

KARYA TULIS ILMIAH

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



NERISSA ARVIANA ADESHA
NIM: 223110301

**PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG
2025**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Padang sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



NERISSA ARVIANA ADESHA
NIM: 223110301

**PRODI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG
2025**

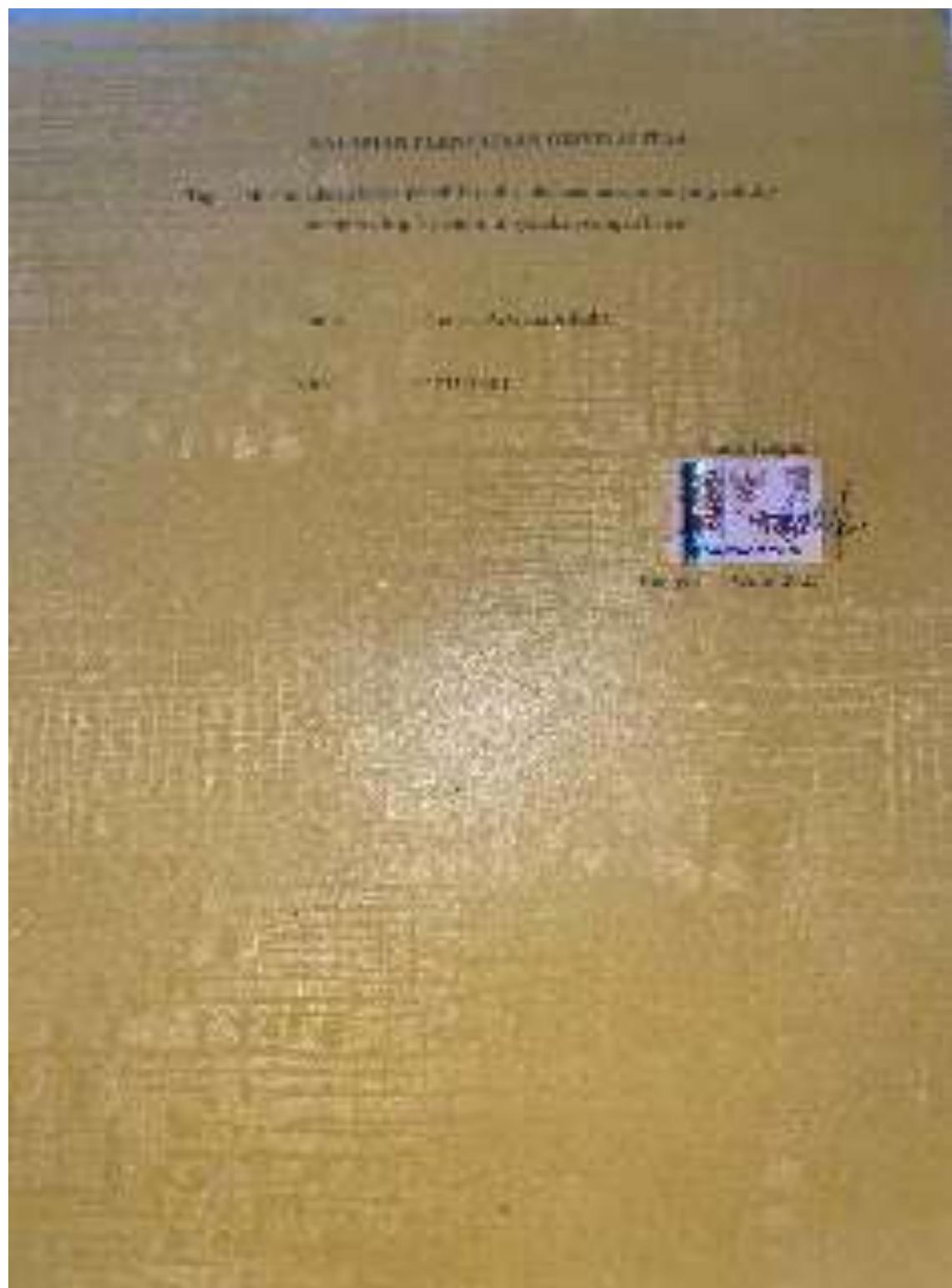
PERSETUJUAN PEMBIMBING



**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**



HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS



PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT



**POLTEKKES KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2025
Nerissa Arviana Adesha**

Asuhan Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan di Ruangan Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof.Hb.Sa'anin Padang
Isi: xii + 74 Halaman + 2 Tabel + 9 Lampiran

ABSTRAK

Menurut who tahun 2022 skizofrenia 24 juta kasus prevalensi 0,32% , di kaitkan dengan perilaku kekerasan. di ruang merpati rumah sakit jiwa prof . hb saanin padang, urutan tertinggi,menyebabkan kehilangan kendali diri, berdampak melukai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. tujuan penelitian ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Tahun 2025.

Desain penelitian deskriptif pendekatan studi kasus, penelitian dilakukan November 2024 sampai juni 2025. populasi seluruh pasien perilaku kekerasan. sampel dalam penelitian ini di ambil secara teknik simple random sampling yang di dapatkan sebanyak 1 orang. pengumpulan data dengan format pengkajian keperawatan jiwa, format skrining perilaku kekerasan dan pemeriksaan fisik. data di analisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori.

Hasil pengkajian mengumpat dengan kata-kata kasar, menyerang orang lain, merusak lingkungan, mata melotot, pandangan tajam, mendengar bisikan, melihat bayangan, terlihat kurang bersih. diagnosa keperawatan perilaku kekerasan, halusinasi, dan defisit perawatan diri. implementasi keperawatan pengendalian marah, sp 1-4 defisit perawatan diri, sp 1-4 halusinasi. Evaluasi keperawatan hari ke 5 perilaku merusak lingkungan menurun, perilaku melukai diri sendiri / orang lain menurun.

Hasil penelitian ini di harapkan menjadi gambaran bagi perawat di Ruang merpati rumah sakit jiwa prof hb saanin padang dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan perilaku kekerasan dengan meningkatkan komunikasi terapeutik dan pemberian reinforcement positif pada pasien setiap selesai melakukan latihan.

Kata Kunci (Key Word) : Perilaku Kekerasan, Asuhan keperawatan
Daftar Pustaka : 23 (2019-2024)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Nerissa Arviana Adesha
NIM : 223110301
Tempat/Tanggal Lahir : Padang, 14 Desember 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Jl. Dalam Gadung No 10 RT 03 RW 01
Nama Orang Tua
Ayah : Sabri Amri
Ibu : Deka Gusti

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Lulus
1.	TK	TK Pembina	2009-2010
2.	SD	SD Kartika 1-10 Padang	2010-2016
3.	SMP	SMPN 33 Padang	2016-2019
4.	SMA	SMAN 15 Padang	2019-2022
5.	D III Keperawatan	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-Sekarang

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yakni Allah SWT yang telah melimpahkan berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang Tahun 2025. Penulisan tugas akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

Penulisan Tugas Akhir ini terwujud atas Bimbingan dan pengarahan dari **Ibu Renidayati, SKp.M.Kep.,Sp.Jiwa** selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang dan pembimbing utama dan **Bapak N. Racmadanur, S.Kp,MKM** selaku dosen pembimbing pendamping yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti menyelesaikan tugas akhir, serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Pada kesempatan ini peneliti juga mengucapkan terimah kasih kepada :

1. Ibu dr. Aklima, MPH selaku Direktur Utama RSJ. Prof.HB.Saanin Padang dan staf rumah sakit yang telah memberikan izin dan banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang di perlukan
2. Bapak Tasman, M. Kep, Sp. Kom selaku ketua Jurusan Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
4. Ibu Ns. Elvi Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku Pembimbing Akademik Program Studi D-III Keperawatan Padang
5. Bapak dan Ibu Dosen serta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang
6. Teristimewa Kepada Orang Tua dan keluarga saya yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doa kepada saya yang tidak bisa diukur dan dinilai dengan apapun.

7. Teman-teman dan semua pihak yang tidak bisa untuk disebutkan satu persatu yang telah membantu saya dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa tugas akhir ini masih terdapat kekurangan, oleh sebab itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak yang dapat mendukung untuk kesempurnaan Tugas Akhir. Akhir kata penulis berharap Tugas Akhir ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta penulis mendoakan semoga segala bantuan dan masukan yang telah diberikan mendapatkan balasan kebaikan dari Allah SWT, Aamiin.

Padang, Mei 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	v
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep perilaku kekerasan.....	9
1. Pengertian perilaku kekerasan	9
2. Rentang Respons Marah	9
3. Tanda dan Gejala.....	10
4. Penyebab perilaku kekerasan	11
5. Mekanisme coping.....	13
6. Penatalaksaan resiko perilaku kekerasan	14
7. Pohon Masalah.....	16
B. Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan	16
1. Pengkajian.....	16
2. Diagnosa keperawatan	21
3. Intervensi keperawatan	22
4. Implementasi keperawatan.....	36
5. Evaluasi Keperawatan.....	36
BAB III METODE PENELITIAN.....	37
A. JENIS DAN DESAIN PENELITIAN.....	37

B.	TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN	37
C.	POPULASI DAN SAMPEL	37
D.	Instrumen Pengumpulan Data	38
E.	Langkah Pengumpulan Data	38
F.	Prosedur Penelitian.....	39
G.	Analisis Data	40
	BAB IV DESKRIPSIKAN KASUS DAN PEMBAHASAN	41
A.	Deskripsi Kasus.....	41
1.	Pengkajian Keperawatan.....	41
2.	Diagnosa Keperawatan.....	49
3.	Rencana Keperawatan.....	49
4	Implementasi keperawatan.....	53
5.	Evaluasi Keperawatan.....	59
	BAB V PENUTUP.....	70
A.	KESIMPULAN	70
B.	SARAN	71
	DAFTAR PUSTAKA	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Ganchart

Lampiran 2. Surat Izin Survei Awal

Lampiran 3. Surat Penelitian

Lampiran 4. Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 5. Lembar Informed Consent Pasien Kelolaan

Lampiran 6. Format pengkajian

Lampiran 7. Surat Selesai Penelitian

Lampiran 8. Lembaran Konsultasi Dosen Pembimbing 1

Lampiran 9. Lembaran Konsultasi Dosen Pembimbing 2

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Peningkatan gangguan jiwa di era globalisasi saat ini semakin meningkat karena riwayat kehidupan yang penuh dengan tekanan seperti sulitnya mencari lapangan pekerjaan, ketidakharmonisan dalam keluarga, ekonomi yang lemah, ditinggalkan orang terdekat dan masalah sosial masyarakat. Sampai saat ini gangguan jiwa masih mengalami peningkatan yang serius bahkan memasuki salah satu dari empat problem kesehatan di dunia termasuk di Indonesia. Gangguan jiwa adalah penyakit kronis yang membutuhkan proses panjang dalam penyembuhannya. Proses pemulihan dan penyembuhan pada orang dengan gangguan jiwa membutuhkan dukungan keluarga untuk menentukan keberhasilan pemulihannya tersebut. Adanya stigma yang negatif terhadap ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) dan keluarganya menyebabkan ODGJ dan keluarganya akan terkucilkan. Pada keluarga, stigma akan menyebabkan beban psikologis yang berat bagi keluarga penderita gangguan jiwa sehingga berdampak pada kurang adekuatnya dukungan yang diberikan oleh keluarga pada proses pemulihan ODGJ. Kebanyakan gangguan jiwa digolongkan menjadi gangguan psikiatrik organik, yang terjadi akibat penyebab fisik yang diketahui dan gangguan fungsional seiring dengan berkembangnya ilmu syaraf, penyebab yang mendasari gangguan fungsional pun dapat ditemukan contohnya pada tingkat genitik dan biokimia¹

Salah satu gangguan jiwa yang dikenal yaitu Skizofrenia. Skizofrenia adalah suatu bentuk psikososial fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan². Skizofrenia adalah gangguan kesehatan mental kronis yang kompleks yang ditandai dengan serangkaian gejala, termasuk delusi, halusinasi, ucapan atau perilaku yang

tidak teratur, dan gangguan kemampuan kognitif. Skizofrenia adalah penyakit mental kompleks yang berdampak signifikan pada individu.

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang berat dan kronis yang menyerang banyak orang di dunia. Skizofrenia merupakan penyakit parah yang ditandai dengan pikiran kacau, halusinasi, waham, dan perilaku kekerasan. Dalam penanganan jiwa ini dibutuhkan rehabilitasi, terapi dan konseling. Upaya penanganan dalam penyakit gangguan ini diperlukan dukungan keluarga dan masyarakat sekitar. Skizofrenia dapat terjadi antara pria atau wanita dan juga mempengaruhi kelompok etnis. Ada beberapa faktor yang menyebabkan skizofrenia diantaranya : faktor genetik, lingkungan dan Struktur otak atau kimia otak.³

Pemberian terapi medis atau antipsikotik merupakan terapi utama yang diberikan kepada pasien dengan skizofrenia, namun terapi tersebut hanya dapat membantu memperbaiki ketidakseimbangan kimia didalam otak, sehingga diperlukan terapi modalitas tambahan berupa terapi non farmakologis seperti terapi dzikir. Terapi dzikir merupakan suatu bentuk terapi psikoreligius yang mengkombinasikan pendekatan kesehatan jiwa dan pendekatan aspek religious, terapi music salah satu bentuk dari teknik relaksasi yang tujuannya untuk memberikan rasa tenang, membantu mengendalikan emosi serta menyembuhkan gangguan psikologi⁴

Menurut *World Health Organization* (WHO) 2022. Skizofrenia memengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) di seluruh dunia. Angka ini adalah 1 dari 222 orang (0,45%) di antara orang dewasa (2). Kondisi ini tidak seumum gangguan mental lainnya. Gejalanya paling sering muncul pada akhir masa remaja dan usia dua puluhan, dan gejalanya cenderung terjadi lebih awal pada pria dari pada wanita.

Sedangkan pada tahun 2018 menunjukkan prevalensi skizofrenia mencapai 15% dari populasi penduduk Indonesia terdeteksi mengalami skizofrenia

sekitar 220 juta jiwa dan atau sebesar 1,8 per 1000 dan penduduk terdapat 60% yang terdiri dari pasien perilaku kekerasan. Sedangkan Jumlah penderita skizofrenia di Sumatra Barat pada tahun 2017 sebanyak 45.481 orang yang menderita skizofrenia, terdapat 25% yang menderita perilaku kekerasan, sedangkan pada tahun 2018 sebanyak 50.605 jiwa yang menderita skizofrenia, terdapat 40-50% yang menderita perilaku kekerasan.

Gejala skizofrenia dibagi dalam dua gejala yaitu gejala negatif dan gejala positif. Gejala positif diantaranya delusi, halusinasi, dan perilaku katatonik seperti keadaan gaduh gelisah. Gejala negatif yang dialami pasien skizofrenia diantaranya afek datar, tidak memiliki kemauan, merasa tidak nyaman, dan menarik diri dari masyarakat. Gejala negatif pada skizofrenia juga tampak dari ketidakmampu merawat diri sendiri, tidak mampu mengekspresikan perasaan, hilangnya spontanitas dan rasa ingin tahu, menurunnya motivasi, hilangnya kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari.⁵

Skizofrenia menimbulkan emosi dan tingkah laku sehingga pasien dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi berprilaku agresif dimana perubahan perilaku dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Pasien skizofrenia sering dikaitkan dengan perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain ataupun berisiko juga dengan lingkungan sekitarnya, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain. Salah satu gejala positif skizofrenia yang sering terjadi adalah perilaku kekerasan, prevalensi perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita skizofrenia sebesar 19,1%⁶

Perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dapat melukai diri sendiri dan orang sekitar. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Dampak atau perubahan yang terjadi dapat berupa

perasaan tidak sabar, cepat marah, dari segi sosial kasar, menarik diri, dan agresif, Asuhan keperawatan sangat berperan penting pada pasien yang terdiagnosa perilaku kekerasan, Dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya⁷

Tanda dan gejala perilaku kekerasan ada yang menimbulkan kerusakan, tetapi ada juga yang diam seribu bahasa, gejala-gejala atau perubahan yang timbul pada klien dalam keadaan marah diantaranya terjadi perubahan fisiologik (tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, pupil dilatasi, tonus otot meningkat, kadang-kadang konstipasi, refleks tendon tinggi), perubahan emosional (mudah tersinggung, tidak sabar, frustasi, ekspresi wajah tampak tegang, bila mengamuk kehilangan control diri), perubahan perilaku (agresif, menarik diri, bermusuhan, sinis, curiga, mengamuk, nada suara keras dan kasar, menyerang, memberontak) dan tindakan kekerasan atau amukan yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan⁸

Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan yaitu kehilangan kendali diri, dimana pasien akan dikuasai dengan rasa amarahnya sehingga pasien dapat melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Bila tidak ditangani dengan baik maka perilaku kekerasan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol, resiko kekerasan terhadap diri sendiri, orang lain serta lingkungan, sehingga adapun upaya-upaya penanganan perilaku kekerasan yaitu mengatasi stress termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri, dan mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan dan terapi medik. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti intonasi suara keras, mengancam, ekspresi tegang, gaduh, gelisah, tidak bisa diam, agresif, bicara dengan semangat nada suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Kekecuan alam fikir juga dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Perubahan

lain yang terjadi adanya penurunan kemampuan memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang serta gelisah.⁹

Strategi pelaksanaan perilaku kekerasan ada 5 yaitu strategi pelaksanaan pertama melatih cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama yaitu nafas dalam. Strategi pelaksanaan kedua membantu klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik kedua yaitu memukul bantal. Strategi pelaksanaan yang ketiga yaitu membantu klien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal. Strategi pelaksanaan yang keempat yaitu membantu klien dengan cara spiritual. Strategi pelaksanaan yang kelima yaitu mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara meminum obat.¹⁰

Fenomena tindakan Perilaku kekerasan mengakibat gabungan berbagai faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Ketidakseimbangan kimia otak, gangguan kesehatan mental, pengalaman trauma, serta kesulitan mengelola emosi sering menjadi penyebab utama. Faktor lain seperti lingkungan yang mendukung kekerasan, tekanan sosial, pengaruh media, penyalahgunaan zat, dan stres berlebih juga memperburuk situasi. Selain itu, ketimpangan ekonomi dan lemahnya penegakan hukum dapat memicu tindakan kekerasan. Upaya pencegahan meliputi edukasi tentang pengendalian emosi, akses ke dukungan psikologis, penerapan hukum yang tegas, dan penciptaan lingkungan yang menanamkan nilai-nilai antikekerasan. faktor-faktor ini sangat penting untuk mewujudkan masyarakat yang damai dan harmonis.¹¹

Hasil penelitian yang dilakukan Saswati (2019) di Rumh Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi mengenai Pengaruh Standar Asuhan Keperawatan Perilaku kekerasan didapatkan data setelah dilaksanakan standar asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan terdapat perubahan, seperti pasien yang biasanya marah-marah tidak menentu karena mengingat masalahnya, maka pasien tersebut akan berubah jika telah diharapkan strategi pelaksanaan yang diterapkan perawat. Maka dari itu diharapkan semua perawat untuk

menerapkan standar asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dengan baik di semua ruangan rawat inap dalam memberikan asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Harmianto Krido (2018) di RSJD Dr Amino Gondohutoo 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.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 4 Desember 2024 didapatkan data dari Medical Record pada tahun 2023 di RS Jiwa HB Saanin Padang, pasien dengan gangguan jiwa sebanyak 7.318 jiwa. Pasien baru sebanyak 2674 jiwa dan pasien lama sebanyak 2227 jiwa. Terdapat 208 jiwa yang mengalami skizofrenia, 49 orang mengalami skizoaffektif tipe campuran, 12 orang mengalami skizoaffektif tipe depresi, 6 orang mengalami gangguan psikotik, 35 orang mengalami GAB tipe manik dengan psikotik.

