pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan menghardik karena halusinasi tidak terjadi.

- 3) Mengevaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat halusinasi terjadi
Pasien mengatakan latihan bercakap-cakap dapat mengontrol halusinasi yang terjadi.
- 4) Memberikan reinforcement setelah pasien dapat melakukan kegiatan dan motivasi pasien untuk melakukan kegiatan menghardik apabila halusinasi terjadi.
- 5) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

Hari Kamis, 03 Maret 2022 pukul 13.30 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan ke-4 yang dilakukan dengan cara:

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

d. Diagnosa Isolasi Sosial

Penulis melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan prioritas ketiga Halusinasi yang dilakukan dari tanggal 04 Maret 2022 s/d 05 Maret 2022.

Hari Jumat, 04 Maret 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 1 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Membina hubungan saling percaya.
- 2) Membantu klien menyadari masalah isolasi sosial yang dihadapinya.

Pasien mengatakan jarang melakukan interaksi dengan teman-temannya. Saat berada dilingkungan rumahnya, pasien mengatakan masyarakat takut untuk berinteraksi dengannya akibatnya pasien menjadi sulit berhubungan dengan orang lain.

- 3) Melatih klien bercakap-cakap secara bertahap antara klien dengan 1 orang perawat lain yang berada diruangan.

Pasien dapat berkenalan dengan perawat yang berada diruangan, pasien menanyakan terkait nama, alamat dan hobby.

- 4) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan.

Hari Jumat, 04 Maret 2022 pukul 13.30 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 2 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
- 2) Validasi kemampuan klien dalam berkenalan, beri pujian.
- 3) Latih cara berbicara dengan 2 orang pasien yang ada diruangan, saat melakukan kegiatan harian.

Pasien dapat berkenalan dan berinteraksi dengan 2 orang pasien yang berada diruangan, pasien menanyakan terkait nama, umur, alamat dan hobby.

- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

Hari Sabtu, 05 Maret 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 3 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
- 2) Validasi kemampuan berkenalan dan bicara saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian.
- 3) Latih cara berbicara dengan 3 orang pasien yang ada diruangan, saat melakukan kegiatan harian.

Pasien dapat berkenalan dan berinteraksi dengan 3 orang pasien yang berada diruangan, pasien berinteraksi saat melakukan kegiatan menyiapkan makan siang untuk pasien lainnya.

- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan.

Hari Sabtu, 05 Maret 2022 pukul 13.30 WIB dilakukan tindakan strategi pelaksanaan (SP) pertemuan 4 yang dilakukan dengan cara:

- 1) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial.
- 2) Validasi kemampuan klien dalam berkenalan dan bercakap-cakap saat melakukan kegiatan harian, berikan pujian.
- 3) Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan.
- 5) Latih cara berbicara dengan 4-5 orang pasien yang ada diruangan, saat melakukan kegiatan mencuci gelas dan mengepel lantai.

Pasien dapat berkenalan dan berinteraksi dengan 4-5 orang pasien yang berada diruangan, pasien berinteraksi saat melakukan kegiatan mencuci gelas dan mengepel lantai.

- 4) Masukkan pada jadwal kegiatan harian.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan

Evaluasi keperawatan pada diagnosa utama yaitu Perilaku kekerasan strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal dilakukan pada hari Senin, 28 Februari 2022 pukul 09.00 WIB, pasien mengatakan melakukan latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal untuk mengontrol apabila perilaku kekerasan terjadi, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak melakukan latihan fisik nafas dalam apabila saat pasien mulai merasakan kemarahan, pasien masih bingung, gelisah, sering merasa curiga dan melihat dengan tajam, dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan pertama pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan pertama, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua perilaku kekerasan yaitu pengetahuan 6 benar minum obat.

Hari Selasa, 01 Maret 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan kedua yaitu 6 benar minum obat,

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

Hari Rabu, 02 Maret 2022 pukul 09.00 dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ketiga yaitu melatih cara sosial dan verbal, pasien mengatakan kurang mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya, sehingga ketika masalahnya sudah menumpuk menyebabkan pasien marah dan mengamuk, namun pasien mengatakan setelah diajarkan cara verbal dan sosial pasien sudah mulai mampu mengungkapkan perasaannya, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak meminta dan menolak dengan baik dengan teman, berbicara dengan baik selama interaksi, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ketiga, pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat perilaku kekerasan yaitu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

Hari Kamis, 03 Maret 2022 pukul 09.00 WIB dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ke-empat yaitu melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, pasien mengatakan melakukan sholat 5 waktu setiap hari, tetapi masih ada beberapa kali waktu shalat yang tertinggal. Pasien mengatakan ketika mulai marah sudah mulai mengucapkan istigfar, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak

melakukan sholat ketika waktu sholat masuk hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ke empat pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan keempat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan diagnosa prioritas ke dua Harga diri rendah.

b. Diagnosa Keperawatan Harga Diri Rendah

Evaluasi keperawatan pada diagnosa prioritas kedua yaitu Harga Diri Rendah strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan kegiatan pertama yaitu merapikan tempat tidur, dilakukan pada hari Senin, 28 Februari 2022 pukul 11.00 WIB, pasien mengatakan dirinya merasa senang setelah melakukan kegiatan merapikan tempat tidur, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak melakukan latihan merapikan tempat tidur, dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah pertama pasien mampu melakukan secara mandiri kegiatan yang telah diajarkan perawat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua harga diri rendah yaitu latihan kegiatan mengepel lantai.

Hari Selasa, 01 Maret 2022 pukul 11.00 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan harga diri rendah kedua yaitu latihan kegiatan kedua, pasien mengatakan merasa senang setelah melakukan latihan kegiatan kedua yaitu mengepel lantai. Hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah kedua, pasien mampu melakukan kegiatan secara mandiri sesuai dengan yang diajarkan perawat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga harga diri rendah yaitu latihan kegiatan menyiapkan makanan.

Hari Rabu, 02 Maret 2022 pukul 11.00 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan kedua yaitu melatih harga diri rendah dengan cara

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

Hari Kamis, 03 Maret 2022 pukul 11.00 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan harga diri rendah keempat yaitu melatih melakukan kegiatan mencuci piring, pasien mengatakan setelah diajarkan cara mencuci piring merasa senang dan tidak merasa bosan, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak mencuci piring setelah selesai makan, kegiatan ini dilakukan secara mandiri oleh pasien, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan harga diri rendah keempat pasien, pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan keempat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, dilanjutkan dengan evaluasi secara keseluruhan tindakan strategi pelaksanaan

c. Diagnosa Keperawatan Halusinasi

Evaluasi keperawatan pada diagnosa prioritas ke dua yaitu Halusinasi strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan menghardik dilakukan pada hari Senin, 28 Februari 2022 pukul 13.30 WIB, pasien mengatakan melakukan latihan menghardik untuk mengontrol apabila halusinasi terjadi, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak melakukan latihan menghardik apabila pasien mulai merasakan halusinasi, dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi pertama pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan pertama,

sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua halusinasi yaitu pengetahuan 6 benar minum obat.

Hari Selasa, 01 Maret 2022 pukul 13.30 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi kedua yaitu 6 benar minum obat, pasien mengatakan merasa nyaman setelah minum obat, pasien mengatakan mengantuk ketika minum obat. Pasien tampak tenang setelah minum obat, tidak tampak perilaku gelisah yang ditemukan, namun bingung masih ditemukan, pasien tampak tidur setelah 15 menit minum obat, dan pasien tidak bisa minum obat sendiri dan selalu dibantu dan diawasi perawat, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi ke dua pasien mampu minum obat dengan bantuan dan pengawasan perawat tindakan strategi pelaksanaan kedua belum optimal, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tetap dipantau, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga halusinasi yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap.

Hari Rabu, 02 Maret 2022 pukul 13.30 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan ketiga yaitu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap, pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan bercakap-cakap dengan teman, namun bercakap-cakap hanya dilakukan sesekali karena pasien mengatakan tidak mengetahui topik yang akan dibicarakan, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak berbicara dan mengobrol dengan teman sekitar, namun pembicaraan sebentar pasien langsung diam karena tidak ada topik yang dibicarakan, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi ketiga pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan ketiga tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat halusinasi yaitu mencuci gelas dan menggelap meja.

Hari Kamis, 03 Maret 2022 pukul 13.30 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan halusinasi keempat yaitu melatih melakukan kegiatan

mencuci gelas dan mengelap meja, pasien mengatakan setelah diajarkan cara mencuci gelas dan mengelap meja pasien merasa senang dan tidak merasa bosan, dari data objektif yang ditemukan pasien tampak mencuci gelas dan mengelap meja setelah selesai makan, kegiatan ini dilakukan secara mandiri oleh pasien, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan halusinasi keempat pasien, pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan keempat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, dilanjutkan dengan evaluasi secara keseluruhan tindakan strategi pelaksanaan

d. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial

Evaluasi keperawatan pada diagnosa prioritas ke-empat yaitu Isolasi Sosial, strategi pelaksanaan pertama yaitu latihan bercakap-cakap dengan 1 orang perawat yang berada diruangan dilakukan pada hari Jumat, 04 Maret 2022 pukul 09.00 WIB, pasien mengatakan bersedia untuk berinteraksi dengan perawat ruangan, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak berinteraksi dengan baik, dari hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan isolasi sosial pertama pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan pertama, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua isolasi sosial yaitu latihan bercakap-cakap dengan 2 orang pasien.

Hari Jumat, 04 Maret 2022 pukul 13.30 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan Isolasi sosial kedua yaitu latihan bercakap-cakap dengan 2 orang pasien yang berada diruangan, pasien mengatakan bersedia untuk berinteraksi dengan 2 orang pasien diruangan, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak berinteraksi dengan baik, namun klien masih terlihat jarang berinteraksi jika tidak diminta perawat, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan isolasi sosial ke-dua pasien mampu

berinteraksi dengan 2 orang pasien, dan pengawasan perawat tindakan strategi pelaksanaan kedua belum optimal, sehingga pemberian strategi pelaksanaan kedua tetap dipantau, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan ketiga isolasi sosial yaitu latihan bercakap-cakap dengan 3 orang pasien.

Hari Sabtu, 05 Maret 2022 pukul 09.00 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan ketiga yaitu latihan bercakap-cakap dengan 3 orang pasien yang berada diruangan saat melakukan kegiatan, pasien mengatakan bersedia untuk berinteraksi dengan 3 orang pasien saat melakukan kegiatan menyiapkan makanan untuk pasien lainnya, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak berinteraksi dengan baik, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan isolasi sosial ketiga pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan ketiga, sehingga pemberian strategi pelaksanaan pertama tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan keempat isolasi sosial yaitu latihan bercakap-cakap dengan 4 orang pasien yang berada diruangan saat melakukan kegiatan.

