



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S
DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI PANTI SOSIAL YAYASAN GALUH BEKASI TIMUR PADA
MASA PANDEMI COVID-19**

**Disusun oleh:
MUTIARA WIDYA UTOMO
201801029**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STikes MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S
DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI PANTI SOSIAL YAYASAN GALUH BEKASI TIMUR
PADA MASA PANDEMI COVID-19**

**Disusun oleh:
MUTIARA WIDYA UTOMO
201801029**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STikes MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Mutiara Widya Utomo

NIM : 201801029

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi
DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien Tn.S dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Panti Sosial Yayasan Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi COVID-19” yang dilaksanakan pada tanggal 4 Mei 2021 sampai dengan 8 Mei 2021 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan yang dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila di kemudian hari ditemukan adanya kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 25 Juni 2021

Penulis



Mutiara Widya Utomo

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Panti Sosial Yayasan Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi COVID-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 25 Juni 2021

Pembimbing Makalah



Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Panti Sosial Yayasan Galuh Bekasi Timur Pada Masa Pandemi COVID-19” yang disusun oleh Mutiara Widya Utomo (201801029) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian dihadapan Tim Penguji pada tanggal 25 Juni 2021

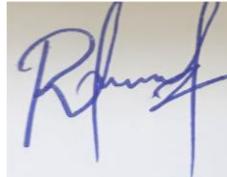
Bekasi, 25 Juni 2021

Penguji I

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Desi', with a checkmark-like flourish at the end.

(Ns. Desi Pramujiwati, S. Kep., M. Kep., Sp.Kep.J)

Penguji II

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Renta', with a checkmark-like flourish at the end.

(Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J)

Nama Mahasiswa : Mutiara Widya Utomo
NIM : 201801029
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. S Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Panti Sosial Yayasan Galuh Pada Masa Pandemi COVID-19”
Halaman : iv + 84 halaman + 4 lampiran
Pembimbing : Renta Sianturi

ABSTRAK

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan adanya waham, halusinasi atau gangguan kognitif seperti seperti penurunan dalam berkomunikasi, kesulitan berfikir, adanya kerusakan emosi yang tidak normal, serta mengalami rasa bosan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Menurut WHO terdapat 20 juta di dunia yang mengalami gangguan jiwa termasuk skizofrenia. Resiko perilaku kekerasan adalah ketika individu menunjukkan tindakan atau perilaku yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan secara fisik ataupun emosional. Hal ini didapatkan data Panti Rehabilitas Yayasan Galuh Bekasi Timur pada bulan Mei 2021 adalah adanya 18 kasus dari 40 kasus skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan. Apabila perilaku kekerasan tersebut tidak ditangani maka akan beresiko untuk menciderai atau mecelakai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Tujuan Umum: Dalam menyusun laporan ini bertujuan untuk mendapatkan pengalaman nyata di dunia praktek lapangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan melalui asuhan keperawatan jiwa secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data yang didapat.

Hasil: Hasil dari analisa data yang sudah didapatkan, terdapat enam masalah keperawatan pada klien yaitu resiko menciderai diri sendiri, oranglain dan lingkungan, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik, mekanisme koping individu tidak efektif, mekanisme koping keluarga tidak efektif dan regimen terapeutik tidak efektif. Perawat melakukan tindakan mengontrol rasa

marah dengan empat cara yaitu cara fisik (relaksasi nafas dalam dan pukul bantal), meminum obat secara teratur, melatih verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik), dan mengontrol marah dengan cara spiritual seperti berdoa, mengaji atau beristigfar. Hasil setelah melakukan tindakan keperawatan pada klien adalah klien dapat mengontrol rasa marah secara fisik, minum obat dengan teratur dan terjadwal, verbal, dan spiritual. Perubahan tanda dan gejala pada klien adalah klien tidak menatap dengan tajam, tidak mengatupkan rahang dengan kuat, klien mampu memulai percakapan dan bercerita.