Menurut survei awal yang lakukan di Rumh Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang terdapat pasien yang mengalami perilaku kekerasan di ruangan flamboyan 4 orang, di ruangan melati 6 orang, di ruangan cendrawasi 3 orang dan diruangan nuri terdapat 1 orang yang mengalami perilaku kekerasan. Sedangkan di ruang inap Merpati pasien yang mengalami perilaku kekerasan pada bulan oktober sebanyak 12 orang, di bulan november sebanyak 5 oang dan dibulan desember sebanyak 10 orang.

Hasil wawancara yang dilakukan pada perawat yang sedang bertugas didapatkan bahwa penyebab pasien marah karena kesal keinginannya terhadap sesuatu tidak tercapai, sehingga dia melampiskan kemarahannya dengan berbicara kasar, suara tinggi, dan mengancam secara verbal atau fisik.

Upaya yang dilakukan oleh perawat ruangan yaitu : melatih teknik nafas dalam dan memukul bantal, memberikan pengetahuan tentang 6 benar meminum 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 fenomena di atas, penulis telah melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Perilaku Kekerasan Di Ruangan Merpati Rumah Sakit Jiwa . PROF. HB. Saanin Padang Tahun 2025.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien perilaku kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada pasien Perilaku Kekerasan di ruangan Merpati di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada pasien Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien perilaku kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
- e. Mampu mendeskripsikan dokumentasi keperawatan pada pasien perilaku kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Sebagai peneliti sebagai wahana mengaplikasikan ilmu yang di dapat di bangku kuliah keeadaan nyata di lapangan

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapakan dapat sebagai bahan masukan bagi petugas kesehatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Dalam meningkatkan mutu pelayanan dan profesionalitas khususnya dalam kasus prilaku kekerasan, dan juga dapat dijadikan data pembanding dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien prilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep perilaku kekerasan

1. Pengertian perilaku kekerasan

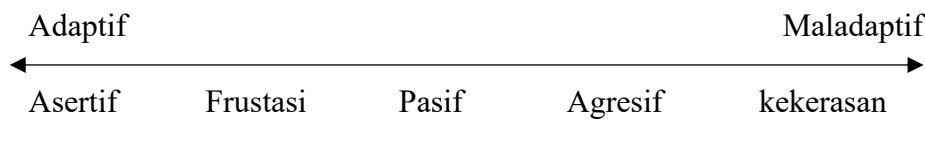
Perilaku kekerasan adalah salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan, baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan secara verbal atau non verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan seperti mengamuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, atau merusak baik fisik maupun kata-kata (Keliat, 2015 dalam Pujiningsih, 2021). Menurut (Pardede & Laia, 2020) perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif dari kemarahan, hasil dari kemarahan yang ekstrim, ataupun panik. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut, dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan dengan orang lain¹²

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respons maladaptif dari marah akibat ketidakmampuan klien untuk mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya.¹²

2. Rentang Respons Marah

Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan milarikan diri atau respon melawan atau menentang. Respon melawan dan menentang merupakan respon yang maladaptif yaitu agresif- kekerasan. Prilaku yang ditampakkan mulai dari yang rendah sampai tinggi. Umumnya klien dengan prilaku kekerasan dibawa dengan paksa kerumah 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 utama yang paling banyak dikemukakan oleh keluarga.



Gambar 2. 1 Rentang Respons Marah¹²

Keterangan :

1. Asertif adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.
2. Frustasi adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
3. Pasif adalah respons di mana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.
4. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah, namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
5. Kekerasan adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri.

3. Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut.¹³

- a. Data subjektif
 1. Ungkapan berupa ancaman
 2. Ungkapan kata-kata kasar
 3. Ungkapan ingin memukul / melukai
- b. Data objektif
 1. Wajah memerah dan tegang
 2. Pandangan tajam

3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7. Mondar mandir
8. Melempar atau memukul benda / orang lain

Tanda dan Gejala Mayor ¹⁴

- a. Subjektif
 1. Mengancam
 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar
 3. Suara keras
 4. Berbicara ketus
- b. Objektif
 1. Menyerang orang lain
 2. Melukai diri sendiri / orang lain
 3. Merusak lingkungan
 4. Perilaku agresif / amuk

Tanda dan Gejala Minor

- a. Subjektif
(tidak tersedia)
- b. Objektif
 1. Mata melotot atau pandangan tajam
 2. Tangan mengepal
 3. Rahang mengatup
 4. Wajah memerah
 5. Postur tubuh kaku

4. Penyebab perilaku kekerasan

Masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi). Munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah). Didalam faktor predisposisi, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya

masalah perilaku kekerasan, seperti faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural.¹³

a. faktor predisposisi

1. Faktor biologis

- a) Teori dorongan naluri (*instinctual drive theory*)

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

- b) Teori psikomatik (*psychomatic theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respons psikologi terhadap stimulasi eksternal maupun internal. Sehingga, sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

2. Faktor psikologis

- a) Teori agresif frustasi (*frustration aggression theory*)

Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan kurang melalui perilaku kekerasan.

- b) Teori perilaku (*behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. Reinforcement yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun diluar rumah .

- c) Teori eksistensi (*existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusan, ketidakberdayaan, dan percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pulak dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan, dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain.

5. Mekanisme coping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme coping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan coping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme coping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi. Perilaku yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara lain¹³ :

a. Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epinefrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah marah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, kewaspadaan juga meningkat, tangan mengepal, tubuh menjadi kaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

b. Menyatakan secara asertif

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

c. Memberontak Perilaku

Muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

6. Penatalaksanaan resiko perilaku kekerasan

a. Terapi Farmakologi

Pada pasien penderita gangguan emosi atau tidak dapat mengontrol kemarahan seringkali diberikan terapi Farmakologis dengan pengobatan yaitu salah satunya diberikan obat antiansietas dan obat penenang hipotik : seperti lorazepam dan clonazepam, obat penenang tersebut sering sekali digunakan untuk menenangkan apabila pasien mengalami perlawanan.¹⁵

b. Terapi non Farmakologi

1) Strategi pelaksanaan

a) Strategi pelaksanaan pasien :

- (1) SP 1 pasien : Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.
- (2) SP 2 : Evaluasi kemampuan pasien, latih cara fisik II yaitu latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal.
- (3) SP 3 : Evaluasi kemampuan klien, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- (4) SP 4 : Evaluasi kemauan pasien, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

b) Strategi pelaksanaan keluarga :

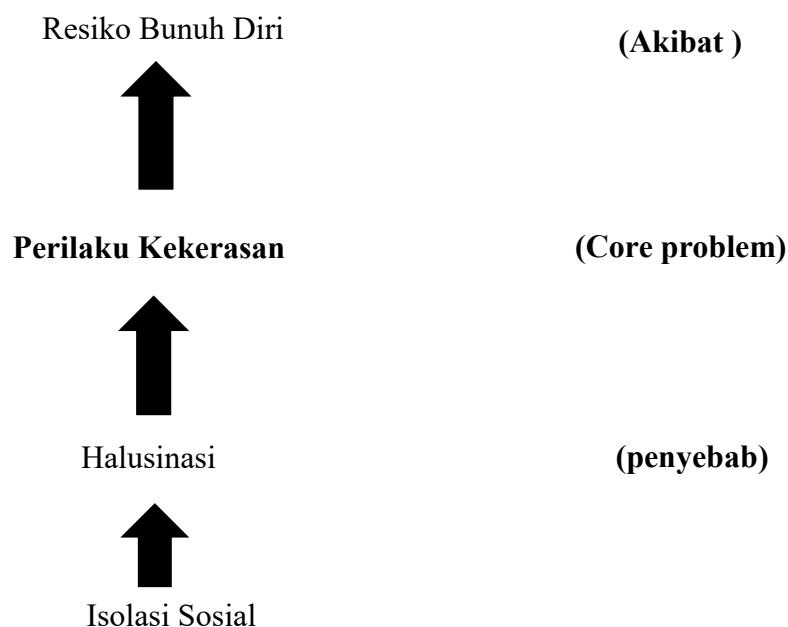
- (1) SP 1 keluarga : Mendiskusikan permasalahan yang dihadapi oleh klien dan keluarga memberikan penjelasan dengan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan.
- (2) SP 2 Keluarga : melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan.

- (3)SP 3 keluarga : melatih secara langsung ke pasien cara keluarga mempraktekkan cara merawat pasien.
- (4)SP 4 keluarga : memfasilitasi keluarga menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien dan obat discharge planning.
- 2) Terapi aktivitas kelompok (TAK)
- Menurut (Aprillia, 2022) melaporkan tentang "Terapi Aktivitas Kelompok Stimulus Persepsi Berhubungan dengan Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia". Dalam penelitian tersebut, di dapatkan nilai selisihnya rata-rata dari sebelum pre test dan post test sebesar (7,76 %) pada variabelnya kemampuan untuk mengontrol Perilaku Kekerasan setelah diberikan pelatihan aktivitas kelompok stimulasi persepsi dengan kemampuan mengevaluasi perilaku kekerasan.¹⁶
- 3) Terapi spiritual
- Terapi spiritual merupakan terapi dengan mendekatkan pasien pada kepercayaan yang diinginkannya. menyebutkan adanya peningkatan level dopamin dan kadar serotonin yang dapat meningkatkan perasaan euphoria atau kebahagian dalam tubuh saat dilakukan tindakan atau kegiatan spiritual seperti berdoa atau berdzikir sehingga meminimalkan perilaku agresif. Hal tersebut dapat menjadi landasan saat dilakukan terapi spiritual dapat mengontrol perilaku kekerasan. Bentuk dari terapi spiritualnya diantaranya adalah dzikir dan didengarkan ayat-ayat Al-Qur'an. Terapi spiritual secara islami dapat terbukti efektif terhadap kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan, dimana dapat perubahan yang signifikan karena adanya penurunan dari tanda dan gejala yang dapat muncul saat sebelumnya dilakukan terapi spiritual dan setelah dilakukan terapi spiritual.
- 4) Terapi memukul bantal
- Untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan maka perlu penatalaksanaan yang tepat salah satunya yaitu melatih teknik memukul bantal, teknik ini dilakukan untuk meluapkan energi

marah yang dirasakan pasien bisa tersalurkan selain itu juga tidak merugikan banyak pihak. Oleh karena teknik ini sangat membantu untuk penderita perilaku kekerasan.

7. Pohon Masalah

Masalah keperawatan yang mungkin muncul, antara lain perilaku kekerasan, risiko perilaku kekerasan serta harga diri rendah:¹⁷



B. Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

Asuhan keperawatan pada perilaku kekerasan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.¹⁸

1. Pengkajian

1. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, No.MR, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian.

2. Alasan masuk

Biasanya klien masuk dengan alasan sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, bersifat kasar dan pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu kambuh karena tidak mau minum obat secara teratur.

a. Faktor Predisposisi

1) Gangguan jiwa di masa lalu

Biasanya klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan pernah dirawat atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.

2) Pengobatan sebelumnya

Biasanya klien berobat untuk pertama kalinya kedukun sebagai alternatif serta memasung dan bila tidak berhasil baru dibawa kerumah sakit jiwa

3) Trauma

Biasanya klien pernah mengalami atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.

4) Anggota Keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Biasanya ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

5) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Biasanya klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan

b. Pengkajian Fisik

1) Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu, pernapasan terlihat cepat. Ukur tinggi badan dan berat badan.

2) Yang kita temukan pada klien dengan perilaku kekerasan pada saat pemeriksaan fisik (mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah)

3) Verbal (mengancam, mengupat kata-kata kotor, berbicara kasar dan ketus).

c. Psikososial

1) Genogram

Genogram dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan klien dengan keluarga. Tiga generasi ini dimaksud

jangkauan yang mudah diingat oleh klien maupun keluarganya saat pengajian.

2) Konsep diri

Biasanya ada anggota tubuh klien yang tidak disukai klien yang mempengaruhi keadaan klien saat berhubungan dengan orang lain sehingga klien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

3) Identitas

Biasanya pada klien dengan perilaku kekerasan tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, baik di sekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal

4) Harga diri

Biasanya klien dengan risiko perilaku kekerasan hubungan dengan orang lain akan terlihat baik, harmoni sata terdapat penolakan atau klien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun diluar lingkungan keluarga.

5) Peran diri

Biasanya klien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya klien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

6) Ideal diri

Biasanya klien memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat.

d. Hubungan sosial

1) Orang terdekat

Orang yang berarti Tempat mengadu, berbicara, tempat bercerita.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

e. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Biasanya klien mengatakan bahwa dia tidak mengalami gangguan jiwa.

2) Kegiatan ibadah

Biasanya dalam selama sakit klien jarang melakukan ibadah.

f. Status mental

1) Penampilan

Biasanya penampilan klien kurang rapi.

2) Pembicaraan

Biasanya pada klien prilaku kekerasan pada saat dilakukan pengkajian bicara cepat, keras, kasar, nada tinggi dan mudah tersinggung.

3) Aktivitas motorik

Biasanya aktivitas motoric klien dengan prilaku kekerasan akan terlihat tegang, gelisah, gerakan otot muka berubahubah, gemetar, tangan mengepal, dan rahang dengan kuat.

4) Alam perasaan

Biasanya akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan

5) Efek

Biasanya klien mudah tersinggung dan sering marah-marah tanpa sebab

6) Interaksi selama wawancara

Biasanya klien dengan risiko prilaku kekerasan akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

7) Persepsi

Biasanya klien dengan prilaku kekerasan masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas

8) Isi Pikir

Biasanya klien meyakini dirinya tidak sakit, dan baik-baik saja.

9) Tingkat kesadaran

Biasanya klien prilaku kekerasan kadang tampak bingung,

10) Memori

Biasanya klien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang.

11) Tingkat konsentrasi dan berhitung

12) Kemampuan penilaian

klien mengalami kemampuan penilaian ringan dan sedang dan tidak mampu mengambil keputusan

13) Daya fikir diri

Biasanya klien mengingkari penyakit yang dideritanya

g. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Biasanya klien tidak mengalami perubahan

2) BAB/BAK

Biasanya klien dengan risiko prilaku kekerasan tidak ada gangguan

3) Mandi

Biasanya klien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang mencuci rambut dan bercukur atau berhias. Badan klien sangat bau dan kotor, dan klien hanya melakukan kebersihan diri jika disuruh.

h. Berpakaian

Biasanya klien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Klien tidak mampu mengenakan pakaian dengan sesuai dan klien tidak mengenakan alas kaki.

i. Istirahat dan tidur

Biasanya klien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti: menyikat gigi, cucu kaki, berdoa. Dan sesudah tidur seperti: merapikan tempat tidur, mandi atau cuci muka dan menyikat gigi. Frekuensi tidur klien berubah-ubah, kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

j. Penggunaan obat

Biasanya klien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan klien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat jika putus minum obat.

k. Pemeliharaan kesehatan

Biasanya klien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

l. Aktifitas didalam rumah

Biasanya klien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari.

m. Mekanisme coping

Biasanya klien menggunakan respon maldadaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat rumah tangga.

n. Masalah psikologis dan lingkungan

Biasanya klien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan.

o. Pengetahuan

Biasanya klien dengan prilaku kekerasan kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan klien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi Dari obat yang diminumnya.

2. Diagnosa keperawatan

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

a. Perilaku Kekerasan.

b. Isolasi sosial.

c. Halusinasi.

d. Risiko Bunuh Diri.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan oleh pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan pasien individu, keluarga, dan komunitas.

a. Diagnosa Keperawatan Perilaku Kekerasan

1) Tindakan Keperawatan pada Klien¹⁹

a) Tujuan

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

b) Tindakan

- (1) Membina hubungan saling percaya untuk membangun koneksi yang dapat dipercaya langkah-langkah berikut harus diambil:
 - (a) Selalu sapa pasien saat Anda bertemu dengan mereka.
 - (b) Kirimkan salam (nama, nama panggilan favorit perawat), dan tanyakan pilihan nama dan nama panggilan pasien.
 - (c) Cari tahu bagaimana perasaan pasien saat ini dan masalah apa yang mereka alami.
 - (d) Uraikan rencana kegiatan perawat dengan pasien, termasuk durasi, lokasi, dan perkiraan waktu penyelesaian.
 - (e) Jelaskan bahwa perawat akan menjaga kerahasiaan informasi yang dikumpulkan untuk memfasilitasi perawatan.
 - (f) Bersikaplah pengertian.

- (g) Jaga kebutuhan dasar pasien.
- (2) Bicaralah dengan pasien tentang apa yang membuat mereka marah dan bagaimana hal itu terwujud dalam bentuk tindakan kekerasan.
- (3) Pikirkan apa yang mungkin ditunjukkan pasien kepada anda jika mereka mulai bertindak kasar.
- (a) Bicarakan tentang apa artinya ketika seseorang bersikap agresif secara fisik.
 - (b) Bicarakan tentang tanda-tanda peringatan agresi psikologis
 - (c) Bicarakan tentang apa artinya ketika seseorang bertindak kasar dalam lingkungan sosial.
 - (d) Lihat gejala-gejala agresi spiritual dan bicarakan tentangnya.
 - (e) Bicarakan tentang tanda-tanda peringatan agresi intelektual.
 - (f) Bicarakan kepada pasien tentang berbagai cara mereka bertindak kasar ketika mereka marah, termasuk secara verbal, fisik, dan lingkungan.
- (4) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- (a) Berikan pasien teknik fisik untuk mengelola perilaku agresif, seperti bernapas dalam, memukul tempat tidur, dan membantalkan.
 - (b) Minum obat sesuai resep.
 - (c) Keterampilan komunikasi sosial dan verbal yang baik meliputi bertanya, menolak, dan mengekspresikan emosi.
 - (d) Praktik spiritual yang mempertimbangkan pandangan agama atau filosofis pasien adalah doa.
- c) Strategi Pelaksanaan (SP)
- 1) Strategi pelaksanaan (SP) 1 pada pasien : pengajian lalu latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal.
 - (1) Membangun ikatan berdasarkan kepercayaan antara dua pihak.
 - (2) Mengetahui pemicu tindakan agresif dan indikator agresi apa yang penting.