Hari Sabtu, 05 Maret 2022 pukul 13.30 WIB, dilakukan evaluasi strategi pelaksanaan keempat yaitu latihan bercakap-cakap dengan 4 orang pasien yang berada diruangan saat melakukan kegiatan, pasien mengatakan bersedia untuk berinteraksi dengan 4 orang pasien saat melakukan kegiatan menyiapkan mencuci gelas dan mengepel lantai, pasien juga mengatakan senang mengikuti kegiatan karena banyak teman yang bisa diajak bicara, dari data objektif yang peneliti temukan pasien tampak berinteraksi dengan baik, hasil evaluasi data subjektif dan objektif yang peneliti temukan pada pasien terhadap penerapan strategi pelaksanaan isolasi sosial ke-empat pasien mampu melakukan secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan ke-empat, sehingga pemberian strategi pelaksanaan keempat tercapai, dilanjutkan dengan evaluasi secara keseluruhan tindakan strategi pelaksanaan.

6. Dokumentasi Keperawatan

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

B. Pembahasan Kasus

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada Tn. F dengan perilaku kekerasan diruangan Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang, maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang di peroleh saat penulis melakukan penelitian. Penulis juga akan membahas kesulitan yang ditemukan dalam memberikan asuhan keperawatan partisipan dengan perilaku kekerasan, dalam penyusunan penulis melakukan suatu proses diantaranya pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi dengan uraian dibawah ini:

1. Pengkajian Keperawatan

a. Keluhan Utama

Penelitian yang dilakukan pada Tn. F ditemukan data pasien dirawat karena alasan masuk pasien adalah gelisah ± sejak 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit, Tn. F sering ngamuk, marah tanpa sebab, merusak alat-alat rumah tangga, menggertak serta mengancam orang-orang, merasa dirinya paling benar, berbicara dan tertawa sendiri.

Keluhan utama yang ditemukan pada Tn. F sesuai dengan teori Dermawan (2013) yang menjelaskan bahwa pasien dengan perilaku kekerasan pada awalnya bisa melakukan tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Teori ini juga memaparkan bahwa tanda dan gejala pasien perilaku kekerasan adalah marah-marah, mengamuk, pandangan tajam, merusak barang dan mengancam secara verbal dan fisik.

Berdasarkan data yang didapatkan dari penelitian terhadap Tn. F bahwa ada keluhan utama yang merupakan bagian penting dalam mengetahui kondisi pasien, bagian ini berfungsi untuk mendeteksi apakah kondisi pasien dalam perilaku kekerasan atau tidak. Keluhan utama yang dialami oleh pasien diantaranya sering ngamuk, marah tanpa sebab, merusak alat-alat rumah tangga, membuang-buang barang, tidak ditemukan keluhan utama yang bersifat tindakan melukai

drinya sendiri, pasien lebih cenderung bertindak kekerasan kepada orang lain dan lingkungannya.

b. Faktor Predisposisi

Peneliti berpendapat bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa (perilaku kekerasan) pada klien Tn. F karena adanya faktor sosiokultural yaitu hubungan social yang terganggu disertai lingkungan social yang mengancam kebutuhan individu yang berpengaruh kepada sikap individu dalam mengekspresikan marah, seperti pasien menemukan hambatan dalam bermasyarakat yang mengakibatkan pasien tidak mampu membawa diri dalam masyarakat yang menyebabkan pasien hilang kendali atas dirinya dan mengamuk, serta riwayat gangguan jiwa dimasa lalu. Dari data yang di temukan tindakan pasien terjadi karena proses sosialisasi yang merupakan proses meniru dari lingkungan yang menggunakan perilaku kekerasan sebagai cara menyelesaikan masalah, serta budaya tertutup yang membalas secara diam-diam dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan diterima atau hal yang lumrah terjadi (Prabowo, 2014).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Kandar dan Iswanti di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah Tahun 2019 mengatakan bahwa ada 3 faktor predisposisi pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu: faktor genetik, faktor psikologis, faktor sosial budaya yang menyebabkan pasien mengalami perilaku kekerasan yaitu: pekerjaan, pernikahan. Ada 3 faktor presipitasi pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu: faktor genetik diantaranya putus obat sebagai pencetus pasien mengalami perilaku kekerasan. Faktor psikologis yaitu konsep diri sebagai pencetus pasien mengalami perilaku kekerasan. Faktor sosial budaya yaitu ketidakharmonisan lingkungan tempat tinggal membuat diri ingin marah dan berbicara dengan kasar.

Penelitian yang dilakukan pada partisipan Tn. F didapatkan faktor predisposisi (psikologis) yang memperberat terjadinya gangguan jiwa pada klien adalah kemampuan dalam menghadapi stress yang diterima partisipan tidak baik, seperti pasien menemui hambatan karena tidak adanya pekerjaan yang mengakibatkan pasien stress yang menyebabkan pasien kehilangan kendali atas dirinya dan mengamuk, serta riwayat gangguan jiwa dimasa lalu. Dari data yang di temukan tindakan pasien terjadi sebagai hasil akumulasi dari frustasi. Teori ini mengatakan bahwa pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustasi. Frustasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu menemui kegagalan atau terhambat (Kemenkes RI,2012)

Berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan pada partisipan Tn. F sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Fitria Nitta (2012) bahwa biasanya tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan perilaku kekerasan dapat berupa verbal dan fisik. Salah satu gejala positif dari skizofrenia adalah perilaku kekerasan, teori ini dipaparkan oleh Stuart dan Sundeen di dalam bukunya.

Berdasarkan data yang ditemukan pada Tn. F tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang peneliti temukan dilapangan. Peneliti menemukan bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan partisipan Tn. F mengalami gangguan jiwa adalah faktor sosiokultur dan faktor psikologis.

c. Status Mental

Status mental pada Tn. F diantaranya adalah penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian sebagaimana mestinya, rambut terlihat acak-acakan, dan kuku pendek. Pada saat dikaji Tn. F cukup kooperatif, mampu memulai pembicaraan, nada bicaranya keras dan cepat, apa yang ditanyakan jawabannya sesuai, namun sedikit berbelit-belit. Alam perasaan Tn. F adalah klien merasa sedih berada dirumah sakit dan ingin segera pulang bertemu dengan keluarganya. Interaksi selama

wawancara dengan Tn. F tatapan mata klien tajam dan sering beranggapan perawat tidak percaya dengan apa yang dirinya katakan, mudah tersinggung, tampak labil, namun cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan. Presepsi Tn. F mengatakan ketika dirinya baru dirawat ia pernah melihat bayangan hitam seakan-akan sedang mengawasinya. Proses pikir yang terjadi pada Tn. F saat berinteraksi yaitu bicaranya melompat dari satu topik ke topik yang lainnya dan terkadang suka berbelit-belit, tetapi tetap sampai langsung ke tujuan pembicaraan. Isi pikiran Tn. F adalah pasien takut dan gelisah tidak ada keluarga yang membesuknya.

Pada status mental terdapat afek pada Tn. F yaitu afek luas karena semua perasaan diekspresikan penuh. Afek adalah respons emosional saat sekarang, yang dapat dinilai lewat ekspresi wajah pembicaraan, sikap dan gerak gerik tubuhnya (bahasa tubuh). Afek adalah perilaku yang berhubungan dengan agresif, yang dapat dinilai dari ekspresi, wajah, pembicaraan, marah, permusuhan. mudah teransang dan berlebih-lebihan (Muhith, 2015).

Berdasarkan data yang ditemukan pada Tn. F tidak terdapat perbedaan antara teori dan praktek yang peneliti temukan dilapangan. Peneliti menemukan bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan pasien Tn. F gangguan jiwa adalah faktor biologis dan faktor psikologis.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pohon masalah pada pasien Tn. F yang diteliti perilaku kekerasan menjadi *core problem*, harga diri rendah, halusinasi dan isolasi sosial sebagai penyebab, dan resiko menciderai orang lain sebagai akibat. Hal ini tidak sesuai dengan teori menurut Nurhalimah (2016) pohon masalah pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai *core problem*, dan dan resiko menciderai diri sendiri atau orang lain sebagai akibat.

Sementara itu prioritas diagnosa keperawatan yang pertama yaitu perilaku kekerasan. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa

perilaku kekerasan pada Partisipan Tn. F yaitu dengan data objektif, subjektif, dan alasan masuk Rumah Sakit Jiwa seperti pasien merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan, berbicara kasar, pandangan tajam, dan mengancam secara verbal dan fisik. Pernyataan dan respon pasien tersebut sesuai dengan teori menurut Muhith (2015) tentang tanda dan gejala perilaku kekerasan.

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

Prioritas ketiga diagnosa keperawatan yang diambil pada Tn. F yaitu halusinasi. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa halusinasi yaitu data subjektif seperti satu minggu sebelum masuk RSJ pasien bicara dan tertawa sendiri, dan saat awal masuk ke RS klien melihat bayangan hitam. Data temuan peneliti pada diagnosa prioritas keempat sesuai dengan teori yang dikemukakan Prabowo (2014) bahwa masalah keperawatan yang mungkin muncul sebagai penyebab pada pasien dengan perilaku kekerasan salah satunya adalah gangguan persepsi sensori: halusinasi.

Prioritas ke-empat diagnosa keperawatan yang diambil pada Tn. F yaitu isolasi sosial. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa ini adalah data subjektif seperti pengakuan pasien dan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti bahwa Tn. F merasa sulit berkomunikasi dengan orang lain, Tn. F juga mengatakan dirinya jarang berinteraksi dengan teman-teman diruangan. Data temuan peneliti pada diagnosa prioritas keempat sesuai dengan teori yang dikemukakan (Nurhalimah, 2016) tanda dan gejala pada klien dengan diagnosa keperawatan isolasi sosial yaitu menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang lain, banyak diam,

mengisolasi diri, aktivitas menurun, kontak mata kurang, dan kurang sadar terhadap lingkungan sekitarnya.

Prioritas diagnosa keperawatan selanjutnya yang diambil pada Tn. F adalah resiko menciderai orang lain. Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa ini adalah berdasarkan pengakuan pasien dan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti. Pasien mengatakan bahwa dia merasa marah apabila perkataannya tidak didengarkan, pandangan pasien tajam, berbicara keras dan satu minggu sebelum masuk rumah sakit merusak alat-alat rumah tangga, mengancam orang lain.

Berdasarkan data yang ditemukan pada Tn. F dari hasil diagnosa yang peneliti dapatkan yaitu perilaku kekerasan sebagai inti permasalahan, harga diri rendah dan halusinasi sebagai penyebab, serta resiko menciderai orang lain sebagai akibat, hal ini dapat saja terjadi karena dalam pengkajian dan pengumpulandata tidak ditemukan data akibat dari perilaku kekerasan pada pasien adalah resiko bunuh diri, karena menurut peneliti pasien cenderung untuk ingin melukai orang lain, yang ditandai dengan pasien mengancam secara verbaldan memukul temannya sebelum masuk rumah sakit, maka ditemukan perbedaan antara hasil dilapangan dan teori yang ada.

3. Rencana Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi, dan isolasi sosial. Peneliti tidak melampirkan strategi pelaksanaan pada keluarga karena saat penelitian keluarga tidak pernah mengunjungi pasien.

Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada perilaku kekerasan terdiri dari empat yaitu, pada strategi pelaksanaan pertama pasien, membina hubungan saling percaya dan perawat menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik teknik nafas dalam dan pukul bantal, membantu pasien melatih cara mengontrol perilaku kekerasan. Strategi pelaksanaan kedua pasien, perawat melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat. Strategi pelaksanaan ketiga pasien, perawat melatih cara mengontrol

perilaku kekerasan dengan cara verbal: mengungkapkan, meminta, dan menolak dengan baik dan benar. Strategi pelaksanaan keempat pasien, perawat melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: beribadah, mengaji, berdzikir, berdoa.

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

Diagnosa keperawatan prioritas selanjutnya adalah halusinasi. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien terdiri dari empat, yaitu pertama perawat membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik halusinasi, kedua perawat melatih pasien minum obat secara teratur, ketiga perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap bersama orang lain, keempat perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal.

Diagnosa keperawatan prioritas selanjutnya adalah isolasi sosial. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien terdiri dari empat, yaitu pertama perawat membantu klien menyadari masalah isolasi sosial yang dihadapinya, membantu klien berinteraksi dan bercakap-cakap dengan satu orang, kedua perawat membantu klien berinteraksi dan bercakap-cakap dengan 2 orang, ketiga perawat melatih klien berinteraksi dan bercakap-cakap dengan 4-5 orang saat melakukan kegiatan, keempat perawat melatih klien berinteraksi dengan orang lain sambil melakukan kegiatan sehari-hari.

Penyusunan rencana keperawatan pada Tn. F telah sesuai dengan rencana teoritis. Muhith (2015), strategi pelaksanaan tetap disesuaikan kembali dengan kondisi pasien agar tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai. Penulis mengikuti langkah-langkah perencanaan yang telah disusun mulai dari menentukan prioritas masalah sampai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aprini Yulian Sari (2018) Di RSJ HB. Saanin padang di Ruang Merpati bahwa strategi pelaksanaan strategi pelaksanaan tetap disesuaikan berdasarkan teori namun harus disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu, agar tujuan awal dapat tercapai.

Berdasarkan perencanaan diatas peneliti berasumsi bahwa perencanaan yang telah disusun harus kembali disesuaikan dengan kondisi pasien saat itu, hal ini bertujuan untuk mengoptimalkan pemberian strategi pelaksanaan untuk mengontrol perilaku kekerasan. Dalam proses perencanaan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah dan perencanaan tindakan keperawatan. Peneliti berusaha memprioritaskan masalah sesuai dengan pohon masalah yang telah ada baik itu dari penyebab maupun akibat yang muncul.

4. Tindakan Keperawatan

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Hasil penelitian pada Tn. F dengan perilaku kekerasan terdapat beberapa tindakan keperawatan yang sudah dilakukan diantaranya: strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 perilaku kekerasan, strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 harga diri rendah, strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 halusinasi, strategi pelaksanaan 1 sampai dengan 4 isolasi sosial. Penulis hanya berfokus kepada masalah yang dialami pasien, karena tidak ada keluarga yang datang untuk membesuk pasien. Dalam pemberian tindakan keperawatan terdapat kesesuaian antarpelitian yang dilakukan oleh Mardiati (2018) di RSJ Gondohutomo Yogyakarta menyatakan bahwa pemberian strategi pelaksanaan dapat mencegah terjadinya kekambuhan pada perilaku kekerasan.

Dalam pemberian implementasi perawat juga memberikan reinforcement positif kepada pasien. Dengan itu pasien tampak lebih bersemangat dalam melakukan strategi pelaksanaan yang dilakukan. Reinforcement positif memiliki power atau kemampuan yang jika diberi secara berulang oleh pelaku tindakan tanpa adanya paksaan akan memberikan dampak positif (Ngadiran, 2010). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Faizah (2013) dimana reinforcement positif dapat memudahkan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan dapat memberikan memotivasi pada pasien.

Peneliti tidak menemukan kesulitan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap Partisipan Tn. F, pasien kooperatif dan mau bekerjasama dengan perawat dalam pelaksanaan tindakan.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan. Pada teori maupun kasus dalam membuat evaluasi disusun berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Dimana pada kasus penulis melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 16 kali pertemuan. Keempat masalah Tn. F dapat teratasi.

Perkembangan dari kondisi perilaku kekerasan pasien dari data ditemukan bahwa pasien tidak terlihat melakukan perilaku kekerasan.

Namun pasien mengatakan apabila rasa marah mulai dirasakan, pasien sudah dapat mengontrol hal tersebut dengan melakukan tindakan strategi pelaksanaan yang telah diajarkan. Perkembangan dari kondisi harga diri rendah yang dialami pasien menunjukkan perbaikan yang cukup signifikan, pasien tidak malas melakukan kegiatan sehari-hari yang bisa ia lakukan. Perkembangan dari kondisi halusinasi, pasien mengatakan tidak pernah lagi melihat bayangan, strategi pelaksanaan yang telah diajarkan seperti bercakap-cakap dan melakukan kegiatan dapat dilakukan pasien dengan mandiri. Perkembangan dari kondisi isolasi sosial yang dialami pasien

menunjukkan perbaikan yang cukup meningkat. Partisipan tidak malas berinteraksi dengan teman-temannya yang berada diruangan dan partisipan dapat melakukan kegiatan strategi pelaksanaan secara mandiri tanpa bantuan perawat atau orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian Wahyuni (2016), Setelah penerapan asuhan keperawatan terjadi peningkatan harga diri yang dapat dilihat dari berkurangnya respon maladaptif yang ditampilkan oleh pasien. Kondisi ini dapat dilihat khususnya dari respon psikologis pasien yaitu meningkatnya kemampuan pasien menghargai orang lain dan menunjukkan rasa cinta pada orang lain. Hambatan yang paling besar pada harga diri rendah ditemukan adalah kesulitan melaksanakan tindakan apabila pasien sudah merasa tidak termotivasi. Namun secara keseluruhan terlihat perubahan yang signifikan pada pasien. Perubahan yang ditampilkan oleh pasien menunjukkan bahwa pasien mampu beradaptasi dengan kondisi sakitnya, dengan tetap memanfaatkan kemampuan terbaik yang masih dimiliki.

Berdasarkan evaluasi diatas, evaluasi yang dilakukan pada Tn. F dari empat diagnosa keperawatan diantaranya, perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi dan isolasi sosial, mengalami kemajuan. Pasiendapat mengulangi kembali strategi pelaksanaan yang pernah diajarkan perawat. Kondisi ini dapat mengontrol kejadian perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi dan isolasi sosial yang ditemukan karena pasien dapat melakukan secara mandiri strategi pelaksanaan yang dilatih. Pasien kooperatif merupakan pendukung dalam melihat perkembangan pasien. Penulis dalam prakteknyatidak menemui adanya penghambat dan masalah dalam melakukan evaluasi keperawatan.

C. Kendala Penelitian

Kendala yang ditemukan peneliti selama proses penelitian adalah tidak terlaksananya tindakan strategi pelaksanaan pada keluarga karena selama dilakukan penelitian tidak ada keluarga yang mengunjungi pasien, dan jarak tempuh keluarga yang jauh dari tempat penelitian sehingga tidak

memungkinkan untuk dilakukan kunjungan, oleh karena itu peneliti memutuskan untuk tidak dilakukannya strategi pelaksanaan pada keluarga.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah peneliti melakukan asuhan keperawatan jiwa pada partisipan Tn. F di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Prof. HB. Saanin Padang tahun 2022, dengan perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pada 28 Februari 2022 sampai dengan 5 Maret 2022 maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian Keperawatan

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien Tn. F. ditemukan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan sebagai masalah utama, harga diri rendah, halusinasi, dan isolasi sosial sebagai penyebab, serta resiko menciderai orang lain sebagai akibat. Alasan diambilnya resiko menciderai orang lain adalah karena pasien cenderung untuk melampiaskan perilaku kekerasannya pada orang lain dan lingkungannya. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara teori dan kasus yang ditemukan, karena pada teori dijelaskan bahwa diagnosa yang muncul adalah perilaku kekerasan sebagai masalah utama, harga diri rendah, halusinasi dan isolasi sosial sebagai penyebab, dan resiko menciderai 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. F inti masalah yang ditemukan adalah perilaku kekerasan. Dapat

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

4. Implementasi Keperawatan

Tahap ini tindakan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan yang telah penulis susun pada asuhan keperawatan terlampir. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada Tn. F adalah diagnosa perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi dan isolasi sosial. Pada tahap pelaksanaan penulis menemukan masalah tidak terlaksananya strategi pelaksanaan kepada keluarga karena tidak adanya kunjungan keluarga kepada Tn. F selama peneliti berada diruangan Cendrawasih untuk melakukan penelitian. Penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan penelitian yang didapatkan dilapangan pada partisipan Tn. F.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi untuk semua masalah keperawatan sudah dapat teratasi. Hal ini dibuktikan dengan Tn. F mampu memahami dan melakukan latihan cara mengontrol Perilaku Kekerasan secara mandiri sesuai strategi pelaksanaan yang diajarkan, diharapkan pasien dapat menerapkan tindakan ini ketika kondisi perilaku kekerasan kambuh kembali. Peneliti juga berharap setelah penelitian ini selesai evaluasi dapat dilanjutkan oleh perawat pelaksanaan ruangan agar strategi pelaksanaan dapat menjadi optimal.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Agar dapat menambah wawasan dan pengalaman peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh di bangku perkuliahan khususnya pada klien dengan perilaku kekerasan

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

Kepada perawat ruangan diharapkan untuk lebih meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, terutama pada pasien perilaku kekerasan.

3. Bagi Klien

Klien diharapkan dapat mengikuti program terapi yang sudah direncanakan oleh dokter dan perawat agar dapat mempercepat proses penyembuhan pada klien khususnya klien dengan perilaku kekerasan.

4. Akademik/Institusi Pendidikan

Sebagai sumber bacaan atau referensi dalam kegiatan proses belajar mengajar dan bahan pustaka tentang asuhan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan perilaku kekerasan.