Kesimpulan dan Saran: Klien sudah memiliki peningkatan kemampuan dan penurunan dari tanda dan gejala perilaku kekerasan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Jiwa, Resiko Perilaku Kekerasan

Student Name : Mutiara Widya Utomo
NIM : 201801029
Study Program : Diploma III Nursing
Title of Scientific Paper : “Nursing Care for Clients Mr. S with Behaviora Risks at the Galuh Foundation Social Institution During the COVID-19 Pandemic”
Page : vi + 84 pages + 4 attachment
Supervisor : Renta Sianturi

ABSTRACT

Background: Schizophrenia is a severe mental disorder characterized by delusions, hallucinations, or cognitive disturbances such as a decrease in communication, difficulty thinking, abnormal emotional damage, and experiencing boredom in doing daily activities. According to WHO, there are 20 million people in the world who suffer from mental disorders, including schizophrenia. The risk of violent behavior is when individuals show actions or behaviors that can harm themselves, others or the environment physically or emotionally. According to data from the Galuh Foundation Rehabilitation Center, East Bekasi, in May 2021, they have 18 cases out of 40 cases of schizophrenia experienced violent behavior. If the violent behavior is not handled it will be at risk to harm themself, others, and the environment.

General Purpose: In compiling this report, it aims to gain real experience in the field of practice in providing nursing care to clients at risk of violent behavior through comprehensive mental nursing care.

Writing Method: In the preparation of this report using a descriptive method, namely by revealing the facts in accordance with the data obtained.

Result: The results of the analysis of the data that have been obtained, there are six nursing problems for clients, namely the risk of injuring themselves, others and the environment, the risk of violent behavior, chronic low self-esteem, ineffective individual coping mechanisms, ineffective family coping mechanisms and ineffective therapeutic regimens. Nurses take action to control anger in four ways, namely physical ways (deep breathing relaxation and hitting the pillow), taking medication regularly, verbal training (refusing well, asking well, and expressing well), and control anger by spiritual means such as praying, reciting or istighfar. The result after performing nursing actions on the client, is that the client can control anger physically, take medication

regularly and on a scheduled basis, verbally, and spiritually. Changes in the client's signs and symptoms are the client does not stare sharply, does not clench his jaw firmly, the client is able to start conversations and tell stories.

Conclusions and Suggestions: The client already has increased abilities and decreased signs and symptoms of violent behavior.

Keywords: Mental Nursing Care, Risk of Violent Behavior.

Bibliography: 2010-2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas berkat, rahmat, serta karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada klien S dengan resiko perilaku kekerasan di Yayasan Galuh, Bekasi Timur”. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dan pembimbing akademik dalam menyusun karya tulis ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Desi Pramujiwati, S. Kep., M. Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I.
3. Dr. Susi Hartati, S. Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku coordinator program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. Pada klien Tn. S yang telah bersedia dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
6. Keluarga tercinta: Bapak Sutomo, Ibu Tri Tusrini dan Kakak saya Satria Rahmadani Putra yang telah meberikan dukungan dan semangat penuh serta doa untuk penulis.
7. Diri saya sendiri Mutiara Widya Utomo yang sudah berusaha dan bertahan hingga sejauh ini.
8. Sahabat seperjuangan saya, Intan Lathifa yang selalu memberi mendukung dan semangat dari SMA hingga saat ini.
9. Teman kecil saya Salsabila Dwi Cahyani, Sri Wahyu Pamungkas, Dini Wahyu dan Salma Syakuroh yang telah menemani saya serta mendukung saya.
10. Teman seperjuangan: Shifa Salsabila, Windy Febrianti, dan Dosmaria Octania.

11. Teman seperjuangan KTI Keperawatan Jiwa (Anggi, Alya dan Astri) serta teman seperjuangan DIII Keperawatan angkatan VIII yang mendukung satu sama lain.
12. NSSD CREW, GLOWNEETEE dan MISSHa yang telah menjadi pelepas stress dan penat penulis selama kuliah.
13. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberika dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar kedepannya penulis lebih baik lagi. Penulis berharap agar karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Bekasi, 5 Mei 2021



Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK.....	iv
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR DIAGRAM	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan.....	6
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI.....	7
A. Konsep Pandemi	7
B. Konsep Skizofrenia.....	9
BAB III	36
TINJAUAN KASUS.....	36
A. Pengkajian.....	36
B. Diagnosa Keperawatan	51
C. Perencanaan Keperawatan	51
D. Implementasi dan Evaluasi	56
BAB IV	68
PEMBAHASAN.....	68
A. Konsep Medis	68
B. Konsep Asuhan Keperawatan	69