- (3) Menjabarkan strategi untuk mengelola perilaku agresif, termasuk bentuk fisik, narkotika, verbal, dan spiritual.
 - (4) Pelatihan pengendalian perilaku agresif secara fisik bernapas dalam-dalam, pukul tempat tidur dan bantal.
 - (5) Aktivitas fisik juga harus menjadi bagian dari agenda.
- 2) Strategi pelaksanaan 2 pada pasien : latihan patuh minum obat
 - (1) Kaji tanda-tanda peringatan perilaku agresif.
 - (2) Pastikan Anda dapat bernapas dalam-dalam, lalu berbaring di tempat tidur dan bantal.
 - (3) Pertimbangkan untuk memuji dan menanyakan tentang manfaatnya.
 - (4) Obat-obatan dapat menjadi alat yang ampuh dalam melawan perilaku agresif, oleh karena itu penting untuk mempelajari cara meminumnya dengan benar. Berikut adalah enam komponen resep farmasi: nama, jenis, dosis, waktu, metode, konsistensi, dan konsekuensi dari dosis yang terlewat.
 - (5) Setelah itu, pastikan untuk memasukkannya kedalam rutinitas olahraga dan pengobatan Anda.
 - 3) Strategi pelaksanaan 3 pada pasien : melatih cara social atau verbal
 - (1) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
 - (2) Validasi kemampuan pasien untuk menarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar.
 - (3) Tanyakan manfaatnya dan berikan pujian.
 - (4) Latih cara mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, bertanya, menolak dengan benar).
 - (5) Masukkan dalam jadwal aktivitas untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.
 - 4) Strategi pelaksanaan 4 pada pasien : latihan cara spiritual
 - (1) Perhatikan tanda-tanda peringatan perilaku agresif

- (2) Yakinkan pasien bahwa mereka dapat melakukan hal-hal seperti menarik napas dalam-dalam, berbaring di tempat tidur dan bantal, minum obat sesuai resep, dan berlatih berkomunikasi secara verbal atau sosial sesuai kebutuhan.
 - (3) Jelaskan keuntungannya dan berikan pujian.
 - (4) Pelajari disiplin spiritual dalam mengelola amarah.
 - (5) Aktivitas fisik, pengobatan, verbal, dan spiritual semuanya harus menjadi bagian dari rencana.
- d) Strategi pelaksanaan (SP) keluarga
- 1) Strategi pelaksanaan (SP) 1 keluarga : cara merawat pasien dan latihan fisik 1
 - (1) Membahas masalah yang dihadapi saat memberikan perawatan pasien.
 - (2) Mendefinisikan perilaku agresif, gejalanya, dan bagaimana perilaku tersebut berkembang (lihat buku untuk detailnya).
 - (3) Memberikan panduan tentang cara mengatasi perilaku agresif.
 - (4) Pelatihan fisik 1, 2 merupakan salah satu metode untuk menangani perilaku agresif.
 - (5) Membantu pasien sesuai jadwal dan menawarkan penguatan positif.
 - 2) Strategi pelaksanaan (SP) 2 keluarga : latihan cara memberi minum obat
 - (1) Cari tahu seberapa baik keluarga dapat mengenali tanda-tanda perilaku agresif pada pasien.
 - (2) Pastikan bahwa keluarga dapat merawat dan memberi instruksi dengan baik pada pasien dengan cara fisik 1 dan 2.
 - (3) Pujian layak diberikan.
 - (4) Enam metode pemberian obat yang tepat, beserta praktik dan panduan untuk minum obat, dijelaskan.
 - (5) Ingatkan dan berikan penghargaan kepada pasien saat mereka melakukan latihan atau aktivitas sesuai anjuran.

- 3) Strategi pelaksanaan (SP) 3 keluarga : latihan cara sosial atau verbal
 - (1) Cari tahu seberapa baik keluarga dapat mengenali saat orang yang mereka cintai bertindak kasar.
 - (2) Kemampuan keluarga untuk merawat dan mendidik pasien fisik harus divalidasi. Satu, dua, menyediakan obat, dan memberikan puji.
 - (3) Bahas cara untuk mengelola kemarahan dalam situasi sosial, termasuk bertanya, menyangkal, dan mengekspresikan emosi.
 - (4) Kembangkan keterampilan linguistik dan sosial anda.
 - (5) Memuji dan mendorong pasien secara konsisten untuk menyelesaikan tugas dan latihan mereka sangat penting.
- 4) Strategi pelaksanaan (SP) 4 keluarga : latihan cara spiritual
 - (1) Cari tahu seberapa baik keluarga dapat mengenali tanda-tanda perilaku agresif pada pasien.
 - (2) Mengakui dan mendukung kapasitas keluarga untuk merawat dan mendidik pasien dengan cara verbal/sosial, kepatuhan pengobatan, dan metode fisik 1 dan 2.
 - (3) Topik-topik berikut akan dibahas: metode spiritual untuk mengendalikan amarah, praktik spiritual, gejala kambuh, tantangan dalam melakukan aktivitas, teknik untuk menahan diri dalam menghadapi perilaku merusak diri sendiri atau pemicu lingkungan, prosedur rujukan, dan tindak lanjut di pusat kesehatan.
 - (4) Membantu pasien dalam melakukan aktivitas dan latihan sesuai resep dan memberikan dorongan saat mereka melakukannya.

b. Diagnosa Keperawatan Isolasi Sosial

Rencana tindakan keperawatan untuk pasien isolasi sosial yaitu :

- 1) Tindakan Keperawatan Jiwa pada Klien.

a) Tujuan

- (1) Klien mampu membina hubungan saling percaya

- (2) Klien mampu menyadari isolasi sosial yang dialaminya
 - (3) Klien mampu menginteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya
 - (4) Klien mampu mengkonfirmasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan sosial
- b) Strategi Pelaksanaan (SP) pasien isolasi sosial
- (1) Strategi Pelaksanaan (SP) 1 pada pasien
 - (a) Membina hubungan saling percaya
 - (b) Membantu pasien menyadari masalah isolasi sosial
 - (c) Melatih pasien bercakap-cakap secara bertahap antara pasien dan anggota keluarga
 - (d) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian untuk latihan
 - (2) Strategi Pelaksanaan (SP) 2 pada pasien
 - (a) Evaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
 - (b) Validasi kemampuan pasien dalam berkenalan, beri pujian
 - (c) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2-3 orang tetangga atau tamu)
 - (d) Masukan pada jadwal kegiatan harian
 - 3) Strategi pelaksanaan (SP) 3 pada Pasien
 - (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 (2 kegiatan baru dengan 4-5 orang)
 - (d) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan
 - 4) Strategi pelaksanaan (SP) 4 pada pasien
 - (a) Mengevaluasi tanda dan gejala isolasi sosial
 - (b) Validasi kemampuan pasien dalam berkenalan dan bicara
 - (c) Saat melakukan empat kegiatan harian, berikan pujian
 - (d) Tanyakan perasaan saat melakukan kegiatan
 - (e) Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan sosial
 - (f) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

- c) Strategi Pelaksanaan (SP) keluarga
 - (1) Strategi Pelaksanaan (SP) 1 pada keluarga
 - (a) Diskusikan masalah yang diharapkan keluarga dalam merawat pasien
 - (b) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya isolasi sosial
 - (c) Memberikan kesepakatan keluarga untuk memutuskan merawat pasien
 - (d) Jelaskan cara merawat pasien isolasi sosial
 - (e) Melatih dua cara merawat : berkenalan dan melakukan kegiatan harian
 - (f) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
 - (2) Strategi Pelaksanaan (SP) 2 pada keluarga
 - (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pasien.
 - (b) Validasi kemampuan keluarga melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan , berikan pujian
 - (c) Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara
 - (d) Latih cara membimbing pasien berbicara
 - (e) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal
 - (3) Strategi Pelaksanaan (SP) 3 pada keluarga
 - (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala isolasi sosial pasien
 - (b) Validasi kemampuan keluarga melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian dan rumah tangga, berikan pujian.
 - (c) Jelaskan cara melatih pasien bercakap-cakap dalam melakukan kegiatan
 - (d) Jelaskan cara melatih keluarga mendampingi pasien melakukan kegiatan

- (e) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

4) Diagnosa keperawatan Halusinasi

a) Tujuan

- (1) Klien mampu membina hubungan saling percaya
- (2) Klien mampu mengenal dan mengkontrol halusinasi dengan menghardik
- (3) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap
- (4) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktifitas sehari-hari

b) Strategi keperawatan (SP) pada pasien

- (1) Stategi pelaksanaan (SP) 1 pada pasien : menghardik halusinasi
 - (a) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
 - (b) Mengidentifikasi isi halusinasi klien
 - (c) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
 - (d) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
 - (e) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
 - (f) Menjelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - (g) Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - (h) Masukkan ke dalam jadwal harian untuk latihan
- (2) Strategi pelaksanaan (SP) 2 : meminum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar meminum obat
 - (a) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
 - (b) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinasi, beri pujian
 - (c) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - (d) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara patuh meminum obat
 - (e) Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, akibat bila putus obat, cara

mendapatkan obat/berobat jelaskan prinsip 6 benar minum obat

- (3) Strategi pelaksanaan 3 : bercakap- cakap dengan orang lain
 - (a) Evaluasi gejala halusinasi
 - (b) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat, beri pujian.
 - (c) Evaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat sesuai jadwal
 - (d) Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi
 - (e) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan
- (4) Strategi pelaksanaan 4 : melakukan aktivitas sehari-hari
 - (a) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
 - (b) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, meminum obat, dan bercakap- cakap dengan orang lalin, berikan pujian
 - (c) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian
 - (d) Masukkan pada jadwal kegiatan harian
- c) Strategi pelaksanaan pada keluarga
 - (1) Strategi pelaksanaan 1
 - (a) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
 - (b) Jelaskan pengertian, tanda dan gejala proses terjadinya halusinasi
 - (c) Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan melatih cara halusinasi
 - (d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian
 - (2) Strategi pelaksanaan 2
 - (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi pasien dengan menghardik berikan pujian

- (b) Jelaskan 6 benar cara memberikan obat
- (c) Latih cara memberikan / membimbing minum obat
- (d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal
- (3) Strategi pelaksanaan 3
 - (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi halusiansi pasien dan merawat / melatih pasien menghardik dan memberikan obat, berikan pujian
 - (b) Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi
 - (c) Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap dengan pasien terutama saat halusinasi
 - (d) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
- (4) Strategi pelaksanaan 4
 - (a) Evaluasi kemampuan keluarga mengidentifikasi gejala halusinasi pasien dan merawat/melatih pasien menghardik, meminum obat dan bercakap-cakap dan melalkukan kegiatan, berikan pujian
 - (b) Jelaskan follow up ke puskesmas, tanda kambuh, dan rujukan
 - (c) Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian

5) Diagnosa keperawatan Resiko bunuh diri

- a) Tujuan
 - (1) Pasien mendapat perlindungan darilingkungannya
 - (2) Pasien dapat mengungkapkan perasaanya
 - (3) Pasien dapat meningkatkan harga dirinya
 - (4) Pasien dapat menggunakan cara penyelesaian masalah yang baik
- b) Tindakan
 - (1) Mendiskusikan tentang cara mengatasi keinginan bunuh diri, yaitu dengan mencari bantuan dari keluarga atau teman.
 - (2) Meningkatkan harga diri pasien, dengan cara
 - (a) Memberi kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya

- (b) Berikan pujian bila pasien dapat merengatakan perasaan yang positif.
 - (c) Meyakinkan pasien bahwa dirinya penting
 - (d) Membicarakan tentang keadaan yang sepatutnya disyukuri oleh pasien
 - (e) Merencanakan aktifitas yang dapat pasien lakukan
- (3) Meningkatkan keterbukaan menyelesaikan masalah, dengan cara:
- (a) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalahnya
 - (b) Mendiskusikan dengan pasien efektivitas masing-masing cara penyelesaian masalah
 - (c) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalah yang lebih baik
- c) Strategi keperawatan (SP) pada pasien
- (1) SP 1 pada pasien :
- (a) Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien.
 - (b) Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien
 - (c) Melakukan kontrak treatment
 - (d) Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri
 - (e) Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri
- (2) SP 2 pada pasien
- (a) Mengidentifikasi aspek positif pasien
 - (b) Mendorong pasien untuk berpikir positif terhadap diri
 - (c) Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga
- (3) SP 3 pada pasien
- (a) Mengidentifikasi pola coping yang biasa diterapkan pasien
 - (b) Menilai pola coping yang biasa dilakukan
 - (c) Mengidentifikasi pola coping yang konstruktif

- (d) Mendorong pasien memilih pola coping yang konstruktif
 - (e) Mengajarkan pasien menerapkan polakoping konstruktif dalam kegiatan harian
- (4) SP 4 pada pasien
- (a) Membuat rencana masa depan yang realistik bersama pasien
 - (b) Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistik
 - (c) Memberi dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistik
- d) Strategi pelaksanaan (SP) pada keluarga
- (1) SP 1 pada keluarga
- (a) Mendiskusikan masalah yg dirasakan keluarga dalam merawat pasien
 - (b) Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala risiko bunuh diri, dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya
 - (c) Menjelaskan cara-cara merawat pasien risiko bunuh diri
- (2) SP 2 pada keluarga
- (a) Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dg risiko bunuh diri
 - (b) Melatih keluarga melakukan tara merawat langsung kepada pasien risikobunuh diri
- (3) SP 3 pada keluarga
- (a) Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat
 - (b) Menjelaskan follow up pasien setelah pulang

Tabel intervensi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)¹⁴

Masalah Keperawatan	SLKI	Strategi Pelaksanaan
<p>Perilaku kekerasan (D.0132)</p> <p>(Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)</p> <p>Tanda dan gejala Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Mengancam 2. Mengumpat dengan kata-kata kasar 3. Suara keras 4. Bicara ketus <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Menyerang orang lain 2. Melukai diri sendiri/ orang lain 3. Merusak lingkungan 4. Perilaku agresif / amuk <p>Tanda dan Gejala Minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Mata melotot atau pandangan tajam 2. Tangan mengepal 3. Rahang mengatup 4. Wajah memerah 5. Postur tubuh kaku 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 20 menit, diharapkan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a.Verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun b.Verbalisasi umpanan menurun c.Perilaku menyerang menurun d.Perilaku melukai diri sendri / orang lain menurun e.Perilaku merusak lingkungan sekitar menurun f.Perilaku agresif / amuk menurun g.Suara keras menurun h.Berbicara ketus menurun 	<p>Strategi Pelaksanaan perilaku kekerasan</p> <p>1) Strategi pelaksanaan 1 : pengkajian lalu latihan nafas dalam dan memukul bantal</p> <p>2) Strategi pelaksanaan 2 : latihan patuh minum obat</p> <p>3) Strategi pelaksanaan 3 : melatih cara social atau verbal (meminta,menolak,dan mengungkapkan dengan benar)</p> <p>4) Strategi pelaksanaan 4 : latih cara spritual</p>

Diagnosa Keperawatan	SLKI	Strategi Pelaksanaan
<p>Gangguan Persepsi Sensori</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman atau pengecapan 3. Menyatakan kesal <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berperilaku seolah-olah Melihat,mendengar,mencium 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan,penciuman, meraba 3. Menyendiri,melamun,tidak dapat berkonsentrasi 4. Mondar-mandir 5. Bicara sendiri 	<p>Setelah dilakukan rencana tindakan keperawatan selama...x 20 menit diharapkan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. verbalisasi mendengar suara bisikan menurun b. verbalisasi melihat bayangan menurun c. perilaku halusinasi menurun d. melamun menurun e. curiga menurun f. mondar mandir menurun 	<p>Strategi pelaksanaan halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Strategi pelaksanaan 1 : menghardik halusinasi 2) Strategi pelaksanaan 2 : meminum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar meminum obat 3) Strategi pelaksanaan 3 : latih bercakap-cakap 4) Strategi pelaksanaan 4 : melakukan aktivitas sehari-hari

4. Implementasi keperawatan

Istilah “ implementasi keperawatan” mengacu pada langkah-langkah yang diambil oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan pasien mereka, termasuk mengidentifikasi dan menangani masalah apapun yang mungkin mereka alami dan mengembangkan strategi untuk mengatasinya. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu menvalidasi dengan singkat, apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakan yang telah dilaksanakan beserta respons pasien di dokumentasikan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap yang terus menerus dalam menilai dampak dari tindakan keperawatan terhadap klien. Untuk mengevaluasi tanggapan klien terhadap tindakan yang telah dilakukan, evaluasi dilakukan secara berkala. Evaluasi dilakukan secara formatif atau proses setelah tindakan selesai.

Pendekatan SOAP adalah salah satu kerangka kerja evaluasi yang dapat digunakan:

S : Respon subjektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan

O: Respon objektif keluarga terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau data yang kontradiktif dengan masalah yang ada

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasar hasil analisa pada respon

BAB III

METODE PENELITIAN

A. JENIS DAN DESAIN PENELITIAN

Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah suatu penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan atau menggambarkan suatu masalah-masalah/kedaan/peristiwa sebagaimana adanya secara sistematis. Dalam penelitian ini menggambarkan bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Perilaku Kekerasan di ruangan Merpati Rumah Sakit Jiwa HB. Saanin. Padang

B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian ini telah dilakukan diruangan merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan november 2024 sampai penelitian pada bulan Juni 2025. Asuhan Keperawatan dilakukan pada tanggal 14 februari sampai 19 februari 2025

C. POPULASI DAN SAMPEL

1. POPULASI

Populasi adalah objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi ini bersifat universal/ umum. Populasi yang penulis pilih adalah seluruh pasien dengan perilaku kekerasan di wisma merpati di RSJ. HB. Saanin Padang. Pada saat penelitian bulan februari ditemukan 3 orang klien dengan skizofrenia yang di diagnosa mengalami Perilaku Kekerasan.