5. Pembuat Studi Kasus Berikutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menambahkan asuhan keperawatan strategi pelaksanaan keluarga pada pasien dengan perilaku kekerasan

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, A. P. (2014). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kebidanan dan Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Dermawan, D. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Goysen Publishing.
- Farida, K., & Yudi, H. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Harmianto Krid. (2017). Penerapan Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengendalian Marah Klien Dengan Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Proceedings of the 8th Biennial Conference of the International Academy of Commercial and Consumer Law, 1*(hal 140), 43.
<http://www.springer.com/series/15440%0Apapers://ae99785b-2213-416d-aa7e-3a12880cc9b9/Paper/p18311>
- Irman, V., Alwi, N. P., Patricia, H., & Manaf, N. (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Jiwa*. UNP Press.
- Irvanto, D., Surtiningrum, A., & Nurulita, U. (2013). *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Asertif Terhadap Perubahan Perilaku pada Pasien Perilaku Kekerasan*. 000.
- Kandar, & Iswanti, D. I. (2019). *Predisposition and Prestipitation Factors of Risk of Violent Behaviour*. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149–156.
<file:///C:/Users/lenovo/Downloads/226-Article Text-1292-1-10-20191202.pdf>
- Keliat, B. A., Akemat, Helena, N., & Nurhaeni, H. (2011). *Kesehatan Jiwa Komunitas*. EGC.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Modul Pelatihan Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

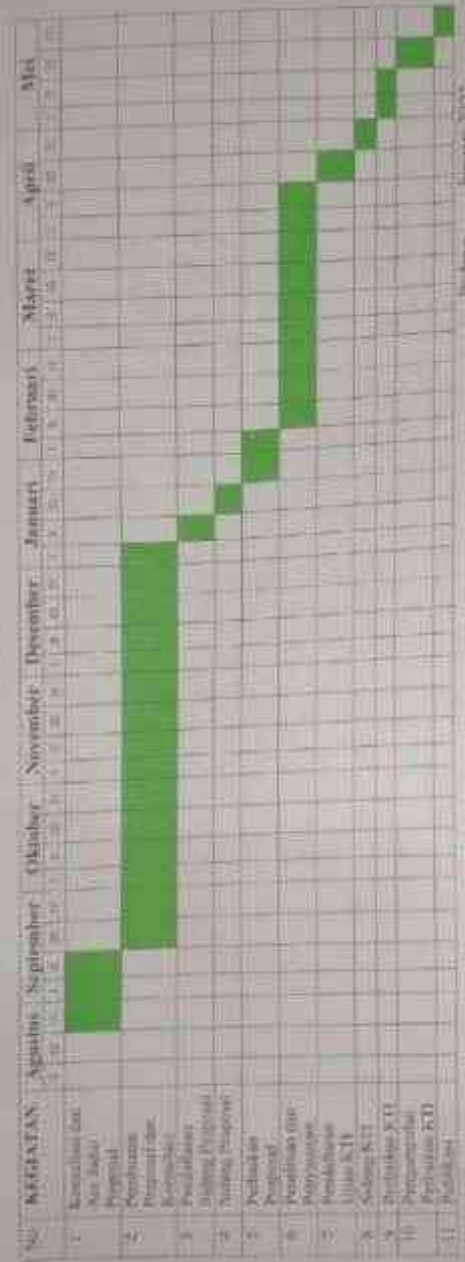
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018. In *Laporan Riskesdas Nasional 2018*.
- Lapau, B. (2013). *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
[https://books.google.co.id/books?id=zXMbDAAAQBAJ&pg=PA302&dq=metode+penelitian+pengolahan+data+editing+entri+data+coding&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwijms3CgIbyAhUd8HMBHfVBBUoQ6AEwAnoECAsQA#v=onepage&q=metode penelitian pengolahan data editing entri datacoding](https://books.google.co.id/books?id=zXMbDAAAQBAJ&pg=PA302&dq=metode+penelitian+pengolahan+data+editing+entri+data+coding&hl=jv&sa=X&ved=2ahUKEwijms3CgIbyAhUd8HMBHfVBBUoQ6AEwAnoECAsQA#v=onepage&q=metode%20penelitian%20pengolahan%20data%20editing%20entri%20data%20coding)
- Mardiati, S., Elita, V., & Sabrian, F. (2019). Pengaruh Terapi Psikoreligius: Membaca Al Fatihah Terhadap Skor Halusinasi Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ners Indonesia*, 9(1), 110. <https://doi.org/10.31258/jni.8.2.110-123>
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Penerbit Andi.
<https://books.google.co.id/books?id=Yp2ACwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- Ngadiran, A. (2010). *Studi fenomenologi pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi*.
https://scholar.google.co.id/citations?view_op=view_citation&hl=id&user=O4Ub3BQAAAAJ&citation_for_view=O4Ub3BQAAAAJ:Dip1O2bNi0gC
- Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Pusdik SDM Kesehatan.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- PPNI, T. P. S. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Prabowo, E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Nuamedika. Saanin, R. P. H. (2020). *Laporan Tahunan*.
- Safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/8ucph>

- Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). *LIPPINCOTT'S MANUAL OF Psychiatric Nursing Care Plans*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Pustaka Baru Press.
<https://onesearch.id/Record/IOS14887.slims-3498706#holdings>
- Swarjana, I. K. (2015). *Metodologi penelitian kesehatan (edisi revisi)* (B. Monica (ed.)). Penerbit Andi.
<https://books.google.co.id/books?id=DjrtCgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- Undang-undang No 18. (2014). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa (Law of the Republic of Indonesia No 18 Year 2014 on Mental Health)*. 185.
<http://ditjenpp.kemenumham.go.id/arsip/ln/2014/uu18-2014bt.pdf>
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010a). *Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing* (8th ed.). Saunders Elsevier.
- WHO. (2017). *World Health Organisation 2017*.
<https://www.who.int/home/search?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=schizophrenia&wordsMode=AllWords>
- Widianti, E., Keliat, B. A., & Wardhani, I. Y. (2017). Aplikasi Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia Dengan Harga Diri Rendah Kronis Di Rsmm Jawa Barat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 3(1), 83. <https://doi.org/10.17509/jpki.v3i1.7489>
- Wiratama, P. (2019). *Manfaat Evaluasi Dalam Asuhan Keperawatan*.
<https://doi.org/10.31227/osf.io/m4gy3>

- Wuryaningsih, Emi W, Dwi Heni, Iktiarini Erti, Deviantony, & Hadi Enggal. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. May, 194.
https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_1/PFnYDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Yosep, I. (2013). *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. PT Refika Aditama.
- Yulian Aprini, Sari (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Prilaku Kekerasan Di Ruang Merpati Rs. Jiwa*. Hb. Saanin Padang Tahun 2018
- Yusuf, & Dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.

Lampiran 1

ANALISIS KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN PERILAKU KEKERASAN
DI WISMA CENDRAWASIH REMAH SAKIT JIWA PROF. DR. SA'ANIN PADANG
TAHUN 2022



Pembimbing 1

Heri Sasmita, S.Sha, M. Kers, Sp. Jns
NIP. 19701020198500323002

Pembimbing 2

Na. Yessia Fadriyanti, S.Kem, M. Abstr
NIP. 1973012119990310027

Mahasiswa

Natasha Rifliha Hafid
NIM. 191110187

Lampiraan 2

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

Nama : Nahilla Rifidha Helmi
 NIM : 193110181
 Pembimbing I : Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB, Sa'anin Padang pada Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	Rabu 23/10/2021	Acc Judul	
2	Kamis 26/10/2021	Pemberian arahan untuk pembabak latar belakang	
3	Jumat 17/10/2021	Bimbingan BAB I - Data WHO, bintat, dan sumber	
4	Senin 23/10/2021	Bimbingan Revisi Bab I - Diskusi sumber referensi proposal KTI	
5	Senin 08/10/2021	Bimbingan Revisi Bab I - lanjut BAB II dan BAB III	
6	Rabu 15/11/2021	Bimbingan BAB II dan BAB III - bahas rumusan diagnosis dan provision	
7	Senin 22/11/2021	Pengumpulan BAB I, BAB II, BAB III dan bimbingan	
8	Jumat 24/11/2021	Bimbingan BAB I & BAB II - lengkapi data hasil survey awal	
9	Jumat 02/12/2021	Bimbingan Proposal KTI - hasil survey awal dan screening	
10	Rabu 12/01/2022	Acc sidang proposal	
11	Jumat 08/04/2022	Konsultasi BAB IV deskripsi kasus lanjut pembabakan	
12	Selasa 12/04/2022	Bimbingan BAB IV dan bab V	
13	Rabu/Senin 10/04/2022	Bimbingan BAB IV (revisi) dan diskusi data pengumpulan	
14	Kamis/Rabu 20/04/2022	Bimbingan BAB IV tentang diagnosis & pabakan masalah	
15	Jumat 23/04/2022	Acc sidang hasil.	

Catatan:

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

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



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

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI KARVA TULIS H.MIAH
 PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
 POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Nabilla Rifdu Helmi
 NIM : 193110181
 Pembimbing I : Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan
 Perilaku Kekerasan di Wina Cendrawasih Rumah Sakit
 Jiwa Prof. IHH Sa'amin Padang pada Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	Kamis 26/08/2021	ACC Judul, diskusi sumber buku	VB
2	Senin 29/08/2021	Konsultasi BAB I dan perbaikan literatur	VB
3	Senin 27/09/2021	kegiatan BAB II dan perbaikan BAB I	Y
4	Senin 09/11/2021	kegiatan BAB I, BAB III perbaikan BAB I	VB
5	Senin 15/11/2021	kegiatan BAB II, III dan perbaikan bab II	Y
6	Rabu 15/11/2021	Bimbingan Bab II dan BAB III diskusi rumusan diagram & penulisan	Y
7	Senin 22/12/2021	Konsultasi perbaikan BAB I, II dan BAB III	Y
8	Jumat 31/12/2021	kegiatan lampiran dan daftar pustaka	Y
9	Jumat 03/01/2022	kegiatan revisi BAB III	VB
10	Rabu 12/01/2022	kegiatan BAB I, BAB II, BAB III, daftar lampiran dan daftar pustaka, ACC seminar proposal	Y
11	Senin 18/01/2022	Konsultasi Bab IV dan Bab V - kegunaan lampiran	VB
12	Kamis 21/01/2022	acc ujian hasil KSL	VB
13			
14			
15			

Catatan:

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

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa
NIP. 19701020 199303 2 002

Lampiran 4.

	KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Telp. (0751) 7051306 Faks. (0751) 7051328 PADANG 25134 Email : pusdikkespadang@gmail.com Telp. Kantor Keperawatan (0751) 7051848	
Nomor	: PP.03.01/0819/D/ 2021	16 Desember 2021
Lamp	: -	
Pecihal	: <u>Izin Survey Data</u>	
 Kepada Yth. ; Direktur RSJ,HB, Samin 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. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (Nama Mahasiswa Tertampur) :		
Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan keredian Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.		
	  Dr. Nurhan Mushim, SKM, M.Si Nip. 1967021114986031002	

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN PADANG



Jl. Smpati Pertiwi Korpus Hamilani Telp (0751) 741100 Fax: (0751) 741101 Padang 25136

Lampiran :
Nomor : PP.03.01/ /2021
Tanggal : 16 Desember 2021

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Nasya Surya Anggrina	193110143	Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangguan Jiwa dengan Defisit Perawatan Diri Di RSI Prof.DR.HB.Sa'udin Padang
2	Nabilu Rizka Helmi	193110181	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan Di RSI Prof. HB Sa'udin Padang
3	Niqia Lidiatul Fitri	193110182	Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Skizofrenia dengan Halusinasi di RSI Prof. HB Sa'udin Padang
4	Saras Putri Wulandari	193110191	Asuhan Keperawatan Jiwa pada Pasien dengan Isolasi Sosial Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. HB Sa'udin Padang

Direktur Poltekkes KEMENTERIAN KESEHATAN RI Padang

Dr. Barhan Muliadi, SKM, M.Si
Nip. 09610143196031002

Lampiran 5

RS. JIWA PROF. HB. SAANIN PADANG
BIDANG DIKLAT DAN LITBANG

Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax (0751) 71179

Nomor : 070/489/DI-XII/2021 Padang, 27 Desember 2021
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Yth. Wadiv Pelayanan
RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
di
PADANG

Dengan hormat,

Menindak lanjut disposisi Direktur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Nomor 070/1049/DI-XII/2021 tanggal 22 Desember 2021 sesuai pokok surat di atas, maka kepada mahasiswa :

Nama : Nabilla Rfidha Helmi
NIM : 193110181
Program : D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Mohon diizinkan dan di bantu melakukan Izin Pengambilan Data Penelitian dalam rangka penulisan Tugas Akhir dengan judul:

Ambilan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang

Waktu Pengambilan Data : 27 Desember 2021 s/d 27 Maret 2022

Setelah yang bersangkutan selesai mengambil data diharapkan untuk melapor ke Bidang Diklat & Litbang.