2. SAMPEL

Sampel penelitian ini adalah 1 orang pasien perilaku kekerasan di ruangan merpati rumah sakit jiwa prof. Hb.saanin padang tahun 2025. Dalam penelitian ini di dapatkan sampel 3 orang yang sesuai dengan kriteria, selanjutnya pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *simple random sampling*, dengan cara mengambil sepotong kertas dan membuat nama

3. pasien, kemudian di undi sehingga di peroleh 1 orang sampel / partisipan, yaitu Tn. M. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini, adalah:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Klien dengan skizofrenia yang mempunyai perilaku kekerasan
- 2) Klien yang pernah dirawat atau rawat jalan di rumah sakit
- 3) Klien yang bersedia menjadi responden penelitian
- 4) Klien yang memiliki 7 tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 5) Klien gangguan jiwa yang kooperatif

b. Kriteria Ekslusii

Klien perilaku yang pulang paksa.

D. Instrumen Pengumpulan Data

Pada penelitian ini instrumen yang di gunakan dalam penelitian yaitu format pengkajian keperawatan jiwa (pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi). alat yang di gunakan untuk pemeriksaan fisik seperti (tensi meter, stetoskop, thermometer).

E. Langkah Pengumpulan Data

1. Jenis data

a. Data primer

Data primer adalah data yang di dapatkan langsung oleh perawat ruangan. Data yang di peroleh dari hasil wawancara dengan pasien perilaku kekerasan di ruangan merpati RSJ. Prof. HB. Saanin Padang tahun 2024.

b. Data sekunder

Data sekunder yang diperoleh oleh peneliti bisa berupa dokumentasi pasien gangguan jiwa perilaku kekerasan yang di ruang merpati RSJ Prof HB. Saanin Padang dan data lainnya yang diperoleh oleh perawat ruangan.

2. Teknik Pengumpulan Data

Langkah pengumpulan data, yaitu

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan dengan menggunakan format pengkajian dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumentasi

b. Diagnose keperawatan

diagnose keperawatan yang ditemukan pada responden adalah perilaku kekerasan, halusinasi dan defisit perawatan diri

c. Intervensi keperawatan

Merumuskan intervensi keperawatan perilaku kekerasan dengan cara mengkombinasikan antara SDKI,SLKI,Strategi Pelaksanaan

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Pelaksanaan strategi pelaksanaan ada pada responden yang mesti diulang-ulang.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari tindakan keperawatan dilakukan selama 5 hari ketiga masalah yang ditemukan pada responden dapat teratasi namun pentingnya melakukan pengulangan pada setiap strategi yang diajarkan.

F. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian yang akan dilakukan dalam melakukan pengumpulan data adalah :

1. Penulis meminta izin penelitian dari institusi penulis yaitu Kemenkes Poltekkes Padang
2. Setelah surat izin dapat di selesaikan dengan jurusan, surat izin disampaikan kepada pihak yang terkait yaitu Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin padang
3. Meminta izin ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
4. Meminta izin ke Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang

5. Meminta izin ke Kepala Ruang Inap Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang untuk pengambilan data peruangan dan izin dalam melakukan penelitian
6. Meminta izin ke Kepala Ruangan Rawat Inap Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB. Saanin Padang untuk mengambil data dan melakukan penelitian
7. Melakukan screening terhadap klien perilaku kekerasan yang didapatkan dari Ruangan Rawat Merpati RSJ Prof. HB. Saanin Padang
8. Mendatangi responden dan menjelaskan tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan
9. *Informed consent* diberikan kepada responden
10. Responden menandatangani *informed consent*, kemudian meminta waktu responden untuk melakukan asuhan keperawatan

G. Analisis Data

Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua data yang ditemukan saat pengkajian dikelompokkan dan dianalisa berdasarkan data subjektif dan data objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Sehingga dapat dirumuskan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien kemudian menyusun rencana keperawatan, melakukan implementasi keperawatan serta mengevaluasi hasil tindakan, kemudian asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada klien yang dijadikan sample penelitian dibandingkan apakah ada kesesuaian antara teori, hasil penelitian dengan kondisi klien.

BAB IV

DESKRIPSIKAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas pasien

Tn.M berumur 34 tahun, tempat tanggal lahir pasien adalah 18 maret 1990, pendidikan terakhir Tn. M adalah SMA, klien beragama islam. Tn. M tinggal di Sebrang Padang, klien dirawat sejak tanggal 13 Februari 2025 dengan nomor rekam medis 039538, sumber data ini didapatkan dari pasien, petugas diruangan merpati dan rekam medis.

b. Alasan masuk

Tn. M masuk RS. Jiwa Prof. HB Saanin Padang pada tanggal 12 Februari 2025 diantar keluarga untuk ke-4 kalinya. Alasan masuk Tn. M adalah mengamuk-ngamuk dan memukul tetangga nya. karna Tn. M merasa diejek. Tn. M juga mendengar suara bisikan yang menyuruh Tn.M membunuh dan memakan daging kucing. Tn. M mengatakan mendengar suara yang aneh dan melihat bayangan hitam sehingga membuat pasien mondar-mondir dan marah- marah sendiri.

c. Keluhan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 februari 2025 Tn. M mengatakan melihat bayangan dan mendengarkan suara yang aneh, Tn. M sering mondar-mandir sendiri, dan Tn. M masih merasa marah kepada keluarga pasien (kakak ipar) Tn.M karena dibawa ke RSJ, kemudian Tn.M melampiaskan amarah nya dengan cara menendang pintu dan memukul kawannya.

d. Faktor prediposisi

1) Gangguan jiwa dimasa lalu

Tn.M sudah mengalami jiwa sejak 2021 pasien sudah 4 kali masuk ke Rsj Prof HB. Saanin Padang untuk terapi pengobatan untuk terapi

pengobatan tetapi tidak berhasil karena Tn.M putus obat. Tn.M mengatakan sering bertengkar dirumah dengan anggota keluarganya karna masalah keuangan. tidak ada riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

1) Pengebotan sebelumnya

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

2) Trauma

a) Aniaya fisik

Tn.M berkata tak pernah menjadi sebagai pelaku aniaya fisik.

b) Aniaya seksual

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

c) Penolakan

Tn.M mengatakan tidak pernah mengalami penolakan oleh family, sahabat, ataupun warga yang ada disekitarnya.

d) Kekerasan dalam keluarga

Tn.M mengatakan tak pernah menjadi sebagai korban kekerasan dalam keluarga.

e) Tindakan kriminal

Tn.M mengatakan tidak pernah menjadi peku atau korban dari tindakan kriminal

3) Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tn.M mengatakan tidak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

4) Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

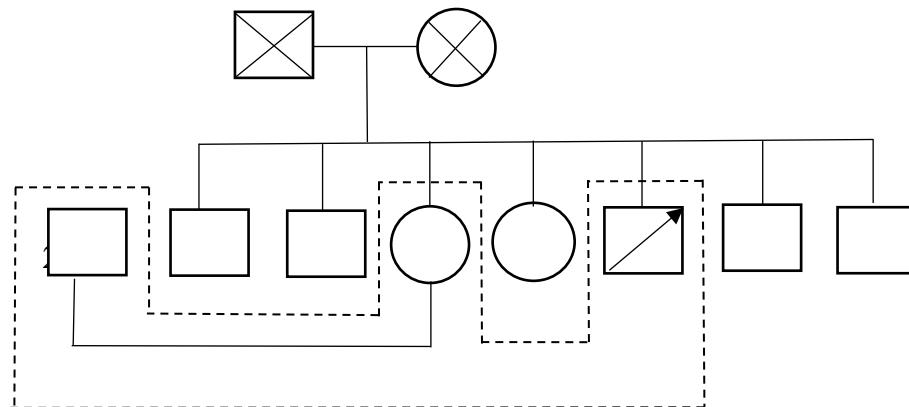
Tn.M mengatakan ada pengalaman hidup nya yang tidak menyenangkan seperti sering diabaikan oleh orang tua dan kakaknya.

e. Pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Tn.M didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 120/82 mmHg, nadi 98 x/mnt, pernapasan 17x/mnt, suhu 36,8C. Hasil pengukuran tinggi badan 167 cm, dan berat badan 57 kg, dan tidak ada keluhan fisik lainnya.

a. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :

	= laki-laki		= perempuan		= klien
	= meninggal	—	= menikah	---	= hubungan

penjelasan: Tn.M (34 tahun) merupakan anak ke 5 dari 7 bersaudara. Klien tinggal bersama kakaknya dan kakak ipar nya. Orang tua Tn.M sudah meninggal dunia, Tn.M tinggal bersama kakak nya.

2) Konsep diri

a) Citra tubuh

Tn.M berkata menyukai semua anggota tubuhnya.

b) Identitas diri

Tn.M berkata senang dilahirkan menjadi seorang laki-laki.

c) Peran diri

Tn.M mengatakan sehari-hari hanya dirumah saja sambil berjualan gelang

d) Ideal diri

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

e) Harga diri

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

3) Hubungan sosial

a) Orang terdekat

Tn.M mengatakan orang terdekat saat ini adalah sahabat pasien

b) Peran serta dalam kegiatan bermasyarakat / berkelompok

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

c) Hambatan dalam berhubungan dengaan orang lain

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

4) Spritual

a) Nilai dan keyakinan

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

b) Kegiatan ibadah

Tn.M mengatakan jarang menunaikan ibadahnya sebagai seorang muslim, Tn.M akan melaksanakan sholat ketika dia mau.

c. Status mental

1) Penampilan

Tn.M tampak tidak rapi, kadang-kadang juga suka membuka bajunya.

2) Pembicaraan

Tn.M berbicara sangat keras terkadang suka berkata kasar

3) Aktivitas motorik

Tn.M tampak gelisah, dan selalu bertanya kapan dia pulang. Tn.M juga sering mondar-mandir. Terkadang bila Tn.M di gangguan pasien memukul temannya.

4) Alam perasaan

Tn.M merasa sedih bila berada dirumah sakit

5) Afek

Tn.M merasa khawatir karena belum ada keluarga yang menjemputnya.

5) Interaksi selama wawancara

Saat berinteraksi tatapan mata Tn.M tajam, lalu pasien cepat merasa bosan, pada saat wawancara Tn.M sering tiba-tiba pergi begitu aja, tetapi Tn.M kembali lagi. Tn.M kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan.

6) Persepsi

Pada saat Tn.M dirawat pasien mendengarkan suara bisikan yang mengganggu dirinya dan melihat bayangan yang tidak nyata.

7) Proses pikir

Ketika berinteraksi dengan Tn.M sulit dipahami dan sering melompat dari topik satu ke topik lainnya, tetapi tetap sampai langaung ke tujuan pembicaraan

8) Isi pikiran

Isi pikiran dari Tn. M takut dan gelisah karna tidak ada keluarga nya yang menjenguk di RSJ

9) Tingkat kesedaran

Tn.M tampak sadar walaupun pasien suka linglung dan mondar-mandir

10) Memori

Tn.M tidak ada masalah pada ingatakan jangka panjang dan jangka pendek

11) Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

12) Kemampuan penilaian

Tn.M mampu melakukan penilaian yang sederhana seperti mencuci tangan sebelum makan

13) Daya tilik diri

Tn.M beranggapan kalau semua yang terjadi akibat orang-orang sekitarnya

d. Kebutuhan persiapan klien pulang

1) Makan

Tn.M selama dirawat di RSJ makan sebanyak 3 kali sehari yaitu pada pukul 07.00, pukul 12.00 dan pukul 18.00 WIB

2) BAB/BAK

Tn.M BAB sebanyak 1x sehari dan BAK kurang lebih 4x sehari

3) Mandi

Tn.M mandi 2x sehari, Tn.M kadang-kadang menggunakan sabun, shampoo dan jarang sikat gigi

4) Berpakaian / berhias

Tn.M memakai pakaian kurang rapi, serta sesekali Tn.M tak pakai baju.

5) Istirahat dan tidur

Tn.M mengatakan terkadang susah tidur di malam hari

6) Penggunaan obat

Tn.M meminum obat sebanyak 2x sehari dalam pengawasan perawat

7) Pemeliharaan kesehatan

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

8) Kegiatan di dalam rumah

Tn.M mengatakan ketika berada dirumah, Tn.M jarang melakukan pekerjaan rumah

9) Kegiatan / aktifitas di luar rumah

Tn.M mengatakan kegiatan di luar rumah yaitu Menjual gelang

i. Mekanisme coping

1) Koping adaptif

Tn.M mampu berkomunikasi kepada orang lain tetapi Tn.M lebih jarang menggunakannya .

2) Koping maladaptif

Tn.M memiliki mekanisme koping yang maladaptif, karena ketika Tn.M diganggu oleh saudara,tetangga dan orang lain reaksi yang dilakukan klien sangat berlebihan, emosi berlebihan dan mengamuk

j. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Tn.M mempunyai persoalan dengan lingkungan dekatnya, sebab ketika ada tetangga Tn.M yang mengejek Tn.M langsung pukul karena merasa malu di ejek dan merasa diasingkan orang orang terdekat.

k. Pengetahuan

Tn.M selalu beranggapan bahwa dia tidak menderita gangguan jiwa dan tidak mengetahui kegunaan obat yang di dapatkan dan di konsumsi. Tn.M hanya berharap proses penyembuhan pada dirinya

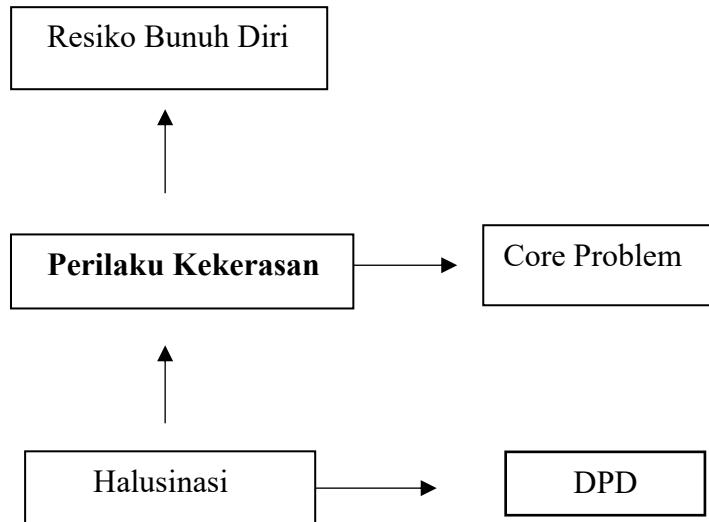
l. Aspek Medik

Tn.M di diagnosa dengan skizofrenia. Skiofrenia memiliki aspek positif dan negatif salah satunya masalah skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Pada kasus ini Tn. M ditemukan gejala perilaku kekerasan.

m. Terapi medis

Terapi medis yang didapatkan Tn. M adalah Respizone 2x2mg, Lorezepam 1x2mg.

2. Diagnosa Keperawatan



Berdasarkan pohon masalah diatas di dapatkan masalah keperawatan prioritas masalah keperawatan pertama adalah Perilaku Kekerasan, halusinasi dan DPD (Defisit Perawatan Diri) dan prioritas masalah keperawatan yang terakhir adalah resiko bunuh diri. Dari perilaku kekerasan merupakan core problem.

3. Rencana Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah strategi pelaksanaan (SP) kepada Tn.M, ketiga strategi pelaksanaan untuk diagnose pertama yaitu perilaku kekerasan, dan kedua strategi pelaksanaan untuk diagnosa kedua yaitu halusinasi.

Strategi Pelaksanaan (sp) keperawatan pada pasien Perilaku Kekerasan²⁰

- 5) Strategi pelaksanaan (SP) 1 pada pasien : pengkajian lalu latihan nafas dalam dan memukul bantal
 - a) Membangun ikatan berdasarkan kepercayaan antara dua pihak.
 - b) Mengetahui pemicu tindakan agresif dan indikator agresi apa yang penting.
 - c) Menjabarkan strategi untuk mengelola perilaku agresif, termasuk bentuk fisik, narkotika, verbal, dan spiritual.
 - d) Pelatihan pengendalian perilaku agresif secara fisik bernapas dalam-dalam, pukul tempat tidur dan bantal.

- e) Aktivitas fisik juga harus menjadi bagian dari agenda.
- 2)Strategi pelaksanaan 2 pada pasien : latihan patuh minum obat
- a) Kaji tanda-tanda peringatan perilaku agresif.
 - b) Pastikan Anda dapat bernapas dalam-dalam, lalu berbaring di tempat tidur dan bantal.
 - c) Pertimbangkan untuk memuji dan menanyakan tentang manfaatnya.
 - d) Obat-obatan dapat menjadi alat yang ampuh dalam melawan perilaku agresif, oleh karena itu penting untuk mempelajari cara meminumnya dengan benar. Berikut adalah enam komponen resep farmasi: nama, jenis, dosis, waktu, metode, konsistensi, dan konsekuensi dari dosis yang terlewat.
 - e) Setelah itu, pastikan untuk memasukkannya kedalam rutinitas olahraga dan pengobatan Anda.
- 3) Strategi pelaksanaan 3 pada pasien : melatih cara social atau verbal
- a) Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
 - b) Validasi kemampuan pasien untuk menarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar.
 - c) Tanyakan manfaatnya dan berikan pujian.
 - d) Latih cara mengendalikan perilaku kekerasan secara verbal (tiga cara, yaitu: mengungkapkan, bertanya, menolak dengan benar).
 - e) Masukkan dalam jadwal aktivitas untuk latihan fisik, minum obat, dan verbal.
- 4) Strategi pelaksanaan 4 pada pasien : latihan cara spiritual
- a) Perhatikan tanda-tanda peringatan perilaku agresif
 - b) Yakinkan pasien bahwa mereka dapat melakukan hal-hal seperti menarik napas dalam-dalam, berbaring di tempat tidur dan bantal, minum obat sesuai resep, dan berlatih berkomunikasi secara verbal atau sosial sesuai kebutuhan.
 - c) Jelaskan keuntungannya dan berikan pujian.
 - d) Pelajari disiplin spiritual dalam mengelola amarah.

- e) Aktivitas fisik, pengobatan, verbal, dan spiritual semuanya harus menjadi bagian dari rencana.

Strategi pelaksanaan (sp) keperawatan pada pasien Halusinasi²¹

- 1) Strategi pelaksanaan (SP) 1 pada pasien : menghardik halusinasi
 - a) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien
 - b) Mengidentifikasi isi halusinasi klien
 - c) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
 - d) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
 - e) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
 - f) Menjelaskan cara mengkontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - g) Melatih pasien mengkontrol halusinasi dengan menghardik
 - h) Masukkan ke dalam jadwal harian untuk latihan
- 2) Strategi pelaksanaan (SP) 2 : meminum obat secara teratur dengan prinsip 6 benar meminum obat
 - a) Evaluasi tanda dan gejala halusinasi
 - b) Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengkontrol halusinasi, beri pujian
 - c) Evaluasi manfaat mengkontrol halusinasi dengan cara menghardik
 - d) Latih cara mengkontrol halusinasi dengan cara patuh meminum obat
 - e) Jelaskan pentingnya penggunaan obat, akibat bila obat tidak digunakan sesuai program, akibat bila putus obat, cara mendapatkan obat/berobat jelaskan prinsip 6 benar minum obat
- 3) Strategi pelaksanaan 3 : bercakap- cakap dengan orang lain
 - a) Evaluasi gejala halusinasi
 - b) Validasi kemampuan pasien dalam mengkontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat, beri pujian.
 - c) Evaluasi manfaat mengkontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat sesuai jadwal
 - d) Latih cara mengkontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap saat terjadi halusinasi
 - e) Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan
- 4) Strategi pelaksanaan 4 : melakukan aktivitas sehari-hari

- a) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
- b) Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, meminum obat, dan bercakap- cakap dengan orang lalin, berikan pujian
- c) Latih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan harian
- d) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

Strategi DPD (Defisit Perawatan Diri)²²

- 1) Strategi Pelaksanaan 1 pada pasien :
 - a) Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik
 - b) Sapa pasien dengan ramah baik verbal maupun non verbal
 - c) Perkenalkan diri dengan sopan
 - d) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - e) Jelaskan tujuan pertemuan
 - f) Identifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK
 - g) Jelaskan pentingnya kebersihan diri
- 2) Strategi Pelaksanaan 2 pada pasien
 - a) Evaluasi kegiatan yang lalu
 - b) Jelaskan pentingnya berdandan
 - c) Latih cara berdandan seperti cara berpakaian, menyisir rambut, bercukur
 - d) Masukkan jadwal dalam aktivitas pasien
 - e) Lakukan penerapan aktivitas mandiri
- 3) Strategi pelaksanaan 3 pada pasien
 - a) Evaluasi kegiatan yang lalu sp1 dan sp2
 - b) Jelaskan cara dan alat makan yang benar
 - c) Latih kegiatan makan
 - d) Masukkan jadwal dalam aktivitas
 - e) Lakukan penerapan aktivitas mandiri

- 4) Strategi Pelaksanaan 4 pasien :
 - a) Evaluasi kegiatan yang lalu sp1, sp2 dan sp3
 - b) Latih cara BAB/BAK yang baik.
 - c) Jelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai
 - d) Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK
 - e) Masukkan jadwal dalam aktivitas
 - f) Lakukan penerapan aktivitas mandiri

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

4 Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Tn. M untuk ketiga diagnosa keperawatan yaitu: perilaku kekerasan, halusinasi, dan defisit perawatan diri adalah sebagai berikut :

1. Pada tanggal 14 Februari 2024 dilakukan implementasi untuk diagnosa keperawatan perilaku kekerasan dan yang meliputi :
 - a. Strategi Pelaksanaan 1 tentang Perilaku Kekerasan :
 - a) Membina hubungan saling percaya

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

Klien mengatakan penyebab muncul perilaku kekerasan pada dirinya adalah karna pasien merasa terasingi dan sering di ejek oleh tetangga sekitar oleh karna itu klien sering menatap tajam dan berbicara dengan nada tinggi.
 - c) Mendiskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan

Klien mengatakan perasaannya lega apabila dapat melampiaskan keamarahannya dengan cara memukul,menendang dan merusak barang

serta klien lega apabila melampiaskan amarahnya dengan cara mengacau dan memukul orang lain.

- d) Mendiskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang bisa dilakukan pada saat marah terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.

Klien mengatakan saat amarahnya muncul biasanya pasien berbicara ngaur/ngacau, serta memukul orang lain dan membuang barang-barang keluarga

- e) Mendiskusikan bersama pasien akibat perilaku kekerasan
- Klien mengatakan akibat dari ia melakukan kekerasan adalah di kucilkan oleh orang lain.

- f) Menjelaskan dan melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara melatih tarik nafas dalam dan memukul bantal.

- g) Memberikan inforcement setelah pasien melakukan kegiatan latihan nafas dalam dan memukul bantal.

- h) Menanyakan perasaan klien setelah melakukan kegiatan
- Tn. M mengatakan perasaan menjadi lebih lega setelah dilatih nafas dalam dan pukul bantal

- i) Masukkan kegiatan yang pasien lakukan ke jadwal kegiatan harian

- b. Pada tanggal 15 Februari 2025 dilakukan implementasi untuk diagnosis keperawatan perilaku kekerasan meliputi :

- 1) Strategi pelaksanaan 2 tentang perilaku kekerasan:

- a) mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan nafas dalam dan pukul bantal.

pasien mengatakan jika merasa marah kepada seseorang pasien akan melakukan tarik nafas dalam dan memukul bantal. Berikan pujian

- b) Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat (benar obat,benar pasien,benar dosis,benar waktu,benar cara dan kontinuitas minum obat).

- c) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 6 benar minum obat.

Pasien mengatakan belum mengetahui 6 cara minum obat dan pasien

mengatakan minum obat masih diawasi perawat.

d) Masukkan kegiatan yang dilakukan ke jadwal kegiatan harian

c. Pada tanggal 16 Februari 2025 dilakukan implementasi strategi pelaksanaan untuk diagnosa keperawatan tentang Perilaku Kekerasan yang meliputi :

- 1) Strategi Pelaksanaan 3 tentang Perilaku kekerasan (melatih pasien dengan cara sosial dan verbal)
 - a) Mengevaluasi cara mengontrol amarah dengan melatih tarik nafas dalam , memukul bantal dan minum obat (6 benar)
 - b) Menjelaskan dan melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu : memintak dengan baik , menolak dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik
 - c) Tanyakan perasaan pasien setelah dijelaskan dan diajarkan
 - d) Masukkan ke jadwal harian
- 2) Strategi pelaksanaan 4 tentang perilaku kekerasan (melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual)
 - a) Evaluasi cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara latihan nafas dalam,memukul bantal (1), meminum obat (2), dan cara besosial atau verbal
 - b) Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual (sholat dan berdoa)
 - c) Tanyakan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan
 - d) Masukkan kedalam jurnal harian

B. Strategi Pelaksanaan Halusinasi

1. Pada tanggal 17 Februari 2025 dilakukan implementasi untuk

diagnosa keperawatan halusinasi yang meliputi :

a. Strategi Pelaksanaan 1 tentang Halusinasi

1) Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien

Pasien mengatakan sering mendengar bisikan yang mengganggu dan melihat bayangan

- 2) Mengidentifikasi isi halusinasi pasien
 Pasien mengatakan suara tersebut memanggil namanya dan menyuruhnya untuk membunuh keluarga nya dan bayangan tersebut melihat dengan tatapan tajam
 - 3) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien
 Pasien mengatakan sebelum masuk ke rumah sakit bayangan dan suara tersebut datang tidak menentu, kadang datang dan kadang tidak.
 - 4) Mengidentifikasi waktu terjadi halusinasi klien
 Pasien mengatakan waktu halusinasi muncul ketika siang hari dan malam hari sebelum pasien tidur
 - 5) Mengidentifikasi perasaan pasien saat halusinasi muncul
 Pasien mengatakan perasaan saat halusinasi datang adalah merasa marah , cemas dan khawatir karena bayangan terus menghantuiinya
 - 6) Mengidentifikasi respon klien terhadap halusinasi
 Pasien mengatakan biasanya saat halusinasi datang pasien marah dan melempar bayangan dengan batu
 - 7) Menjelaskan melatih cara mengontrol halusinasi dengan menghardik
 - 8) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
 - 9) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien
2. Pada tanggal 18 Februari 2025 dilakukan implementasi untuk diagnosis halusinasi yang meliputi :
- a. Strategi Pelaksanaan 2 tentang halusinasi
 - a) Mengevaluasi tanda dan gejala halusinasi
 Pasien mengatakan halusinasi tersebut msih ada namun masih melihat bayangan hitam
 - b) Memvalidasi kemampuan pasien mengenal halusinasi yang dialami dan mengontrol halusinasi, berikan pujian
 - c) Mengevaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara

menghardik

Pasien mengatakan dari cara menghardik dapat membuat dia mengontrol halusinasi yang terjadi.

- d) Melatih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat
Menjelaskan pentingnya meminum obat karna sesuai anjuran dokter dan menjelaskan prinsip 6 benar meminum obat
- e) Masukkan kedalam jadwal harian.

3. Pada tanggal 19 Februari 2025 dilakukan implementasi untuk diagnosa halusinasi yang meliputi :

- a. Strategi Pelaksanaan 3 tentang halusinasi dengan cara :

- a) Mengevaluasi gejala halusinasi

Pasien mengatakan setelah diajarkan cara menghardik sekarang suara aneh dan bayang yang terlihat kemarin sudah jarang dilihat dan di dengarkan lagi.

- b) Memvalidasi kemampuan pasien dalam mengontrol kekambuhan halusinasi dengan menghardik dan meminum obat sesuai jadwal.
- c) Mengevaluasi manfaat mengontrol halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan teman saat halusinasi terjadi
- d) Masukkan pada jadwal kegiatan harian

- b. Strategi pelaksanaan 4 tentang halusinasi dengan cara

- a) memvalidasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, meminum obat dan bercakap- cakap dengan teman

- b) melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara mengontrol kegiatan harian (menyapu lantai)
pasien mengatakan selama dirawat tidak pernah melakukan kegiatan, pasien hanya duduk dan sesekali bercerita dengan teman
- c) Masukkan ke jadwal harian

C) Strategi Pelaksanaan Defisit Perawatan Diri

1. pada tanggal 14 februari 2025 dilakukan implementasi untuk diagnosa defisit perawatan diri yang meliputi
 - a. strategi pelaksanaan 1 tentang defisit perawatan diri
 - 1) Membina hubungan saling percaya

Tindakan yang telah dilakukan untuk membina hubungan saling percaya berupa mengucapkan salam terapeutik, menjelaskan tujuan berinteraksi dan membentuk kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.
 - 2) Mengidentifikasi masalah perawatan diri, berdandan, makan dan minum, buang air besar dan buang air kecil, menjelaskan pentingnya kebersihan diri.
 - 3) menjelaskan pentingnya kebersihan diri dan menjelaskan alat dan cara kebersihan diri.
 - 4) melatih cara menjaga kebersihan diri (mandi, ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut dan memotong kuku).
 - 5) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
 - 6) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien
2. Pada tanggal 15 februari 2025 dilakukan implementasi untuk diagnosa defisit perawatan diri yang meliputi :
 - a. Strategi pelaksanaan 2 tentang defisit perawatan diri
 - 1) mengevaluasi dan memvalidasi kegiatan kebersihan diri,
 - 2) melatih cara berdandan setelah kebersihan diri (sisiran dan cukuran untuk pria).
 - 3) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
 - 4) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien
3. Pada tanggal 16 februari 2025 dilakukan implementasi untuk diagnosa defisit perawatan diri yang meliputi :
 - a. Strategi pelaksanaan 3 tentang defisit keperawatan diri

- 1) mengevaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan serta berikan pujian,
 - 2) menjelaskan serta melatih cara makan dan minum yang benar.
 - 3) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
 - 4) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien
- b. Strategi pelaksanaan 4 tentang defisit keperawatan diri
- 1) mengevaluasi kegiatan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik serta berikan pujian,
 - 2) menjelaskan serta melatih cara buang air besar dan buang air kecil yang baik.
 - 3) Tanyakan perasaan pasien setelah dilatih
 - 4) Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian untuk latihan yang dilakukan pasien

5.Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang di dapatkan dari implementasi keperawatan yang telah dilakukan. Dimana penulis melakukan implementasi keperawatan berdasarkan 3 diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien yaitu Perilaku Kekerasan, Halusinasi, dan Defisit Perawatan Diri. Semua masalah dapat teratasi berdasarkan pengamatan yang penulis lakukan selama berinteraksi dengan klien

Hasil evaluasi keperawatan terhadap Tn. M pada tanggal 14 Februari 2025 untuk diagnosa keperawatan perilaku kekerasan Strategi Pelaksanaan 1 adalah : tarik nafas dalam dan memukul bantal untuk mengontrol 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 tercapai, dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua perilaku kekerasan yaitu pengetahuan 6 benar meminum obat. Hasil evaluasi keperawatan terhadap

Tn.M pada tanggal 15 Februari 2025 untuk diagnosa perilaku kekerasan Strategi Pelaksanaan 2 adalah : 6 benar minum obat. Pasien mengatakan merasa nyaman setelah meminum obat tepat waktu. Pasien mengatakan mengantuk ketika meminum obat. Hasil evaluasi keperawatan terhadap Tn.M pada tanggal 16 Februari 2025 untuk diagnosa harga diri rendah strategi pelaksanaan ke 3 yaitu melatih cara sosial dan verbal. Pasien mengatakan kurang mampu mengungkapkan apa yang dirasakannya. Sehingga ketika masalah sudah menumpuk menyebabkan pasien marah dan mengamuk, namun pasien mengatakan setelah diajarkan cara verbal dan sosial pasien sudah mampu mengungkapkan perasaannya, dari objektif yang ditemukan pasien tampak memintak dan menolak dengan baik dengan teman, dan perawat. Pasien mampu melakukannya secara sendiri sehingga strategi pelaksanaan yang ketiga tercapai. Hasil evaluasi keperawatan terhadap Tn.M pada tanggal 16 Februari 2025 untuk diagnosa perilaku kekerasan strategi pelaksanaan ke 4 yaitu melatih mengkontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Pasien mengatakan sering meninggalkan sholat. Pasien mengatakan ketika marah pasien sering bercerut, setelah diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual pasien mengatakan sudah memulai sholat dan ketika marah pasien mengucapkan istigfar. Sehingga strategi pelaksanaan yang ke empat tercapai.

Hasil evaluasi keperawatan Tn. M pada tanggal 17 februari 2025 untuk diagnosa halusinasi strategi pelaksanaan 1 yaitu latihan menghardik. Pasien mengatakan melakukan latihan menghardik untuk mengontrol apabila halusinasi terjadi. Pasien mampu melakukan menghardik secara mandiri tindakan strategi pelaksanaan pertama sudah tercapai dilanjutkan dengan strategi pelaksanaan kedua halusinasi yaitu pengetahuan 6 benar meminum obat. Hasil evaluasi keperawatan Tn. M pada tanggal 18 februari 2025 untuk diagnosa halusinasi strategi pelaksanaan 2 yaitu 6 benar meminum obat. Pasien mengatakan merasa nyaman setelah meminum obat tepat waktu. Pasien mengatakan mengantuk ketika meminum obat. Hasil evaluasi keperawatan Tn.M pada tanggal 19 februari 2025 untuk diagnosa halusinasi strategi pelaksanaan 3 yaitu mengkontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap

dengan teman. Pasien mengatakan sudah melakukan sudah ada kegiatan bercakap- cakap dengan teman, tetapi pasien hanya bercakap cakap sebentar dikarenakan pasien tidak tau topik pembicaraan. Pasien melakukan sendiri sehingga strategi pelaksanaan ketiga tercapai. Hasil evaluasi keperawatan Tn. M pada tanggal 19 februari 2025 untuk diagnosa halusinasi strategi pelaksanaan ke 4 yaitu melatih melakukan kegiatan menyapu. Pasien mengatakan sudah mampu melakukan kegiataan.

Hasil evaluasi keperawatan Tn. M pada tanggal 14 februari 2025 untuk diagnosa defisit perawatan diri, strategi pelaksanaan 1 yaitu responden mampu menjaga kebersihan diri dan mampu melaksanakan cara mandi dan gosok gigi yang baik dan benar, responde sudah menunjukan perubahan yang signifikan. peneliti menyimpulkan penerapan SP 1 defisit perawatn diri tercapai, dan dilanjutkan dengan penerapan SP 2. Pada strategi pelaksanaan 2 Responden tampak mulai banyak melihatkan pemulihan seperti dapat menyebutkan kembali cara berhias/berdandan (cukuran) yang baik dan benar. dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan penerapan SP 2 pada defisit perawatan diri tercapai, dan dapat melanjutkan penerapan SP 3 Defisit perawatan diri. Strategi 3 responden mampu melakukan dan menjelaskan cara makan dan minum dengan baik dan benar, keluarga juga mengatakan responden sekarang mampu mengambil makan dengan mandiri. Defisit perawatan diri, dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan bahwa SP 3 tercapai, dan dilanjutkan dengan SP 4 defisit perawatan diri. Strategi Pelaksanaan 4 Responden mampu menjelaskan dan menyebutkan cara BAB/BAK yang baik dan benar. dari data subjektif dan objektif tersebut peneliti menyimpulkan bahwa SP 1-4 defisit perawatan diri tercapai.

B. Pembahasan Kasus

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan pada Tn. M dengan Perilaku Kekerasan diruangan Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang, dapat penulis bisa membahas perbandingan antara hasil penelitian yang telah penulis lakukan pada tanggal 14 februari 2025 sampai dengan 19 februari 2025 dengan penelitian terdahulu serta kaitannya dengan

teori yang sudah ada. Penulis akan membahas kesulitan yang ditemukan dalam menyampaikan asuhan keperawatan terhadap Tn.M. dengan perilaku kekerasan. Didalam penyusunan asuhan keperawatan penulis melakukan suatu proses yang mencakup pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian keperawatan

a. Keluhan Utama

Penelitian yang dilakukan pada Tn. M ditemukan data diagnosa perilaku kekerasan dengan keluhan utama pasien mengamuk-ngamuk, pasien memukul tetangganya, membunuh kucing. Tn. M mengatakan tidak mau berinteraksi dengan teman-teman yang ada diruangan, pasien gelisah dan sering mondar mandir, pasien juga masih merasakan marah kepada keluarganya karena dimasukkan ke RSJ. Kemudian pasien melampiaskannya dengan memukul teman dan menendang pintu. Pasien mengatakan sesekali mendengarkan suara yang menyuruhnya untuk membunuh keluarganya dan melihat bayangan.