Demikianlah, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Yth. Kepala Perawatan

→ Dikembalikan nanti atasan

[Signature]
ri-an

Kabid. Diklat & Litbang

[Signature]
Lenggeng, S. Sos, MM
NIP. 19670512 199103 2004

Tembusan :

1. Kepala Bidang Perawatan
2. Peringgal

Lampiran 6

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

Padang, 29 Desember 2021

Nomor : 441/320/PWT/XII-2021
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth
Kepala Ruangan _____

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya disposisi dari Wadir Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tanggal 27 Desember 2021 Tentang Izin Pengambilan Data dan Penelitian atas nama Nabila Rifdu Helmi NIM 193110101 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. Syarifrizal S. Ken
NIP. 196704031983031004

Lampiran 7

	<p style="text-align: center;">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN PADANG</p> <p style="text-align: center;"><small>JL. SEHANG PONDOK NOPS HANGKAI (1 TELK. (0751) 3921 390 FAX. (0751) 398428 PADANG 25146</small> <small>Website : http://www.poltekkes-pada.ac.id</small></p>	
Nomor : PP.03.01/50120/2022		21 Januari 2022
Perihal : <u>Izin Penelitian</u>		
Kepada Yth. : Direktur RSD Prof HB Saanin Padang Di Tempat		
Dengan hormat, Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan <i>Penelitian</i> di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :		
NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Nabila Rifdha Helmi / 193110181	Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.		
 Evinu Segriarta, S.K.M., M. Kes Nip. 19630018-19800-3-1-004		

Lampiran 8

RUMAH SAKIT JIWA PROF.HB.SAANIN PADANG
BIDANG DIKLAT DAN LITBANG

Jl. Kesehatan Utama Perum Depkes Padang

Phone : (0751) _____

Nomor : 070/132/DL-II/2022
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Padang, 24 Februari 2022

Yth. Kepala Bidang Keperawatan
RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
di:

PADANG

Dengan hormat,

Menindak lanjuti disoponi Direktur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Nomor 070/219/DL-II/2022 tanggal 17 Februari 2022 sesuai pokok surat di atas, maka kepada mahasiswa :

Nama : Nabilla Riddha Helmi
NIM : 193110181
Program : D 3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Mohon diizinkan dan di bantu untuk melaksanakan Penelitian dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul :

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

Penelitian : 24 Februari s/d 24 Mei 2022

Setelah yang bersangkutan selesai melakukan Penelitian diharapkan untuk melapor ke Bidang Diklat & Litbang.

Demikianlah, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Wakil Umum dan Keuangan



Ns. TAUFIK HIDAYAT, S.Kep
NIP. 19741123 199503 1 001

Tembusan:

1. Karu Terkait
2. Bertanggung

Lampiran 9.

BIDANG PERAWATAN RS.JIWA PROF. HB.SAANIN PADANG

Padang, 25 Februari 2022

Nomor : 441/50/ PWT /II -2022
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth
Kepala Ruang
Di

T e m p a t

Dengan hormat,

Sehubungan dengan adanya disposisi Wadir Umum dan Keuangan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang tanggal 24 Februari 2022 Tentang Izin Pengambilan Data dan Penelitian atas nama Nabilla Rfidha Helni NIM 193110181 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



Na. Syarifah S.Kep

NIP. 19670303 198603 1004

Lampiran 10

INFORMED CONCENT (Lembar Persetujuan Responden)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tn. F
Umur : 27 Tahun
Alamat : Pulau Jorong V Sungai Jering, Lubuk Basung, Agam.

Setelah mendengar penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian :

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia dengan perilaku Kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
Oleh : Nabilla Rifilia Helmi
NIM : 193110181
Status : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Padang
Instansi : Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang

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

Mengetahui,
Perawat

Padang, 2022
Responden



()



()

RUMAH SAKIT JIWA PROFILHSAANIN PADANG
BIDANG DIKLAT DAN LITBANG

Jl. Kesehatan Utama, Perum Depkes, Padang

Phone : (0751) _____

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : MARICA FEBRIA HILMI

Institusi : POLITEKNIK SEMBAK-PIC PADANG

No.	Hari / Tanggal	Instansi / Ruangan	Tid / Nama Jelas	Ket
1	Senin, 20 Februari 2022			
2	Selasa, 01 Maret 2022			
3	Rabu, 02 Maret 2022			
4	Kamis, 03 Maret 2022			
5	Jumat, 04 Maret 2022			
6	Sabtu, 05 Maret 2022			

Padang, _____
 Ka. Instalasi / Ka. Ruangan



Lampiran 12

**FORMAT PENILAIAN TANDA DAN GEJALA PERILAKU
KEKERASAN**

No	Pertanyaan	Dilakukan	
		Ya	Tidak
SUBJEKTIF			
1.	Apakah pasien pernah mengancam orang?		
2.	Apakah pasien sering mengumpat dengan kata-kata kasar?		
3.	Apakah pasien sering berbicara dengan suara yang keras?		
4.	Apakah pasien sering berbicara ketus?		
OBJEKTIF			
1.	Apakah pasien menyerung orang lain?		
2.	Apakah pasien melukai diri sendiri/orang lain?		
3.	Apakah pasien merusak lingkungan?		
4.	Apakah pasien berperilaku agresif/amuk?		
5.	Apakah mata pasien melotot/pandangan tajam?		
6.	Apakah tangan pasien mengepal?		
7.	Apakah rahang pasien mengatup?		
8.	Apakah wajah pasien memerah?		
9.	Apakah postur tubuh pasien kaku?		

Keterangan: Jika tanda/gejala mayor ditemukan sekitar 80%-100% maka bisa menegakkan suatu diagnose yaitu perilaku kekerasan.

Lampiran 13

PENGAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

1. Pengkajian

Ruang Rawat: Cendrawasih

Tanggal Dirawat: 22 Februari 2022

a. Identitas Klien

Inisial Klien : Tn. F
Umur : 27 Tahun
No. Rekam Medik : 04-42-49
Tanggal Pengkajian : Senin, 28 Februari 2022
Informan : Klien, Perawat ruangan, dan *Medical Record*
Alamat Klien : Pulau Jorong V Sungai Jaring, Lubuk Basung, Agam

b. Alasan Masuk

Klien Tn. F masuk rumah sakit jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang diantar oleh keluarga pada tanggal 22 Februari 2022 jam 14.10 WIB melalui IGD. Tn. F masuk rumah sakit jiwa dikarenakan gelisah \pm sejak 1 minggu yang lalu, sering ngamuk, marah tanpa sebab, merusak alat-alat rumah tangga, menggertak serta mengancam membunuh orang lain, berbicara dan tertawa sendiri.

c. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Februari 2022 pukul 09.30 WIB, Tn. F mengeluh bingung ingin melakukan kegiatan apa diruangan, klien merasa kesal apabila ada keributan selama diruangan, klien mengatakan jarang berinteraksi dengan teman-teman diruangan karena klien marah apabila perkataannya tidak didengarkan dan teman-teman diruangan seperti takut berinteraksi dengannya, klien mengatakan lebih senang berbicara dengan perawat atau dokter ruangan. Klien sesekali terlihat berbicara sendiri.

d. Faktor Predisposisi

1) Gangguan Jiwa di Masa Lalu

Klien mengalami gangguan jiwa sejak 2 tahun yang lalu yaitu pada tahun 2020 dengan tanda dan gejala berbicara kasar, mengancam, membuang barang, merusak barang, berbicara dan tertawa sendiri. Klien selama ini melakukan rawat jalan di rumah sakit HB. Saanin Padang dan melakukan kontrol di Puskesmas setempat.

2) Pengobatan Sebelumnya

Klien sebelumnya menjalani pengobatan rawat jalan di RSJ HB. Saanin Padang dan Puskesmas setempat. Klien selama dua tahun terakhir sangat teratur minum obat dan rutin kontrol di awasi oleh keluarga, namun beberapa bulan sebelum kambuh klien putus obat.

3) Trauma

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

a) Aniaya Fisik

Klien mengatakan beberapa hari sebelum masuk RSJ Prof. HB. Saanin, klien pernah menjadi pelaku aniaya fisik dengan cara memukul temannya karena emosi korban tidak memberikan uang sumbangan yang sedang klien minta, dan klien mengatakan korban juga sering kali mengejek dirinya sehingga klien menjadi emosi.

b) Aniaya Seksual

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban ataupun saksi aniaya seksual sebelumnya.

c) Penolakan

Klien mengatakan sering menjadi korban penolakan ketika sedang meminta sumbangan untuk acara di masyarakat dan lingkungannya.

d) Kekerasan dalam rumah tangga

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban ataupun saksi kekerasan dalam rumah tangga.

e) Tindakan Kriminal

Klien mengatakan tidak pernah menjadi pelaku, korban, ataupun saksi dari tindakan kriminal sebelumnya.

4) Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti klien.

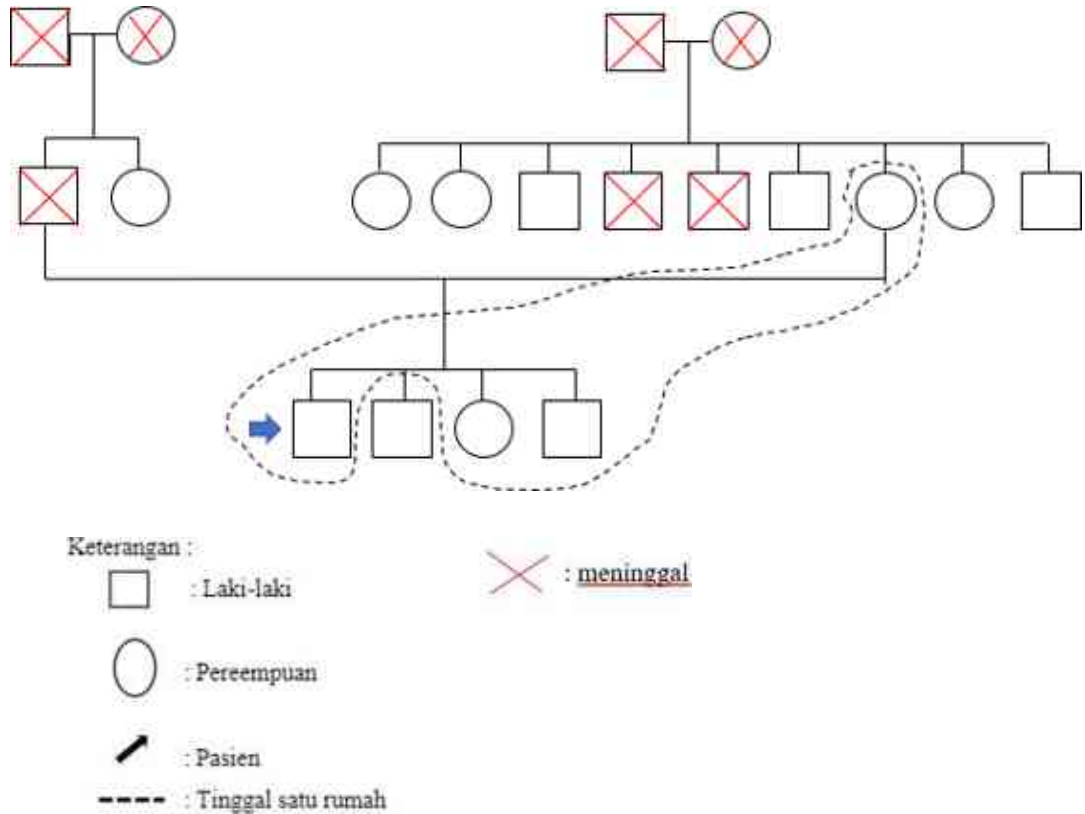
5) Pengalaman Masa Lalu yang Tidak Menyenangkan