Hal ini sesuai dengan teori dari buku Pardede JA 2020 yang berjudul Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan memaparkan bahwa tanda dan gejala pasien perilaku kekerasan adalah marah-marah, mengamuk,pandangan tajam,merusak barang dan mengancam secara verbal dan fisik.²³

Teori ini sejalan dengan penelitian Wulansari dan Sholihah (2021) dalam penelitiannya tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, setelah dilakukan pengkajian di dapatkan hasil Tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah muka merah, tegang, mata melotot/pandangan tajam, bicara kasar, nada suara tinggi, membentak, kata-kata kotor, ketus, memukul benda/orang lain, menyerang orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi cerewet, kasar, berdebat, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli, kasar, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.²⁴

Menurut analisa peneliti, adanya kesesuaian antara teori dan praktik yang

peneliti temukan pada pasien karena beberapa keluhan yang dirasakan pasien yaitu : mudah marah, pandangan tajam, suara nada tinggi, bicara kasar, melukai orang lain dan lingkungan.

b. Status Mental

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

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

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

Berdasarkan data peneliti bahwa kejadian yang didapatkan dilapangan sesuai dengan teori dan penelitian terdahulu, akan tetapi asumsi peneliti

terdapat perbedaan antara teori dengan kasus yang ditemukan selama penelitian, dimana teori mengatakan pasien tidak mampu dialihkan, akan tetapi saat penelitian perhatian pasien mudah berganti atau dialihkan dari satu objek ke objek yang lain.

c. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan jiwa pada pasien yang diteliti yaitu Tn.M penyebab perilaku kekerasan yaitu halusinasi sebagai penyebab, perilaku kekerasan sebagai core problem, dan defisit perawatan diri sebagai akibat. Berdasarkan pohon masalah pada responden ditemukan 3 diagnosa yaitu perilaku kekerasan, halusinasi, defisit perawatan diri. Sementara itu prioritas diagnose keperawatan yang pertama yaitu perilaku kekerasan.

Data yang memperkuat peneliti mengangkat diagnosa perilaku kekerasan pada pasien yaitu dengan adanya data objektif dan subjektif, serta alasan masuk Rumah Sakit Jiwa, yaitu klien mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, suara keras, menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, perilaku agresif atau amuk.

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

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

Prioritas masalah ketiga diagnose keperawatan yang diambil pada pasien yaitu risiko menciderai diri sendiri dan orang lain. Hal ini sesuai dengan

teori Keliat (2013) menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan tindakan menciderai orang lain, diri sendiri, merusak lingkungan, dan ancaman secara verbal. Menurut Teschinsky (2010) juga menjelaskan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan akan mengalami reaksi emosi terhadap gangguan dan stigma sosial yang ditimbulkan karena perilaku kekerasan dengan dampak lainnya. Ditambah dengan pernyataan pasien yang mengatakan bahwa dia merasa berbicara kerasa, pernah memukul adiknya, dan merusak peralatan rumah tangga.

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

d. Rencana Keperawatan

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

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

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

Diagnosa prioritas kedua yaitu halusinasi. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien terdiri atas empat yaitu strategi pelaksanaan pertama, mengkaji kesadaran pasien akan halusinasinya, dan pengenalan halusinasi. upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengontrol halusinasinya, perawat menjelaskan cara mengontrol halusinasi (mrnghardik), perawat melatih pasien mengontrol halusinasi dengan menghardik. Strategi pelaksanaan kedua, perawat mengevaluasi kemampuan pasien mengenali halusinasi yang dialami dan kemampuan pasien mengontrol halusinas dengan menghardik, perawat melatih cara mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat. Strategi pelaksanaan ketiga, perawat mengevaluasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan menghardik, minum obat, perawat melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap cakap saat terjadi halusinasi. Selanjutnya strategi pelaksanaan keempat, perawat mengevaluasi kemampuan pasien menghardik, minum obat, dan bercakap-cakap, perawat melatih cara mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan sehari-hari. Berdasarkan proses perencanaan yang telah dilakukan, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek dalam memprioritaskan masalah dan

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

e. Implementasi Keperawatan

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa **Perilaku Kekerasan** yaitu melatih tarik napas dalam dan pukul bantal, patuh minum obat, meminta dan menolak dengan baik, serta latihan spiritual. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Desak (2022) yang menyatakan bahwa adanya pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap perilaku marah pasien skizofrenia menunjukan bahwa dengan pemberian relaksasi pernafasan secara teratur dan rutin akan menurunkan ketegangan dan meningkatkan ketenangan kepada pasien. Selain itu menurut penelitian yang dilakukan oleh Ernawati, Samsualam dan Suhermi (2020) bahwa dengan melakukan dzikir (Subhannah, Allahuakbar, Alhamdulillah) dan mendengarkan ayat ayat Al-Qur'an memiliki pengaruh terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan.

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada diagnosa keperawatan **Halusinasi** yaitu melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, dengan patuh minum obat, melatih pasien dengan bercakap-cakap, serta melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susilaningsih (2019) yang

menunjukkan bahwa menggunakan teknik pengendalian halusinasi dengan menghardik dapat digunakan untuk mengontrol halusinasi pendengaran.

Implementasi pada diagnose keperawatan **Defisit Perawatan Diri** tindakan keperawatan pada responden dan keluarga dilakukan sebanyak 4 kali kunjungan pada diagnose defisit perawatan diri. Pada pertemuan pertama yang perawat lakukan pada responden yaitu: membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi masalah perawatan diri: kebersihandiri, berdandan, makan dan minum, serta BAB/ BAK, menjelaskan pentingnya kebersihan diri, menjelaskan cara dan alat kebersihan diri, melatihan cara menjaga kebersihan diri: Mandi, sikat gigi, cuci rambut, dan potong kuku, memasukan ke jadwal kegiatan harian. Pertemuan ke 2, evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berikan pujian, menjelaskan cara dan alat berdandan, melatih cara berdandan setelah kebersihan diri: Sisiran dan rias muka bagi perempuan,Cukuran untuk laki-laki, memasukan ke jadwal kegiatan harian. Pertemuan ke 3 pasien, evaluasi kegiatan kebersihan yang pertama lalu berikan pujian, menjelaskan dan melatih cara dan alat makan dan minum yang baik dan benar,memasukan ke jadwal kegiatan harian. Pertemuan ke 4 pasien, evaluasi kebersihan diri makan,berdandan, maakan dan minum yang baik berikan pujian, menjelaskan dan melatih cara BAB/BAK yang baik, memasukan ke jadwal kegiatan harian.

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

f. Evaluasi keperawatan

Pada evaluasi keperawatan yang peneliti lakukan sebagian sudah teratasi untuk tiga diagnosa keperawatan diantaranya, perilaku

kekerasan, halusinasi, dan defisit perawatan diri.

Evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan diagnose **Perilaku Kekerasan** yaitu meliputi membina hubungan saling percaya antara peneliti dengan responden tercapai ditandai dengan responden bersedia duduk berhadapan dengan peneliti, responden bersedia di wawancara dengan cukup koperatif. responden bersedia diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dan mampu memperagakan ulang cara yang telah diajarkan dengan benar. Pasien dapat meggetahui cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam, dan pukul bantal, minum obat, latihan verbal dan spiritual, pasien juga dapat mengulangi kembali strategi pelaksanaan yang pernah diajarkan oleh perawat, pasien mengatakan ia sudah merasa tenang dan tidak kesal ataupun marah lagi, pasien juga sudah tampak tenang.

Evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan diagnose **Halusinasi** yaitu meliputi membina hubungan saling percaya antara peneliti dengan responden tercapai, responden menunjukkan perbaikan yang cukup signifikan. Responden sudah mulai jarang bahkan hamper tidak mendengar lagi suara-suara yang muncul, responden menunjukkan kemajuan, responden mengatakan merasa tenang, responden juga mampu memperagakan ulang cara yang dilatih dengan baik dan benar, sehingga diharapkan halusinasi tidak terjadi lagi pada responden dan dapat melakukan strategi pelaksanaan pelaksanaan secara mandiri tanpa bantuan perawat maupun orang lain.

Evaluasi tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan diagnose keperawatan yaitu **Defisit Perawatan Diri**, yaitu dengan responden sudah mampu melakukan kebersihan diri secara mandiri, responden sudah mampu melakukan berhias/berdandan (cukuran) bagi laki-laki, responden sudah mampu mamakan dengan baik, dan responden juga sudah mampu BAB/BAK secara baik dan benar.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah peneliti melakukan asuhan keperawatan jiwa pada 1 orang klien (Tn. M) dengan perilaku kekerasan di Wisma Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof. HB Saanin Padang dari tanggal 14 Februari 2020 sampai dengan 19 Februari 2025 maka dapat disimpulkan :

1. Hasil pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian pada responden penulis tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Pada etiologi disebutkan faktor predisposisi dari perilaku kekerasan meliputi faktor biologis, psikologis, sosialkultur. Pada prnsip pengkajian yang perlu diperhatikan pada data focus yang didapatkan berdasarkan observasi dan wawancara pada pengkajian data focus yang didapatkan yaitu seringnya responden marah- marah tanpa sebab, tidak bisa mengendalikan amarah, muka merah dan tegang, nada suara tinggi, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mulai melukai dan merusak orang atau benda. Pengobatan pada perilaku kekerasan juga harus diperhatikan jenis dan efek samping obat, untuk dapat melakukan kolaborasi dalam mengatasi efek samping obat agar klien tidak malas untuk minum obat.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosa yang muncul pada partisipan yaitu diagnose prioritas perilaku kekerasan, halusinasi dan defisit perawatan diri. Hal ini sesuai dengan pohon masalah perilaku kekerasan, dimana yang menjadi core problem yaitu perilaku kekerasan, yang menjadi cause atau penyebab halusinasi, dan yang menjadi effect atau akibatnya defisit perawatan diri.

3. Intervensi keperawatan

Pada intervensi dapat disimpulkan penulis telah membuat perencanaan sesuai teoritis yang ada dan diharapkan dapat mengatasi masalah pasien. Pada diagnose perilaku kekerasan penulis membuat dan melakukan strategi pelaksanaan untuk mengontrol perilaku kekerasan, mengontrol halusinasi,

dan melatih kebersihan diri.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan merupakan implementasi dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dengan harapan dan hasil yang dicapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil penelitian implementasi yang dilakukan baik kepada individu maupun keluarga terdiri dari 3 strategi pelaksanaan yang harus dilaksanakan.

5. Evaluasi Keperawatan Berdasarkan catatan perkembangan Tn. M dengan metode SOP yang telah peneliti lakukan, didapatkan hasil bahwa diagnosa perilaku kekerasan dapat teratasi ditandai dengan Tn. M sudah mampu mengontrol emosi dan amarah. Diagnosa kedua yaitu halusinasi juga dapat teratasi ditandai dengan Tn. M sudah mampu mengontrol halusinasi dengan menerapkan strategi pelaksanaan yang telah dilaksanakan. Diagnosa ketiga yaitu defisit perawatan diri dapat teratasi ditandai dengan responden sudah mampu menjaga kebersihan diri secara mandiri, keluarga mengatakan sudah mulai BAK pada tempatnya keluarga juga mengatakan respon sudah mulai mau untuk disuruh mandi

B. SARAN

1. Bagi peneliti

Agar mendapatkan wawasan dan pengalaman penelitian dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dengan mengaplikasikan teori yang diperoleh semasa kuliah.

2. Bagi Rumah Sakit

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

3. Bagi akademik

agar memberi kesempatan kepada mahasiswa program studi diploma III

keperawatan Padang untuk menyusun KTI dengan jenis penelitian lain (bukan hanya studi kasus) misalnya jenis penelitian kuantitatif dan korelasional.

4. Bagi peneliti selanjutnya

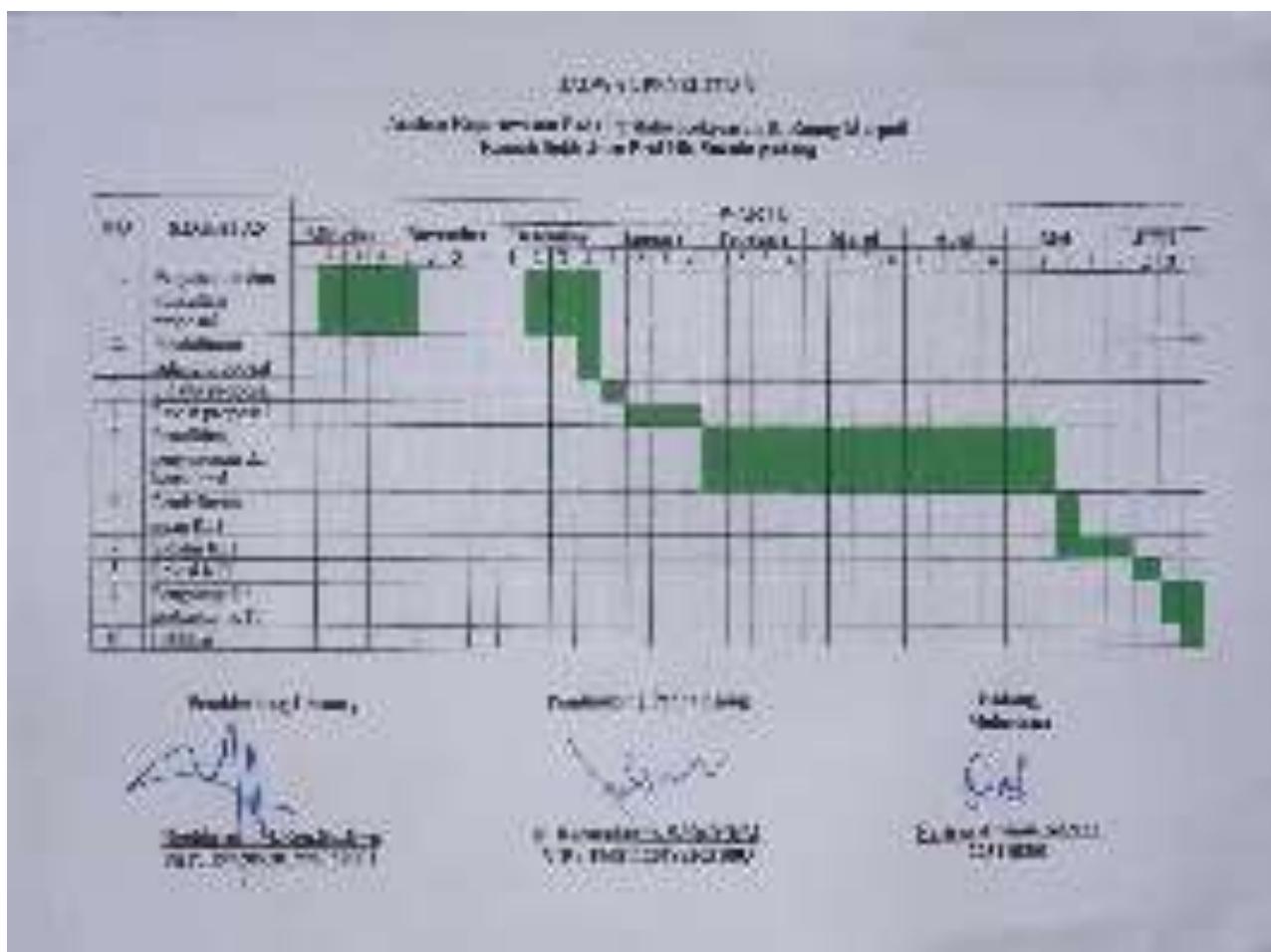
Sebagai referensi dan rujukan dalam pembuatan atau mengaplikasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Auliatal Khasanah S, Sri Suyanti T, Karyawati T, Keperawatan Al Hikmah A, Alamat I, Raya Benda Komplek Ponpes Al Hikmah J, et al. Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. S dengan Masalah Utama Risiko Perilaku Kekerasan Akibat Skizofrenia Paranoid di Ruang Gatotkaca RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *Nursing Applied Journal*. 2024;2(4):110–9.
2. Rani Sopiya Sari, Titi Sri Suyanti, Slamet Wijaya B. Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. M Dengan Gangguan Sensori Persepsi: Halusinasi Pendengaran Akibat Skizofrenia Schizoaffection Disorder Di Ruang Madrim RSJD dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Keperawatan*. 2023 Sep 18;1(4):83–93.
3. Untuk D, Keperawatan S, Kep (S. skripsi hubungan antara dukungan keluarga dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia di wilayah kerja puskesmas geger kabupaten madiun oleh: febby putri damayanti nim 201602018 program studi keperawatan stikes bhakti husada mulia madiun 2020
4. Gasril P, Suryani S, Sasmita H. Pengaruh Terapi Psikoreligious: Dzikir dalam Mengontrol Halusinasi Pendengaran Pada Pasien Skizofrenia yang Muslim di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 2020 Oct 1;20(3):821.
5. Keperawatan Notokusumo J, Kasus Harga Diri Rendah Kronis Pada Pasien Skizofrenia Annisa Salsabila Ramadhani S, Nur Rahmawati A, Apriliyani I, Salsabila Ramadhani A, Studi Keperawatan P, et al. harga diri rendah kronis pada pasien skizofrenia.
6. Natalia M, Mare S, Laia D, Sukitiro H, Fadillah F, Cerahwati I, et al. Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan.
7. buku ajar keperawatan kesehatan jiwa_241014_230658.
8. Perilaku kekerasan_241014_222615.
9. Putri J, Marni E, Adila DR, Program M, Keperawatan SI. Hubungan Kunjungan Keluarga Terhadap Kesembuhan Pasien Risiko Perilaku Kekekrasan Di rumah sakit jiwa Tampan pekan baru.. Vol. 9, *Jurnal Ners Indonesia*. 2019.

10. Susilowati OY, Akademi Keperawatan Krida Husada D, Akademi Keperawatan Krida Husada A. Penatalaksanaan Pasien Gangguan Jiwa Dengan ... (Y. Susilowati dkk).
11. Konsep A, Kekerasan P. BAB II TINJAUAN PUSTAKA.
12. Sutejo. Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa. Yogyakarta; 2019.
13. Senja Amalia, Pratama Agus Ari. Keperawatan Jiwa. Tarmizi, editor. Jakarta Timur ; 2022.
14. Tim Pokja SDKI DPP PPNI. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. 1st ed. Tim Pokja SDKI DPP PPNI, editor. Jl. Raya Lenteng Agung No 64 Jagakarsa, Jakarta Selatan; 2017.
15. Wulandari E. M (2021). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Risiko perilaku kekerasan di ruang elang Rumah Sakit Jiwa daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
16. (Aprillia 2022). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien dengan Risiko Perilaku Kekekrsan di ruang elang rumah sakit jiwa daerah Atma Husada Mahakam Samarinda...
17. Wulandari Puti Ayu Ida. ASUHAN KEPERAWATN JIWA. Daryaswanti intan Putu, editor. Jl. Kendali Jaya No 166 Kota Jambi; 2023.
18. Askep RSJ (1).
19. Keperawatan A, Pada J, Dengan K, Kartika N:, Rahmadani D, Kesehatan P, et al. Karya tulis Ilmiah Rumah sakit jiwa Daerah Atma Husa Mahakan samarinda (Studi Kasus Tn. R dan Tn. M) Oleh. 2019.
20. sp pk.
21. Keperawatan S, Syahdi JD, Syahdi D, Pardede JA. Penerapan Strategi Pelaksanaan (SP) 1-4 Dengan Masalah Halusinasi Pada Penderita Skizofrenia: Studi Kasus.
22. Wulandari Y, Anita Sari Laia V, Zega R, Lestari Siregar S, Amidos Pardede J. Peningkatan Kemampuan dan Penurunan Gejala Pasien Skizofrenia Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri: Studi Kasus.
23. Pardede JA. Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan [Internet]. 2020. Available from: <https://osf.io/we7zm>
24. NASPUB ESTIKA.

LAMPIRAN



BINAISSAH TINA PUSAT KEGIATAN
RAGIAN STM DAN LITBANG

Surat Tugas Nomor 1000 Tahun 2007

Tanggal 10/07/2007

Tujuan : Melakukan
Pembinaan dan Pengembangan

Mitra : Dinas Perikanan
Penangkap
Waduk
Makassar
Pemda : Bapak Andi Djau
Darmawati

Kepala : Bapak
Habibullah
Sekretaris : Bapak
Firdaus

Dari perbaikan :

Perbaikan jembatan di atas Sungai Niti Jaya di KM 18,500 yang berada di
Dusun Niti Jaya Desa Niti Jaya Kecamatan Niti Jaya Kabupaten Bone
Untuk mendukung pertanian

Tujuan : Melakukan Pembinaan dan Pengembangan

Tempat : Dinas Perikanan

Waktu : 100 Km dari makassar
Tujuan : Melakukan pembinaan dan pengembangan

Pada hari ini kita akan melaksanakan kerja bakti pembangunan jembatan
di atas Sungai Niti Jaya di KM 18,500 yang berada di

Desa Niti Jaya Kecamatan Niti Jaya Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan

Pemda : Bapak Andi Djau
Darmawati

Lokasi : Dinas Perikanan

Cadangan : Untuk kerja bakti ini kita akan membawa barang-barang
yang dibutuhkan untuk kerja bakti

Harapan : Harapannya agar kerja bakti ini dapat berjalan dengan lancar

-1-

-2-

-3-

-4-

-5-

-6-

-7-

-8-

-9-

-10-

BIDANG PERAWATAN
RS.IIWA PROF. HR.SAANTO PADANG

Telp : 031-4522828
- 031-4522829

Nomer : 4412 81 94751 214
E-mail : rsiiwa@jkt.id
Alamat : www.rsiiwa.com

Surabaya

Perihal : —

Dik

Agustus.

Sekarang ini kami mengajukan permohonan untuk mendapat bantuan dana untuk pembangunan gedung baru di kota Surabaya. Kami berharap dengan adanya bantuan ini dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan masyarakat yang ada di sekitar gedung ini.

Terimakasih atas perhatian dan pertimbangan yang diberikan.

Tanggal Pengajuan:

10/08/2008
Ditanda tangan oleh :
Nurul Hidayah
Kepala Bidang Perawatan

BAGIAN SDM DAN LEBANG

J. Child Psychol. Psychiatr. 2000; 41: 1063-1073

11-2

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

$$P_{\text{out}} = \frac{1}{2} \left(1 + \frac{P_{\text{in}}}{N_0} \right)$$

INFORMATION CENTER

How to Write a Research Paper

Wavelengths measured

Na dalszym etapie rozwoju gospodarki polskiej pojawiały się nowe grupy ludności, m.in. osiedlający się w kraju rolnicy i rzemieślnicy, a także kupcy i handlarze. W latach 1922-1939 liczba ludności Polski wzrosła z 27,5 do 35,5 mln.

Una Pisa, una Montagnola, un tempo grande la cosa da fare. Ma poi venne il treno, e poi le auto.

$\theta_{\text{min}} = \pi - \arctan(\sqrt{2}/3)$

三

10

+ 214 M

Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa

Ruangan Rawat : Merpati
Tanggal Dirawat : 12 Februari 2025

I. Identitas Pasien

Inisial : Tn. M (L)
Tanggal Pengkajian : 14 Februari 2025
Umur : 34 th
RM No. : 03.95.38
Informasi : Pasien dan rekam medis
Alamat : Sebrang Padang

II. Alasan Masuk

Klien masuk rumah sakit jiwa Prof HB Saanin Padang diantar oleh keluarga sendiri pada tanggal 12 Februari 2025 dengan keluhan klien mengamuk- ngamuk dan memukul tetangganya karna klien merasa kesal ketika diejek. Klien juga mendengar bisikan yang menyeruhny untuk membunuh kucing dan memakan daging kucing. Pasien mengatakan mendengar suara yang aneh dan melihat bayangan hitam sehingga membuat pasien mondar-mondir dan marah- marah sendiri.

III. Faktor Presdisposisi

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?

Ya Tidak

2. Pengobatan sebelumnya.

Berhasil Kurang berhasil Tidak berhasil

3. Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia

Aniaya Fisik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aniaya seksual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penolakan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kekerasan dalam keluarga

Tindakan kriminal

Jelaskan No 1,2,3 :

Pasien belum pernah di rawat di Rumah Sakit Jiwa sebelumnya pasien mengatakan dia tidak pernah mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, kekerasan

dalam keluarga dan tindakan kriminal. pasien hanya sekolah sampai SMP. Pasien merasa rendah diri karena tidak bekerja dan tidak dihargai oleh kerabat-kerabatnya.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya Tidak

Hubungan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Pasien mengatakan ada pengalaman hidup yang nya yang tidak menyenangkan seperti sering diabaikan oleh orang tua klien dan saudara-saudaranya.

IV. Fisik

1. Tanda –Tanda Vital:

TD: 120/82 mmHg N: 98x/I S: 36,8 P: 17x/i

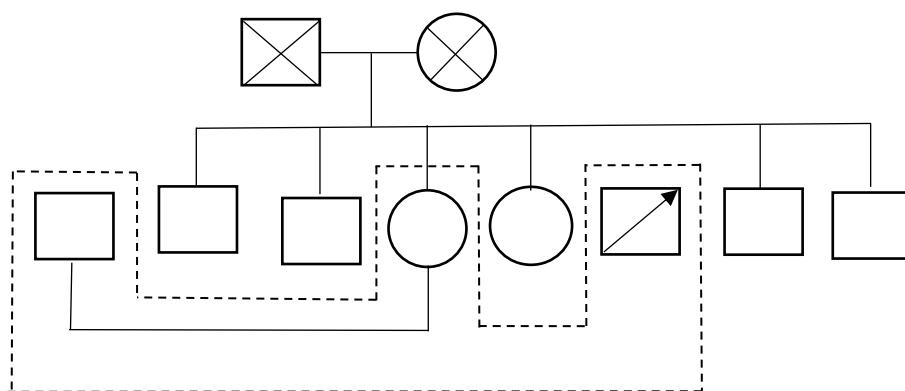
2. Ukur: TB: 167 cm BB: 57 kg

3. Keluhan fisik: Ya Tidak

V. Psikososial

Pada akhir pengkajian, tulis tempat dan tanggal pengkajian serta tanda tangan dan nama jelas mahasiswa.

1. Genogram



Keterangan :

= laki-laki = perempuan  = klien
 = meninggal — = Menikah - - - = Hubungan

1. Konsep diri

a. Gambaran diri :

Pasien mengatakan ia menyukai anggota tubuhnya.

b. Identitas :

Pasien mengatakan dia anak kelima dari tujuh bersaudara.

c. Peran :

Pasien mengatakan sehari-hari hanya dirumah saja sambil berjualan gelang .

d. Ideal diri :

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

e. Harga diri :

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

2. Hubungan sosial

a. Orang terdekat :

Pasien mengatakan orang terdekat saat ini adalah sahabat pasien

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat:

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

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

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

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan ia beragama islam. Pasien juga mengatakan Agama islam menyembah allah swt dan jarang melakukan sholat 5 waktu

b. Kegiatan ibadah

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

VI. Status Mental

1. Penampilan

Penampilan nampak tidak rapi, kadang-kadang juga suka membuka baju

2. Pembicaraan

Pasien berbicara sangat keras dan terkadang suka berkata kasar

3. Aktivitas Motorik

Pasien merasa gelisah dan selalu bertanya kapan dia pulang. Pasien juga sering mondar-mandir. Terkadang bila pasien di ganggu pasien memukul temannya.

4. Alam perasaan

pasien merasa sedih bila berada dirumah sakit dan pasien ingin cepat pulang supaya bisa berjualan

5. Afek

Pasien merasa khawatir karena belum ada keluarga yang menjemputnya.

6. Intraksi selama wawancara

Saat berinteraksi tatapan mata klien tajam, lalu pasien cepat merasa bosan, pada saat wawancara pasien sering tiba-tiba pergi begitu aja, tetapi pasien kooperatif dengan pertanyaan yang diajukan.

7. Persepsi

Pada saat pasien dirawat pasien mendengarkan suara bisikan yang mengganggu dirinya dan melihat bayangan yang tidak nyata.

8. Proses Pikir

Ketika berinteraksi pasien bicara dengan terbelit- belit dan sering melompat dari topik satu ke topik lainnya, tetapi tetap sampai langaung ke tujuan pembicaraan

9. Isi Pikir

Isi pikiran dari pasien takut dan gelisah karna tidak ada keluarga yang menjenguknya di rsj

10. Tingkat Kesadaran

Pasien tampak sadar walaupun klien suka linglung dan mondar – mandir

11. Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

12. Kemampuan penilaian

Pasien mampu menentukan pilihan sederhana seperti dimana ia akan duduk untuk berbincang

13. Daya tilik diri

pasien beranggapan kalau semua yang terjadi akibat orang-orang sekitarnya.

14. Memori

Pasien tidak ada masalah pada ingatan jangka panjang dan jangka pendek

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Pasien selama dirawat di RSJ makan 3x sehari secara teratur pada pukul 07.00, pukul 12.00 dan pukul 18.00 WIB

2. Eliminasi (BAB/BAK)

Pasien BAB sebanyak 1x sehari dan BAK kurang lebih 4x sehari

3. Kebersihan diri

Pasien mandi 2x sehari, pasien kadang-kadang menggunakan sabun, shampoo dan jarang sikat gigi

4. Berhias/ Berdandan

Pasien memakai pakaian kurang rapi, serta sesekali pasien tak pakai baju. Pasien malas berhias setelah mandi

5. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan terkadang susah tidur di malam hari

6. Penggunaan obat

Pasien meminum obat sebanyak 2x sehari dalam pengawasan perawat

7. Pemeliharaan Kesehatan

Pasien menggunakan kartu bpjs selama proses perawat kesehatan selama berada di dalam keaddan sakit

8. Kegiatan di dalam rumah

pasien mengatakan ketika berada dirumah, pasien jarang melakukan pekerjaan

rumah

9. Kegiatan diluar rumah

Pasien mengatakan kegiatan di luar rumah yaitu menjual gelang .

VIII. Mekanisme Koping

1). Koping Adaptif

Pasien mampu berkomunikasi kepada orang lain tetapi pasien lebih jarang menggunakaninya.

2). Koping Maladaptif

Pasien memiliki mekanisme coping yang maladaptif, karena ketika pasien diganggu oleh saudara, tetangga dan orang lain reaksi yang dilakukan pasien sangat berlebihan, emosi berlebihan dan mengamuk

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Pasien mempunyai persoalan dengan lingkungan dekatnya, sebab ketika ada tetangga pasien yang mengejek pasien langsung pukul karena merasa malu di ejek dan merasa diasingkan orang terdekat.

X. Kurang Pengetahuan Tentang:

pasien selalu beranggapan bahwa dia tidak menderita gangguan jiwa dan tidak mengetahui kegunaan obat yang di dapatkan dan dikonsumsi. pasien hanya berharap proses penyembuhan pada dirinya

XI. Aspek Medik

Terapi Medik : Risperidone 2 x 2 mg

Lorazepam 1 x 2 mg

Perawat,

(.....)

Analisa Data

Nama Pasien : Tn. M

No.	Analisa Data	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan marah, karena orang lain sering mengejeknya. 2. Pasien mengatakan sering memukul orang lain 3. Pasien merasa gelisah karena takut tidak di jenguk oleh keluarga 4. Pasien sering mengumpat dengan kata-kata kasar <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pandangan pasien tampak tajam 2. Pasien tampak sering menglihatkan pandangannya 3. Pasien tampak sering berjalan mondar mandir 	Perilaku Kekerasan
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan melihat bayangan 2. Pasien mengatakan pernah mendengarkan suara bisikan yang menyuruh dia melukai orang lain <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sering melamun dan pandangan kosong 2. Ketika berinteraksi pasien sering meninggalkan tempat 3. Pasien tampak melihat dengan pandangan kosong sesekali kesatu arah 	Halusinasi

3. DS : 1. Pasien mengatakan jarang menggosok gigi setelah mandi 2. Pasien mengatakan malas berhias diri setelah mandi DO : 1. Gigi pasien tampak tidak bersih 2. Pasien tampak tidak rapi	DPD
---	-----

INTERVENSI KEEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. M

No MR :

N o	Diagnosa Keperawata n	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perilaku kekerasan	Pasien mampu : mengkontrol perilaku kekerasan dengan strategi pelaksanaan keperawatan	<p>Setelah melakukan 2-3 kali pertemuan diharapkan klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal dan tarik napas dalam 2. Minum obat dengan prinsip 6 benar minum obat 3. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan baik dan benar) 4. Mengontrol dengan spiritual 	<p>Strategi pelaksanaan pasien</p> <p>SP 1 Pasien: mengontrol perilaku dengan latihan fisik 1 dan 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan, kekerasan yang dilakukan 3. Menjelaskan cara mengontrol kekerasan yaitu fisik, obat, verbal spiritual 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal 5. Masukan pada jadwal

				<p>kegiatan untuk latihan fisik</p> <p>SP 2 pasien: melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan prinsip 6 benar minum obat.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi kemampuan melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan batal 3. Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian 4. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan (jelaskan 6 benar: benar nama, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontiunitas minum obat dan dampak jika tidak minum obat) 5. Lalu masukan pada jadwal kegiatan latihan fisik dan minum obat
--	--	--	--	---

				<p>SP 3: Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak, meminta, dan mengucapkan dengan baik dan benar)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minnum obat dengan patuh dan benar 3. Tanyakan manfaatnya dan memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal (3 cara yaitu: mengungkapkan meminta, menolak dengan benar) <p>SP 4: mengontrol dengan cara spiritual.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Evaluasi kemampuan
--	--	--	--	--

				<p>pasiens melakukan tarik napas dalam , memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar, melatih cara sosial atau verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tanyakan manfaatnya, memberikan pujiannya 4. Melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual 5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.
2.	Halusinasi	Pasiens mampu mengontrol halusinasi dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan	<p>setelah dilakukan 4x pertemuan klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghardik 2. Patuh minum obat dengan prinsip 6 benar 3. Mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 4. Melakukan aktivitas terjadwal. 	<p>strategi pelaksanaan pasien</p> <p>SP 1 pasien: melatih kegiatan menghardik halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus perasaan, respon, upaya yang dilakukan mengontrol halusinasi 2. Menjelaskan cara mengontrol

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

				<p>kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 4. Tanyakan perasaan pasien 5. Masukkan kejadwal harian pasien <p>SP 4 pasien: melakukan kegiatan sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala 2. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat, dan bercakap-cakap 3. Latih kemampuan halusinasi dengan cara kegiatan sehari-hari (negepel ruangan dan membersihkan tempat tidur) 4. Tanyakan
--	--	--	--	--

				<p>perasaan pasien</p> <p>5. Berikan reinforcement</p>
3.	Defisit perawatan diri	Pasien dapat melakukan kegiatan menjaga kebersihan diri secara mandiri setelah di berikan latihan perawatan atau kebersihan diri		<p>Sp 1 pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Sapa pasien dengan ramah baik secara verbal maupun non verbal 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama pasien panggilan yang disukai pasien 5. Jelaskan tujuan pertemuan 6. Identifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK 7. Jelaskan pentingnya kebersihan diri <p>SP 2 Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatannya 2. Jelaskan pentingnya berdandan 3. Latih cara

				<p>berdandan seperti cara berpakaian, menyisir rambut, bercukur</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Masukkan jadwal dalam aktivitas pasien 5. Lakukan penerapan aktivitas mandiri <p>Sp 3 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu sp 1 dan sp 2 2. Jelaskan cara dan alat makan yang benar 3. Latih kegiatan makan 4. Masukkan jadwal dalam aktivitas 5. Lakukan penerapan aktivitas mandiri <p>Sp 4 pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu sp 1,sp 2 dan sp 3 2. Latih cara BAB/BAK yang baik 3. Jelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai 4. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK 5. Masukkan jadwal dalam aktivitas 6. Lakukan penerapan aktivitas mandiri
--	--	--	--	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Klien : Tn. M

No. MR :

Ruangan : Merpati

No.	Hari/tanggal	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Jumat / 14 Februari 2025 09.30-10.00 wib	Perilaku kekerasan	<p>Sp 1 klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya 2. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukan, kekerasan yang dilakukan 3. Menjelaskan cara mengontrol kekerasan yaitu fisik, obat, verbal spiritual 4. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal 5. Masukan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan marah, karena orang lain sering mengejeknya. b. Pasien mengatakan sering memukul orang lain <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pandangan pasien tampak tajam b. Pasien tampak sering menglihat pandangannya c. Pasien tampak mampu mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan memukul bantal <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perilaku kekerasan b. Sp 1 perilaku kekerasan belum mandiri <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Optimalkan Sp 1 perilaku kekerasan (latihan fisik tarik nafas dalam dan memukul bantal) b. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien 	