Klien mengatakan masa lalu yang tidak menyenangkan baginya yaitu ketika dibawa ke RSJ Prof. HB Saanin saat pertama kali. Hal itu menyebabkan klien sering menerima penolakan dan merasa diasingkan oleh lingkungan masyarakat.

e. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn. F didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 113/87 mmHg, nadi 87 x/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,7 °C. Hasil pengukuran tinggi badan didapatkan 164 cm, berat badan 68 kg. dan IMT (Indeks Masa Tubuh) Tn. F yaitu 25,28 kg/m². Selanjutnya untuk keluhan fisik Tn. F mengatakan kadang-kadang merasa sakit kepala.

f. Psikososial
1) Genogram



Klien Tn. F (27 tahun) merupakan anak pertama dari empat orang bersaudara. Ayah klien meninggal saat klien masih duduk di bangku SMP, ibu klien masih hidup. Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain klien. Pasien menjalani komunikasi yang baik dengan keluarga dan dalam pengambilan keputusan saat ini adalah ibu klien. Sejak kecil kedua orang tua klien memberikan kebebasan pada klien dalam bergaul.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh

Klien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya.

b) Identitas Diri

Klien senang dilahirkan sebagai seorang laki-laki, namun klien belum puas menjadi seorang laki-laki karena belum mendapatkan pekerjaan dan penghasilan.

c) Peran Diri

Klien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena klien tidak mampu membuat orang tuanya merasa bangga sebab dirinya belum mempunyai pekerjaan.

d) Ideal Diri

Klien ingin segera sembuh dan pulang agar bisa membantu ibunya, dan klien berharap bisa memulai kehidupan barunya. Cita-cita yang pernah diimpikan Tn. F yaitu ingin menjadi anggota Satuan Polisi Pamong Praja (Satpol PP). akan tetapi karena kondisi klien, cita-cita tersebut tidak dapat diwujudkan.

e) Harga diri

Klien merasa sedih dan marah ketika dirinya dibawa ke RSJ, Klien merasa keluarga tidak peduli dan tidak menyayangi klien.

3)

Hubungan Sosial

a) Orang Terdekat

Klien mengatakan orang yang terdekat baginya adalah ibunya.

b) Peran Serta Dalam Kegiatan Kelompok/ Masyarakat

Klien mengatakan sebelum dirinya dibawa ke RSJ, klien selalu ikut serta dalam kegiatan masyarakat seperti membantu mengumpulkan dana ketika ada acara dikampungnya dan aktif ikut gotong royong di lingkungan sekitar rumah.

c) Hambatan Dalam Berhubungan Dengan Orang lain

Klien mengatakan karena sering mengamuk dan marah orang-orang disekitar menjadi takut untuk berinteraksi dengannya. Sehingga klien sangat sulit untuk berhubungan dengan orang lain.

4) **Spiritual**

a) Nilai dan Keyakinan

Klien beragama Islam dan meyakini adanya Allah SWT, dan klien mengatakan penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Allah dan akan segera disembuhkan oleh Allah SWT dari sakitnya.

b) Kegiatan Ibadah

Klien mengatakan sebelum ia dirawat di RSJ Prof. HB. Saanin Padang ia selalu shalat Maghrib dan Isya berjamaah di masjid, tetapi selama di rawat di RSJ, klien mengatakan ia jarang shalat karena sering ngantuk.

g.

Status Mental

1) **Penampilan**

Penampilan klien Tn. F tampak kurang rapi, penggunaan baju sesuai dengan cara berpakaian sebagaimana mestinya, rambut klien terlihat acak-acakan, dan kuku pendek.

2) **Pembicaraan**

Klien Tn. F saat dikaji cukup kooperatif, mampu memulai pembicaraan, nada bicaranya keras dan cepat, apa yang ditanyakan jawabannya sesuai, namun sedikit berbelit-belit.

3) Aktivitas Motorik

Klien Tn. F melakukan aktivitas mandiri seperti mandi, makan dan beribadah. Klien masih tampak gelisah, bingung sering mondar-mandir, dan pandangan kosong.

4) Alam Perasaan

Klien merasa sedih berada dirumah sakit dan ingin segera pulang bertemu dengan keluarganya.

5) Afek

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

6) Interaksi Selama Wawancara

Saat berinteraksi tatapan mata klien tajam dan sering beranggapan perawat tidak percaya dengan apa yang dirinya katakan, mudah tersinggung, tampak labil, namun cukup kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan.

7) Persepsi

Klien mengatakan ketika ia baru dirawat, dirinya sering melihat bayangan hitam seakan-akan sedang mengawasinya.

8) Proses Pikir

Klien Tn. F saat berinteraksi bicaranya melompat dari satu topik ke topik yang lainnya dan terkadang suka berbelit-belit, tetapi tetap sampai langsung ke tujuan pembicaraan.

9) Isi Pikiran

Isi pikiran Tn. F adalah Tn. F takut dan gelisah ketika tidak ada keluarga yang membesuknya.

10) Tingkat Kesadaran

Klien Tn. F tampak bingung, namun ia mengetahui dimana ia berada saat sekarang ini.

11) Memori

Klien tidak memiliki masalah dalam hal ingatan baik itu ingatan jangka pendek maupun ingatan jangka panjang.

12) Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

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

13) Kemampuan Penilaian

Klien mampu melakukan penilaian yang sederhana seperti cuci tangan dahulu sebelum makan.

14) Daya Tilik Diri

Klien menerima dan mengakui penyakitnya dan tidak menyalahkan siapapun atas penyakit yang dideritanya.

h. Kebutuhan Persiapan Klien Pulang

1) Makan

Klien selama dirawat makan 3 kali dalam sehari yaitu pada pukul 07.00, pukul 12.00 dan pukul 18.00 WIB.

2) BAB/ BAK

Klien BAB 1 Kali sehari dan BAK lebih kurang 5 kali dalam sehari

3) Mandi

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

4) Berpakaian/ Berhiasan

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

5) Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sesekali tidak mau tidur pada malam hari.

6) Penggunaan Obat

Klien minum obat 3 kali sehari dibawah pengawasan perawat

7) Pemeliharaan Kesehatan

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

8) Kegiatan di Dalam Rumah

Klien mengatakan ia sesekali membantu ibunya dalam menyelesaikan kegiatan rumah seperti, menyapu dan mencabut rumput di halaman rumah.

9) Kegiatan/ Aktivitas di Luar Rumah

Klien mengatakan kegiatannya di luar rumah yaitu pergi memancing ikan.

i. Mekanisme Koping

1) Koping Adaptif

Klien mampu berkomunikasi dengan orang lain namun klien terlihat jarang melakukannya.

2) Koping Maladaptif

Klien memiliki mekanisme koping yang maladaptif, karena ketika klien diganggu oleh saudaranya reaksi yang dilakukan klien sangat berlebihan, emosi yang berlebihan dengan mengamuk.

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

1) Masalah dengan kelompok

Klien mengatakan orang-orang disekitar lingkungannya takut berinteraksi dengannya.

2) Masalah berhubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan hanya bergaul dengan orang yang dikenalnya saja.

3) Masalah dengan Pendidikan

Klien tidak ada masalah dengan Pendidikan

4) Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan ia tidak bekerja, oleh karena itu klien sering merasa bingung dan stress.

5) Masalah dengan perumahan

Klien tidak ada masalah dengan perumahan. Klien tinggal bersama ibu dan saudaranya.

6) Masalah ekonomi

Klien mengatakan mengatakan tidak ada masalah dengan ekonomi, semua kebutuhan klien dipenuhi oleh ibu dan adik klien.

7) Masalah dengan pelayanan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada masalah dengan pelayanan kesehatan.

k. Pengetahuan

Klien menyadari akan penyakit yang dideritanya klien tidak mengetahui kegunaan obat yang didapatkannya dan tidak mengetahui nama obat yang dikonsumsi. Klien hanya berharap proses penyembuhan pada dirinya.

l. Aspek Medik

Klien di diagnosa dengan skizofrenia. Skizofrenia memiliki karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Salah satu gejala positif skizofrenia adalah perilaku kekerasan, pada kasus ini ditemukan gejala tersebut pada Tn. F. Terapi medis yang didapatkan Tn. F adalah Risperidon 2x2mg, Lorazepam 1x2mg, Trihexyphenidil 3x2mg.

2. Analisa Data

No	Data	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan sering mengamuk apabila tidak ada pekerjaan yang bisa dilakukan- Klien mengatakan marah ketika keinginan tidak dipenuhi dengan mengancam keluarga- Klien mengatakan ketika marah sering melempar alat-alat rumah tangga- Klien merasa kesal bila perkataannya tidak didengarkan- Klien mengatakan ia merasa kesal apabila ada keributan selama diruangan- Klien mengatakan ia pernah memukul temannya karena tidak diberi uang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- nada bicara klien cepat dan keras	<p>Perilaku Kekerasan</p>