2.	Jumat / 14 Februari 2025 13.00-13.30 WIB	Defisit Perawatan Diri	Sp 1 pasien : 1. Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik 2. Sapa pasien dengan ramah baik secara verbal maupun non verbal 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanyakan nama lengkap pasien dan nama pasien panggilan yang disukai pasien 5. Jelaskan tujuan pertemuan 6. Identifikasi kebersihan diri, berdandan, makan, dan BAB/BAK 7. Jelaskan pentingnya kebersihan diri	S : a. Pasien mengatakan jarang menggosok gigi setelah mandi b. Pasien mengatakan malas berhias diri setelah mandi O : a. Gigi pasien tampak tidak bersih b. Pasien tampak tidak rapi A : a. Defisit perawatan diri b. Sp 1 defisit perawatan diri belum mandiri P: a. Optimalkan Sp 1 defisit perawatan diri lanjut sp 2 defisit perawatan diri b. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien	
3.	Sabtu/ 15 februari 2025 10.00-10.30	Perilaku kekerasan	Sp 2 pasien : melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan prinsip 6 benar minum obat. 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi kemampuan melakukan tarik	S: a. Pasien mengatakan sudah mampu dan mengetahui cara minum obat O: a: pasien mampu melakukan minum obat tapi diawasi oleh perawat A: a. Pasien mammpu	

			<p>napas dalam, memukul kasur dan batal</p> <p>3. Menanyakan manfaatnya dan memberikan pujian</p> <p>4. Latih cara mengontrol perilaku kekerasan (jelaskan 6 benar: benar nama, benar dosis, benar waktu, benar cara, kontiunitas minum obat dan dampak jika tidak minum obat)</p> <p>5. Lalu masukan pada jadwal kegiatan latihan fisik dan minum obat</p>	<p>melakukan minum obat secara mandiri tetapi diawasi dengan perawat</p> <p>P:</p> <p>a. Optimalkan Sp 2 dan dilanjutkan ke SP 3</p>	
4.	Sabtu/ 15 februari 2025 13.00 – 13.30 WIB	Defisit perawatan diri	<p>Sp 2 pasien :</p> <p>1. Evaluasi kegiatannya</p> <p>2. Jelaskan pentingnya berdandan</p> <p>3. Latih cara berdandan seperti cara berpakaian, menyisir rambut, bercukur</p> <p>4. Masukkan jadwal dalam aktivitas pasien</p> <p>5. Lakukan penerapan aktivitas mandiri</p>	<p>S:</p> <p>a. Pasien dapat mengingat dan mengevaluasi Sp 1</p> <p>b. Pasien mengatakan sudah bisa memperagakan cara berdandan seperti pakaian, cukur</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak sudah memahami apa saja yg disampaikan dan pasien juga bisa memperagakkannya dengan baik</p> <p>A:</p> <p>a. Defisit perawatan diri</p>	

				b. Pasien sudah mampu menjelaskan pentingnya cara berdandan P: Optimalkan Sp 2 dan lanjutkan keSp 3	
5.	Minggu/ 16 februari 2025 09.30 – 10.00	Perilaku kekerasan	Sp 3 pasien : Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak, meminta, dan mengucapkan dengan baik dan benar) 1. Evaluasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 2. Validasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, minnum obat dengan patuh dan benar 3. Tanyakan manfaatnya dan memberikan pujian 4. Melatih cara mengontrol perikau kekerasan secara verbal (3 cara yaitu: mengungkapkan meminta, menolak dengan benar)	S: a. Pasien mengatakan sudah bisa menolak, meminta, dan mengucapkannya dengan benar O: a. Pasien sudah mau melakukannya dengan teman dengan cara meminta tolong, dan menolak jika ia tidak suka A: a. Perilaku kekerasan b. Sp 3 perilaku kekerasan P: Optimalkan Sp 3 dan lanjutkan sp 4	
6.	Minggu/ 16 februari 2025 09.30 – 10.00	Perilaku kekerasan	Sp 4 pasien : mengontrol dengan cara spiritual. 1. Evaluasi tanda	S: a. Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosi dengan cara	

			<p>dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>2. Evaluasi kemampuan pasien melakukan tarik napas dalam , memukul kasur dan bantal, minum obat dengan patuh dan benar, melatih cara sosial atau verbal</p> <p>3. Tanyakan manfaatnya, memberikan pujian</p> <p>4. Melatih cara mengontrol marah dengan cara spiritual</p> <p>5. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.</p>	<p>spritual dengan cara berdoa dan sholat</p> <p>O: Pasien tampak sudah mengkontrol dengan cara sholat</p> <p>A: a. Perilaku kekerasan b. Sp 4 perilaku kekerasan</p> <p>P : Sp 1 – Sp 4 sudah terlaksanakan Optimalkan Sp 1-4</p>	
7.	Minggu/ 16 februari 2025 13.30 – 14.00	Defisit perawatan diri	<p>Sp 3 pada pasien :</p> <p>1. Evaluasi kegiatan yang lalu sp 1 dan sp 2</p> <p>2. Jelaskan cara dan alat makan yang benar</p> <p>3. Latih kegiatan makan</p> <p>4. Masukkan jadwal dalam aktivitas</p> <p>5. Lakukan penerapan aktivitas mandiri</p>	<p>S:</p> <p>a. Pasien mampu mengingatkan kembali dan mengevaluasi kegiatan lalu SP1 dan SP 2</p> <p>b. Pasien mengatakan sudah bisa makan dengan alat makan dengan benar</p> <p>O : Pasien tampak sudah bisa memperagakan cara dan menggunakan alat makan dengan benar</p> <p>A:</p> <p>a. Defisi perawatan</p>	

				<p>diri</p> <p>b. Pasien mampu menjelaskan dan memperagakannya dengan baik dan benar</p> <p>P: Optimalkan Sp 3 dan lanjutkan ke Sp 4</p>	
8.	Minggu/ 16 februari 2025 13.30 – 14.00	Defisit perawatan diri	<p>Sp 4 pada pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kegiatan yang lalu sp 1,sp 2 dan sp 3 2. Latih cara BAB/BAK yang baik 3. Jelaskan tempat BAB/BAK yang sesuai 4. Menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK 5. Masukkan jadwal dalam aktivitas 6. Lakukan penerapan aktivitas mandiri 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah bisa membersihkan diri setelah BAB/BAK</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak sudah bisa membersihkan diri setelah BAB/BAK di toilet</p> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Defisit perawatan diri b. Pasien sudah mampu menjelaskan dan membersihkan diri setelah BAB/BAK <p>P: Optimalkan Sp 1- Sp 4</p>	
9.	Senin / 17 februari 2025 10.00-10.30	Halusinasi	<p>Sp 1 pada pasien : melatih kegiatan menghardik halusinasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi jenis, isi, frekuensi, waktu terjadi, situasi pencetus perasaan, respon, upaya yang dilakukan mengontrol halusinasi 2. Menjelaskan cara 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan melihat bayangan b. Pasien mengatakan pernah mendengarkan suara bisikan yang menyuruh dia melukai orang lain <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak sering melamun dan pandangan kosong b. Ketika berinteraksi pasien sering meninggalkan tempat c. Pasien tampak mampu mempraktekkan cara 	

			<p>mengontrol halusinasi dengan cara menghardik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tanyakan perasaan pasien 4. Berikan reinforcement 5. Masukkan kejadwal harian pasien 	<p>mengkontrol halusinasi dengan cara menghardik</p> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Halusinasi masih ada b. Sp 1 halusinasi belum mandiri <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Optimalkan SP1 halusinasi (menghardik) dan lanjut SP 2 halusinasi (mengontrol halusinasi dengan cara patuh meminum obat) b. Masukkan pada jadwal kegiatan harian klien 	
10.	Selasa / 18 februari 2025 10.00-10.30	Halusinasi	<p>Sp 2 pada Pasien : 6 benar dan patuh minum obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala halusinasi 2. Validasi kemampuan pasien mengenal halusinasi 3. Jelaskan mengontrol halusinasi dengan cara menghardik 4. Latih cara mengontrol halusinasi dengan cara minum obat 5. Tanyakan perasaan pasien 6. Berikan reinforcement 7. Masukkan pada jadwal 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan cara minum obat</p> <p>O:</p> <p>Pasien tampak sudah bisa minum obat senidri tetapi juga di awasi oleh perawat ruangan</p> <p>A:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Halusinasi b. Pasien sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara meminum obat <p>P:</p> <p>Optimalkan Sp 2, lanjut ke Sp 3</p>	

			harian pasien		
11.	Rabu / 19 februari 2025 09.00-09.30	Halusinasi	<p>Sp 3 pada pasien : : bercakap-cakap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi gejala halusinasi 2. Validasi kemampuan pasien mengontrol halusinasi dengan cara menghardik dan minum obat 3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi dengan cara bercakap-cakap 4. Tanyakan perasaan pasien 5. Masukkan kejadwal harian pasien 	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan teman</p> <p>O: Pasien tampaksudah berlatih dan bercakap- cakap dengan teman</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Halusinasi b. Pasien sudah mampu mengontrol halusinasi dengan cara bercakap- cakap dengan teman <p>P: Optimalkan Sp 3 dan lanjutkan ke Sp 4</p>	
12.	Rabu / 19 februari 2025 13.00-13.30	Halusinasi	<p>Sp 4 pada pasien : melakukan kegiatan sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tanda dan gejala 2. Validasi kemampuan pasien dalam mengontrol halusinasi dengan cara menghardik, patuh minum obat, dan bercakap- cakap 3. Latih kemampuan halusinasi dengan cara 	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol halusinasi dengan cara melakukan kegiatan yaitu : mengpel lantai dan membersihkan tempat tidurnya</p> <p>O: Pasien sudah bisa mengontrol halusinasinya dengan cara melakukan kegiatan mengpel lantai tiap pagi dan membersihkan tempat tidur setelah tidur</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Halusinasi 	

			<p>kegiatan sehari-hari (negepel ruangan dan membersihkan tempat tidur)</p> <p>4. Tanyakan perasaan pasien</p> <p>5. Masukkan kedalam jadwal harian</p>	<p>b. SP 4 halusinasi</p> <p>P: Optimalkan SP 1- SP 4</p>	
--	--	--	---	---	--



PEMERINTAHAN DAERAH
KABUPATEN LAYANGAN CIMAHI GAKFAH
KS. JLNCA PROL. HU. SAAMIN PADANG

For more information about the AIAA-2005-0439, see www.aiaa.org/2005-0439



1970
July 29
Cone 10

[View Details](#)

Tutoring. Instructional Aids.

Armenia 1992

Trigonometry

Page 10

卷之三

ANSWER

Fig. 10. 10. *Monoclonal antibody* to *Leishmania* *Donovan bodies*.

TY AL 'NA · Fugitivitatem justis Amorem et misericordiam
Festinat in illis deinde hunc et Hunc Amorem et misericordiam

For additional media contact information, please visit www.homedepot.com or call 1-800-HD-GreensPlus 1-800-433-4787, ext. 222.

你对这种小猪的繁殖力和产仔数有什么看法？

一四〇

• 400-149-1000

EX-1400011121004-115464
RECEIVED U.S. GOVERNMENT LIBRARIES
2014 MAR 5 2014 - 10:51 AM (EST)

1. Name : *John C. Stennis*
 2. Address : *1200 N. 2nd Street*
 3. Telephone No. : *504-861-5140*
 4. Social Security No. : *401-34-0000*

No.	Date	Description of Person	Initials
1.	12-1-64	John C. Stennis	
2.	12-1-64	John C. Stennis	
3.	12-1-64	John C. Stennis	
4.	12-1-64	John C. Stennis	
5.	12-1-64	John C. Stennis	
6.	12-1-64	John C. Stennis	
7.	12-1-64	John C. Stennis	
8.	12-1-64	John C. Stennis	
9.	12-1-64	John C. Stennis	
10.	12-1-64	John C. Stennis	
11.	12-1-64	John C. Stennis	
12.	12-1-64	John C. Stennis	

1. *John C. Stennis*
2. *John C. Stennis*

3. *John C. Stennis*
4. *John C. Stennis*

EX-140001115-L0004-000001
2006-08-22 10:45:30.000000000
2006-08-22 10:45:30.000000000

• [Media - YouTube Channel](#)
• [2011/2012](#)
• [Newspaper by The Register](#)
• [Australia's new Fair Trade coffee law](#)
• [The Caffeinated Jawn](#)

14. *sp. b.*
Males 20-30. 0.115-0.125 m. x 2-3

• [View Rating](#) [Edit Rating](#)

THE INSTITUTE OF POLYTECHNIC
SCHOOL OF ENGINEERING AND TECHNOLOGY
DEPARTMENT OF COMPUTER SCIENCE

Watt
VDE
Durchmesser, mm
A-Linie

	1.000	Extrude 1 (Top)	
4	8.000	Extrude 2	
8	2.000	Extrude 3	
12	0.000	Extrude 4	
16	0.000	Extrude 5	
20	0.000	Extrude 6	

20 mm
Normal to face

10 mm - from top face

LAWRENCE UNIVERSITY LIBRARIES			
ITEM	ITEM	ITEM	ITEM
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100
101	102	103	104
105	106	107	108
109	110	111	112
113	114	115	116
117	118	119	120
121	122	123	124
125	126	127	128
129	130	131	132
133	134	135	136
137	138	139	140
141	142	143	144
145	146	147	148
149	150	151	152
153	154	155	156
157	158	159	160
161	162	163	164
165	166	167	168
169	170	171	172
173	174	175	176
177	178	179	180
181	182	183	184
185	186	187	188
189	190	191	192
193	194	195	196
197	198	199	200
201	202	203	204
205	206	207	208
209	210	211	212
213	214	215	216
217	218	219	220
221	222	223	224
225	226	227	228
229	230	231	232
233	234	235	236
237	238	239	240
241	242	243	244
245	246	247	248
249	250	251	252
253	254	255	256
257	258	259	260
261	262	263	264
265	266	267	268
269	270	271	272
273	274	275	276
277	278	279	280
281	282	283	284
285	286	287	288
289	290	291	292
293	294	295	296
297	298	299	300
301	302	303	304
305	306	307	308
309	310	311	312
313	314	315	316
317	318	319	320
321	322	323	324
325	326	327	328
329	330	331	332
333	334	335	336
337	338	339	340
341	342	343	344
345	346	347	348
349	350	351	352
353	354	355	356
357	358	359	360
361	362	363	364
365	366	367	368
369	370	371	372
373	374	375	376
377	378	379	380
381	382	383	384
385	386	387	388
389	390	391	392
393	394	395	396
397	398	399	400
401	402	403	404
405	406	407	408
409	410	411	412
413	414	415	416
417	418	419	420
421	422	423	424
425	426	427	428
429	430	431	432
433	434	435	436
437	438	439	440
441	442	443	444
445	446	447	448
449	450	451	452
453	454	455	456
457	458	459	460
461	462	463	464
465	466	467	468
469	470	471	472
473	474	475	476
477	478	479	480
481	482	483	484
485	486	487	488
489	490	491	492
493	494	495	496
497	498	499	500
501	502	503	504
505	506	507	508
509	510	511	512
513	514	515	516
517	518	519	520
521	522	523	524
525	526	527	528
529	530	531	532
533	534	535	536
537	538	539	540
541	542	543	544
545	546	547	548
549	550	551	552
553	554	555	556
557	558	559	560
561	562	563	564
565	566	567	568
569	570	571	572
573	574	575	576
577	578	579	580
581	582	583	584
585	586	587	588
589	590	591	592
593	594	595	596
597	598	599	600
601	602	603	604
605	606	607	608
609	610	611	612
613	614	615	616
617	618	619	620
621	622	623	624
625	626	627	628
629	630	631	632
633	634	635	636
637	638	639	640
641	642	643	644
645	646	647	648
649	650	651	652
653	654	655	656
657	658	659	660
661	662	663	664
665	666	667	668
669	670	671	672
673	674	675	676
677	678	679	680
681	682	683	684
685	686	687	688
689	690	691	692
693	694	695	696
697	698	699	700
701	702	703	704
705	706	707	708
709	710	711	712
713	714	715	716
717	718	719	720
721	722	723	724
725	726	727	728
729	730	731	732
733	734	735	736
737	738	739	740
741	742	743	744
745	746	747	748
749	750	751	752
753	754	755	756
757	758	759	760
761	762	763	764
765	766	767	768
769	770	771	772
773	774	775	776
777	778	779	780
781	782	783	784
785	786	787	788
789	790	791	792
793	794	795	796
797	798	799	800
801	802	803	804
805	806	807	808
809	810	811	812
813	814	815	816
817	818	819	820
821	822	823	824
825	826	827	828
829	830	831	832
833	834	835	836
837	838	839	840
841	842	843	844
845	846	847	848
849	850	851	852
853	854	855	856
857	858	859	860
861	862	863	864
865	866	867	868
869	870	871	872
873	874	875	876
877	878	879	880
881	882	883	884
885	886	887	888
889	890	891	892
893	894	895	896
897	898	899	900
901	902	903	904
905	906	907	908
909	910	911	912
913	914	915	916
917	918	919	920
921	922	923	924
925	926	927	928
929	930	931	932
933	934	935	936
937	938	939	940
941	942	943	944
945	946	947	948
949	950	951	952
953	954	955	956
957	958	959	960
961	962	963	964
965	966	967	968
969	970	971	972
973	974	975	976
977	978	979	980
981	982	983	984
985	986	987	988
989	990	991	992
993	994	995	996
997	998	999	1000

KTI NERISSA YANG DIBUKUKAN.docx

SEARCHED BY READER



WORLDSOURCE

1	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang	4%
2	docobook.com	<1%
3	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	<1%
4	www.scribd.com	<1%
5	123dok.com	<1%
6	Submitted to Universitas Riau	<1%
7	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar	<1%
8	fr.scribd.com	<1%

9	www.slideshare.net Internet Source	<1 %
10	www.researchgate.net Internet Source	<1 %
11	repository.stikesalifah.ac.id Internet Source	<1 %
12	Submitted to Universitas Muhammadiyah Palembang View Record	<1 %
13	Submitted to unimal Student Paper	<1 %
14	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	<1 %
15	ANDI SAHPLUTRA. "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tr.S Dengan Risiko Perilaku Kekerasan", Open Science Framework, 2021 View Record	<1 %
16	docs.google.com Internet Source	<1 %
17	Submitted to IAIN Bengkulu View Record	<1 %
18	Repianus Glawa. "Penerapan Terapi Generalis (SP 1 – 4) dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tr. D dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Sibual – View Record	<1 %

bueili : Studi Kasus", Open Science Framework,
2023
Published

19	deku.pub	<1 %
20	id.123dok.com	<1 %
21	eprints.pkoj.ac.id	<1 %
22	Submitted to Universitas Islam Malang	<1 %
23	Submitted to Universitas PGRI Palembang	<1 %
24	Submitted to Fakultas Kedokteran Universitas Pattimura	<1 %
25	Submitted to Universitas Papua	<1 %
26	repository2.unw.ac.id	<1 %
27	Submitted to IAIN Purwokerto	<1 %
28	rizkiperawatinmuda.blogspot.com	<1 %