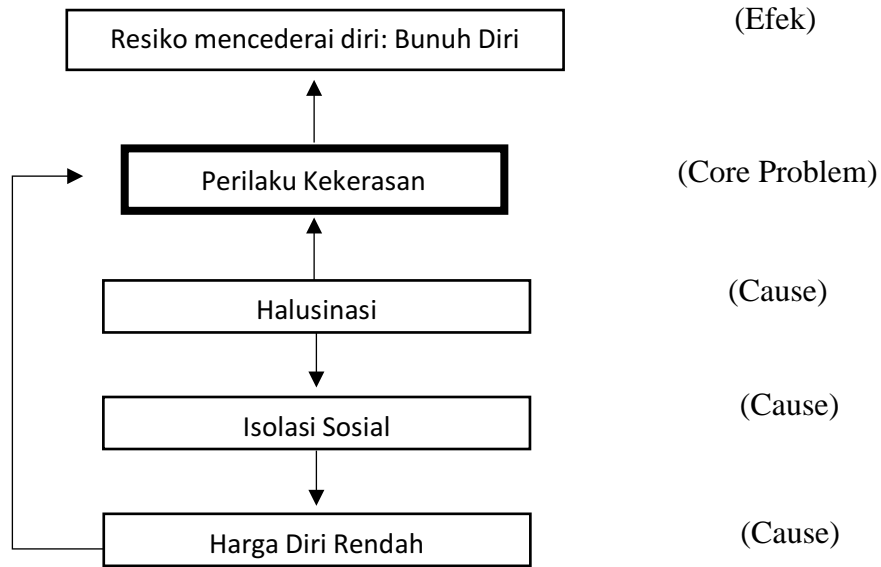
	<ul style="list-style-type: none"> - pandangan mata Klien tajam, mudah tersinggung - Klien tampak jalan mondar-mandir - Klien tampak bingung - Klien merusak barang-barang dirumahnya - Klien memukul temannya karena tidak diberi uang 	
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan belum puas menjadi seorang laki-laki karena belum mendapatkan pekerjaan dan penghasilan. - Klien mengatakan tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena klien tidak mampu membuat orang tuanya merasa bangga sebab dirinya belum mempunyai pekerjaan. - Klien mengatakan lebih senang sendiri - Klien mengatakan merasa malu dirawat di RSJ dan merasa akan diejek oleh orang-orang disekitarnya. - Klien mengatakan sejak dirinya sakit, Tn. F merasa dikucilkan tetangga. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien lebih sering sendiri - Klien tampak jarang berkomunikasi dengan Klien lainnya. - Kontak mata Klien kurang 	Harga Diri Rendah
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ia pernah memukul temannya karena tidak diberi uang - Klien mengatakan ketika marah sering melempar alat-alat rumah tangga - Klien pernah mengancam membunuh orang lain <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ia pernah memukul temannya karena tidak diberi uang - Klien mengatakan ketika marah sering melempar alat-alat rumah tangga - Pandangan Klien tajam terhadap orang sekitarnya 	Resiko Mencederai Orang Lain
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dirinya sulit berkomunikasi dengan orang lain 	Isolasi Sosial

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan teman-teman yang satu ruangan dengannya. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu berkomunikasi dengan orang lain namun klien terlihat jarang melakukannya. 	
5	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pernah melihat bayangan hitam seakan-akan sedang mengawasinya ketika ia sedang sendiri <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering jalan mondar mandir dan pandangan kosong - Seseekali klien terlihat berbicara dan tertawa sendiri - Pandangan klien mudah teralihkan 	<p>Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi</p>

a. Daftar Masalah

- 1) Perilaku kekerasan
- 2) Pengobatan tidak efektif
- 3) Harga diri rendah
- 4) Gangguan proses pikir
- 5) Isolasi Sosial
- 6) Distress spiritual
- 7) Gangguan Persepsi Sensori: Halusinasi
- 8) Ketidakefektifan coping individu
- 9) Kurang pengetahuan

3. Diagnosa Keperawatan



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

4. Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA	PERENCANAAN		
	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Perilaku Kekerasan	Pasien mampu: 1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan tanda-tanda perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya 2. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah mengontrol perilaku kekerasannya 3. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka	Setelah... pertemuan pasien: a. Dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, jenis perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan akibat perilaku kekerasan b. Dapat menyebutkan cara mencegah, mengontrol perilaku kekerasan dan akibat perilaku kekerasan	SP 1 Pasien 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan: a. Mengucap salam terapeutik b. Berjabat tangan c. Menjelaskan tujuan interaksi d. Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien 2. Identifikasi a. Penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan b. Perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya c. Serta cara mengontrol secara fisik: • Tarik nafas dalam. • Pukul kasur atau bantal d. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien

		<p>Setelah... Pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara patuh minum obat 	<p>SP 2 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1) Beri pujian 2. Latih dan ajarkan pasien minum obat secara teratur deng prinsip 6 (enam) benar (Jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, dan kontinuitas minum obat) Jelaskan manfaat/ keuntungan minum obat dan kerugian tidak minum obat 3. Susun jadwal minum obat secara teratur dan masukkan dalam jadwal harian pasien
		<p>Setelah... Pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan b. Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara social/verbal 	<p>SP 3 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP I & SP 2). Beri pujian 2. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: <ol style="list-style-type: none"> a. Menolak dengan baik b. Meminta dengan baik c. Mengungkapkan perasaan dengan baik
		<p>Setelah ... pertemuan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan 	<p>SP 4 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1, SP 2 & SP 3) Beri pujian 2. Latih mengontrol PK dengan cara spiritual (Shalat, berdo'a, dzikir, wudhu')

		b. Mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual	3. Susun jadwal latihan shalat/berdoa dan masukkan dalam jadwal kegiatan pasien
HARGA DIRI RENDAH	<p>Tujuan Umum: Pasien memiliki konsep diri yang positif</p> <p>Tujuan Khusus:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien dapat membina hubungan saling percaya Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimilikinya Pasien dapat menilai kemampuan yang digunakannya Pasien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatann sesuai dengan kemampuan yang dimiliki Pasien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit dan kemampuannya 	<p>Setelah ... pertemuan pasien:</p> <p>Pasien mampu meningkatkan harga diri dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengkaji kemampuan yang dimiliki pasien, membantu pasien memilih beberapa kegiatan yang dapat dilakukannya serta melatih kegiatan pertama Memilih kegiatan kedua, latih kegiatan kedua. Membantu pasien memilih kegiatan ketiga, latih kegiatan ketiga Membantu pasien memilih kegiatan keempat, latih kegiatan keempat. 	<p>SP 1 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pandangan/ penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif paasien (buat daftar kegiatan) Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan mana kegiatan yang dapat dilaksanakan) Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya)

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

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan tiga kegiatan
			<p>SP 4 Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah 2. Validasi Kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian 3. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga 4. Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih 5. Latih kegiatan keempat (alat dan cara) 6. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan empat kegiatan
<p>GANGGUAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI</p>	<p>TUM: Klien dapat mengontrol atau mengendalikan halusinasi yang dialaminya. SP 1 : melatih cara menghardik</p>	<p>Setelah dilakukan 1 x interaksi, klien menunjukkan tanda percaya pada perawat : klien bisa menyebutkan isi, waktu, frekuensi, situasi kondisi, yang menimbulkan halusinasinya.</p>	<p>SP 1 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi halusinasi : isi, frekuensi waktu terjadi, situasi, pencetus perasan respon. 2. Jelaskan cara mengontrol halusinasi : hardik, obat, bercakap cakap, dan melakukan kegiatan. 3. Latih cara mengontrol halu dengan menghardik 4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan hardik.

	SP 2 : Melatih cara minum obat yang benar (dengan prinsip 6 benar)	Setelah 1 x interaksi klien bisa mengerti cara minum obat dengan prinsip 6 benar	SP 2 Pasien : <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan menghardik beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik dan minum obat
	SP 3 : Melatih cara bercakap-cakap	Setelah 1x interaksi klien menyebutkan cara baru untuk mengontrol halusinasinya yaitu dengan bercakap-cakap	SP 3 Pasien : <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan obat, beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap
	SP 4 : Melatih cara melakukan aktivitas terjadwal	Setelah 1 x interaksi klien menyebutkan tindakan yang biasa dilakukannya untuk mengontrol halusinasi.	SP 4 Pasien: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, cakap cakap dan beri pujian 2. Latih cara mengontrol halu dengan melakukan kegiatan sehari hari 3. Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik, obat, cakap cakap dan melakukan aktivitas.

<p>ISOLASI SOSIAL</p>	<p>TUM : klien dapat berinteraksi dengan orang lain.</p> <p>SP 1 : Mengetahui masalah isolasi sosial dan menjelaskan keuntungan memiliki teman dan kerugian tidak memiliki teman, melatih klien cara berkenalan</p>	<p>Setelah 1x interaksi klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan sosial misalnya ; banyak teman, tidak kesepian, tidak sendiri, dan bisa berdiskusi</p>	<p>SP 1 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial, siapa yang serumah, siapa yang dekat/tidak dekat, dan apa sebabnya 2. Keuntungan punya teman dan bercakap 3. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap 4. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan
	<p>SP 2 : Menjelaskan dan melatih klien cara berkenalan 2-3 orang atau lebih</p>	<p>Setelah 1x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan perawat, klien lain, dan kelompok</p>	<p>SP 2 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang) dan beri pujian 2. Latih berbicara saat melakukan kegiatan harian 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, berbicara saat melakukan kegiatan harian

	<p>SP 3 : Melatih cara bercakap-cakap saat melakukan kegiatan sehari-hari</p>	<p>Setelah 1x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial</p>	<p>SP 3 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan 2 kegiatan harian dan beri pujian 2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan 3. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian
	<p>SP 4 : Melatih klien cara berbicara sosial, meminta sesuatu, berbelanja, dll</p>	<p>Setelah 1x interaksi klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap dengan orang lain, kelompok, perawat, dan klien lain</p>	<p>SP 4 Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan 4 kegiatan harian, beri pujian 2. Latih cara bicara, sosial, meminta sesuatu, menjawab pertanyaan 3. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan lebih dari 5 orang, orang baru, berbicara saat melakukan kegiatan harian

5. Implementasi dan evaluasi

HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN	TANDA TANGAN
Senin 28 Februari 2022 Pukul 09.00 WIB	Perilaku Kekerasan	<p>SP 1 Pasien : pengkajian dan latihan napas dalam dan memukul bantal</p> <p>a. Membina hubungan saling percaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengucapkan salam setiap berinteraksi dengan pasien 2) Perkenalkan diri : nama, nama panggilan yang perawat sukai, serta tanyakan namadan nama panggilan yang disukai pasien 3) Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan dengan menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini 4) Buat kontrak asuhan: apa yang perawat akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan dan tempatnya dimana 5) Jelaskan bahwa perawat akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan marah ketika keinginan tidak terpenuhi, ketika marah akan mengepalkan tangan dan mengatupkan rahang - pasien mengatakan ketika marah akan membanting barang- barang disekitar pasien, dan akibat dari marah pasien dibawa kembali RSJ <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien menatap dengan tatapan tajam, mudah tersinggung - mengatup rahang dengan kuat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - marah masih ada, SP 1 tercapai pasien mampu membina hubungan saling percaya 	

		<p>6) Tunjukkan sikap empati, gunakan pendekatan yang tenang dan tidak menghukum pada saat menghadapi perilaku menyakiti diri</p> <p>7) Penuhi kebutuhan dasar pasien dengan membatasi akses terhadap situasi yang membuat frustrasi sampai pasien dapat mengekspresikan kemarahan dengan cara adaptif</p> <p>b. Diskusikan bersama pasien penyebab rasa marah yang menyebabkan perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu, bantu pasien mengidentifikasi sumber dari kemarahan serta tanda dan gejala marah</p> <p>c. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>d. Diskusikan akibat dari perilaku kekerasan</p> <p>e. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan: fisik, obat, verbal dan spiritual.</p> <p>f. Latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal dengan mengatur pengalaman emosi yang sangat kuat yaitu relaksasi.</p>	<p>- pasien dapat memperagakan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan SP 2 perilaku kekerasan, evaluasi kegiatan SP 1</p>	
--	--	--	--	--

		g. Beri pujian dan masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik		
Selasa, 01 Maret 2022 Pukul 09.00 WIB		<p>SP 2 pasien: latih patuh minum obat</p> <p>a. Evaluasi tanda marah dan kemampuan melakukan latihan fisik dan beri pujian</p> <p>b. latihcara mengontrol prilaku kekerasan dengan obat</p> <p>c. jelaskan 6 benar: benar nama, benar jenis, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontinuitas minum obat dan dampak jika tidak kontinu minum obat.</p> <p>d. masukkan pada jadwa kegiatan latihan fisik dan minum obat</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih mudah marah dan kadang pasien lupa mengontrol dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal - pasien mengetahui obat yang didapatkannya : respiridon dan THP <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak jalan mondar - mandir, pasien bisa menyebutkan obatnya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perilaku kekerasan masih ada,SP 2 optimalkan <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan SP 3, evaluasi kegiatan SP 1 dan 2 	

<p>Rabu, 02 Maret 2022</p> <p>Pukul 09.00 WIB</p>		<p>SP 3 pasien: latiah cara sosial atau verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kemampuan melakukan latihan fisik dan minum obat, beri pujian Bantu dalam mengembangkan metode yang tepat untuk mengekspresikan kemarahan pada orang lain misanya asertif dan menggunakan pernyataan mengungkapkan perasaan latih cara mengontrol prilaku kekerasan secara verbal (tiga cara yaitu: mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar) masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik minum obat, dan verbal. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan akan melakukan cara mengontrol marah dengan meminta dan menolak dengan baik <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak mempraktekan cara meminta dengan baik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marah masih ada, SP 3 belum optimal <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan SP 4, evaluasi kegiatan SP 1, 2 dan 3 	
<p>Kamis, 03 Maret 2022</p> <p>Pukul 09.00 WIB</p>		<p>SP 4 pasien: latihan cara spiritual</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kemampuan melakukan latihan fisik, minum obat, verbal dan beri beri pujian latih mengontrol marah dengan cara spiritual masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik minum obat, verbal dan spiritual. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah mulai berinteraksi dengan pasien lain namun pasien mudah tersinggung dengan pertanyaan pasien lain. - Pasien mengatakan akan memulai beribadah lagi. 	

			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak sudah tenang tidak mondar-mandir lagi, dan berbicara dengan orang lain. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gejala marah masih ada <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan SP 4 dan evaluasi kegiatan SP 1 2 dan 3 <p>Strategi pelaksanakan mengontrol perilaku kekerasan perlu di ulang berkali-kali agar mencapai hasil yang optimal</p>	
<p>Senin, 28 Februari 2022</p> <p>Pukul 11.00 WIB</p>	Harga Diri Rendah	<p>SP 1 Pasien : Pengkajian dan latihan kegiatan pertama</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi pandangan/ penilaian pasien tentang diri sendiri dan pengaruhnya terhadap hubungan dengan orang lain, harapan yang telah dan belum tercapai, upaya yang dilakukan untuk mencapai harapan yang belum terpenuhi Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa tidak puas dengan perannya sebagai seorang anak, karena belum membuat orang tuanya merasa bangga sebab dirinya belum memiliki pekerjaan 	

		<ul style="list-style-type: none"> c. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan mana kegiatan yang dapat dilaksanakan) d. Buat daftar kegiatan yang dapat dilakukan saat ini e. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih f. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara melakukannya) g. Masukkan kegiatan yang telah dilatih pada jadwal kegiatan untuk latihan 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menyebutkan kegiatan sehari yang dapat dilakukannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mau menyebutkan kegiatan sehari- hari yang dapat dilakukan di ruangan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien melakukan kegiatan tanpa arahan perawat <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan kemampuan SP 1 	
<p>Selasa, 01 Maret 2022</p> <p>Pukul 11.00 WIB</p>		<p>SP 2 Pasien: latihan kegiatan kedua</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah b. Validasi kemampuan pasien melakukan kegiatan pertama yang telah dilatih dan berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama d. Bantu pasien memilih kegiatan kedua yang akan dilatih e. Latih kegiatan kedua (alat dan cara) f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan dua kegiatan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah melakukan kegiatan pertama yaitu merapikan tempat tidur, pasien dapat menyebutkan alat untuk kegiatan kedua mengepel lantai <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak sudah bisa melakukan kegiatan, kontak mata kooperatif 	

			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harga diri rendah masih ada, klien melakukan dengan arahan perawat <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan kegiatan SP 1 dan 2 	
<p>Rabu, 02 Maret 2022</p> <p>Pukul 11.00 WIB</p>		<p>SP 3 Pasien : latihan kegiatan ketiga</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah b. Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, dan kedua yang telah dilatih dan berikan pujian c. Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama dan kedua d. Bantu pasien memilih kegiatan ketiga yang akan dilatih e. Latih kegiatan ketiga (alat dan cara) f. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan tiga kegiatan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan dirinya senang dapat melakukan kegiatan - pasien mengatakan tidak merasa bosan lagi setelah melakukan kegiatan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak sudah bisa menyiapkan makanan, pasien tampak bersemangat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu melakukan kegiatan tanpa arahan perawat 	

			<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimal kegiatan SP 3, 2 dan 1 	
<p>Kamis, 03 Maret 2022</p> <p>Pukul 11.00 WIB</p>		<p>SP 4 Pasien : latihan kegiatan keempat</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi tanda dan gejala harga diri rendah Validasi kemampuan melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga yang telah dilatih dan berikan pujian Evaluasi manfaat melakukan kegiatan pertama, kedua dan ketiga Bantu pasien memilih kegiatan keempat yang akan dilatih Latih kegiatan keempat (alat dan cara) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan empat kegiatan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah ingin cepat keluar dari rumah sakit dan mencari pekerjaan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien bisa melakukan kegiatan mencuci piring, klien tampak bersemangat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mampu melakukan kegiatan tanpa arahan perawat <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan kegiatan SP 4 dan evaluasi kegiatan SP 1, 2 dan 3 	

<p>Senin, 28 Februari 2022</p> <p>Pukul 13.30</p>	<p>Gangguan persepsi sensori: Halusinasi</p>	<p>Sp 1 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus, perasaan dan respon halusinasi 2. Mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 3. Masukkan kedalam jadwal kegiatan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pernah melihat bayangan hitam di malam hari - Klien mengatakan takut jika halusinasinya datang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menyendiri - Klien tampak mondar mandir - Klien tampak melamun <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 1 sudah mandiri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan SP 1 - Lanjut SP 2 latihan cara minum obat 	
<p>Selasa, 01 Maret 2022</p> <p>Pukul 13.30</p>		<p>SP 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik. Beri pujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan obat (jelaskan 6 benar: jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah jarang melihat bayangan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat masih sering melamun 	

		3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik	<ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat masih mondar-mandir - Klien terlihat tertawa sendiri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 2 sudah mandiri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan dan SP 2 - lanjutkan SP 3 	
Rabu, 02 Maret 2022 Pukul 13.30		<p>SP 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik dan obat, beripujian 2. Latih cara mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap saat terjadi halusinasi 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan menghardik, minum obat dan bercakap 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah jarang melihat bayangan hitam ketika ingin tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat masih sering melamun dan mondar-mandir - Klien berbicara sendiri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 3 dengan bantuan <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan SP 1, 2 dan 3 - Lanjutkan SP 4 	

<p>Kamis, 03 Maret 2022</p> <p>Pukul 13.30</p>		<p>SP 4 Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, cakap cakap dan beri pujian 2. Latih cara mengontrol halu dengan melakukan kegiatan sehari hari 3. Memasukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan menghardik, obat, cakap cakap dan melakukan aktivitas. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak melihat bayangan lagi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu bercakap-cakap untuk mengontrol halusinasinya - Klien terlihat masih sering melamun dan mondar-mandir <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 4 sudah mandiri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan kegiatan SP 4 dan evaluasi kegiatan SP 1, 2 dan 3 	
<p>Jumat, 04 Maret 2022</p> <p>Pukul 09.30</p>	<p>Isolasi Sosial</p>	<p>SP 1 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab isolasi sosial, siapa yang serumah, siapa yang dekat/tidak dekat, dan apa sebabnya 2. Keuntungan punya teman dan bercakap 3. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap 4. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jarang berinteraksi dengan teman-teman yang diruangan - Klien mengatakan sulit berkomunikasi dengan orang lain <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien jarang terlihat 	

		5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan	berkomunikasi dengan pasien lainnya. A : - SP 1 sudah mandiri P : - Optimalkan SP 1 - Lanjut SP 2 latihan bercakap-cakap dengan 2 orang	
Jumat, 04 Maret 2022 Pukul 13.30		SP 2 Pasien : 1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang) dan beri pujian 2. Latih berbicara saat melakukan kegiatan harian 3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 2-3 orang pasien, berbicara saat melakukan kegiatan harian	S : - Klien mengatakan sulit berkomunikasi dengan orang lain O : - Klien jarang terlihat berkomunikasi dengan pasien lainnya. A : - SP 2 dengan bantuan P : - Optimalkan kegiatan SP 2 - Lanjut SP 3 Latihan bercakap-cakap dengan 3 orang saat melakukan kegiatan harian.	

<p>Sabtu, 05 Maret 2022</p> <p>Pukul 09.30</p>		<p>SP 3 Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan (beberapa orang) dan bicara saat melakukan 2 kegiatan harian dan beri pujian 2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan 3. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 4-5 orang berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai bisa berkomunikasi dengan teman-teman yang diruangan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah mulai berinteraksi dengan pasien lainnya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SP 3 dengan mandiri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimalkan kegiatan SP 3 - Lanjut SP 4 Latihan bercakap-cakap dengan 4 orang saat melakukan kegiatan harian. 	
<p>Sabtu, 05 Maret 2022</p> <p>Pukul 13.30</p>		<p>SP 4 Pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan latihan berkenalan, bicara saat melakukan 4 kegiatan harian, beri pujian 2. Latih cara bicara, sosial, meminta sesuatu, menjawab pertanyaan 3. Memasukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan berkenalan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan dirinya senang mengikuti kegiatan karena banyak teman yang bisa diajak bicara <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah mulai berinteraksi dengan pasien lainnya. 	

			<p>A : - SP 4 dengan mandiri</p> <p>P : - Optimalkan kegiatan SP 4 dan evaluasi kegiatan SP 1, 2 dan 3</p>	
--	--	--	--	--

Lampiran 14.



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



Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax (0751) 71329

Nomor : 070/161/DL-IV/2022
Lampiran :
Perihal : Telah Selesai Melakukan Penelitian Padang, 26 April 2022

Kepada Yth.
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
di
Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan surat Saudara Nomor PP.03.01/00389/2022 tanggal
21 Januari 2022, perihal Izin Penelitian atas nama :

Nama : Nabilla Rifdha Helmi
NPM : 193110181
Program : D.III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang
Judul : *Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di Wisma Cendrawasih Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang*

Telah selesai melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang pada tanggal 28 Februari s.d 05 Maret 2022.

Demikian kami sampaikan, atas kerja samanya diucapkan terima kasih.


Direktur
dr. AKLIMA, MPH
NIP.19680203 200212 2 002

Tembusan :
1. Paringgal

Lampiran 15