BAB V	77
KESIMPULAN DAN SARAN.....	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	80
LAMPIRAN.....	83

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data.....	45
------------------------------	----

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2. 1 Rentang Respon Perilaku Kekerasa	23
Diagram 2. 2 Diagram Resiko Perilaku Kekerasa (Sutejo, 2016).....	26
Diagram 2. 3 Gengram Klien Tn. S	38
Diagram 3. 1 Pohon masalah perilaku kekerasan Tn.S.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan : Individu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pola asuh berasal dari kalimat pola dan asuh dimana pola merupakan sistem atau cara kerja, sedangkan asuh berarti bimbing dan pimpin. Sehingga pola asuh dapat diartikan sebagai cara membimbing atau memimpin anak (Anisah, 2011). Pola asuh anak sangat berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan, waktu dan perhatian untuk memenuhi kebutuhan mental, fisik dan social anak yang sedang dalam masa pertumbuhan. Orangtua berperan dalam membimbing dan mendidik anak dalam masa pertumbuhan dan mengarahkan sang anak dalam kehidupan baru disetiap tahapan perkembangannya. Hasil penelitian Sunarty (2016) mengatakan bahwa pola asuh yang dilakukan orangtua dalam membesarkan anak dan mendidik tidak hanya satu, namun terdapat beberapa jenis pola asuh bahkan semua jenis pola asuh digunakan. Menurut Astrid (2015) terdapat 3 jenis pola asuh yaitu otoriter, permisif dan otokratif. Pola asuh sangat berperan dalam munculnya gangguan jiwa pada anak dimasa yang akan datang karena adanya pola asuh negatif akan menyebabkan gangguan jiwa lebih banyak seperti pola asuh otoriter dan permisif, hal ini karena orang tua tidak memberikan kesempatan berpendapat dan mengajarkan anak dengan tuntutan bahkan dengan kekerasan emosional (Anita, 2010).

Kekerasan emosional ini dapat diartikan adanya perilaku atau sikap yang dapat mengganggu kesehatan mental sang anak dan perkembangan sosial. Kekerasan ini dapat disebut juga sebagai kekerasan verbal, mental ataupun psikologis, kekerasan ini dapat berupa tindakan fisik dan non fisik (psikis). Tindakan fisik ini dapat dirasakan oleh korban dan dilihat oleh siapa saja, sedangkan tindakan non fisik (psikis) adanya tindakan yang dapat menyinggung perasaan atau hati nurani seseorang dan hanya korban yang merasakannya. Terdapat 64% yaitu lebih dari 714 juta, atau dari populasi

anak-anak di Asia yang mendapatkan setidaknya satu bentuk kekerasan, hal ini akan memberikan dampak yang dapat menyebabkan adanya efek jangka panjang yaitu individu mungkin akan menjadi antisosial, resiko perilaku kekerasan, bahkan gangguan jiwa (Wulandari, 2018).

Gangguan jiwa adalah gejala yang dari bentuk penyimpangan perilaku karena adanya kerusakan emosi sehingga tidak wajar dalam berperilaku (Sutejo, 2016). Gangguan jiwa yaitu adanya gangguan pada otak yang dapat ditandai dengan terganggunya proses berfikir, berperilaku, emosi dan gangguan pancaindra, hal ini menimbulkan stress dan penderitaan bagi sang penderita dan keluarganya (Stuart, 2016). Menurut *National Institute of Mental Health* (2020) mengatakan bahwa gangguan jiwa mengalami kenaikan sebanyak 25% dari 13%. Data penelitian mendapatkan 35 juta orang yang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, dan 47,5 juta orang terkena dimensia (WHO, 2019). Menurut *National Alliance of Mental Health* (NAMI) pada tahun 2013 mendapatkan hasil sensus penduduk di Amerika Serikat yang menyatakan bahwa adanya 61,5 juta penduduk yang telah berusia lebih dari 18 tahun mengalami gangguan jiwa, diantara 13,6 juta telah mengalami Skizofrenia, gangguan bipolar (Maulana dkk., 2019). Menurut Data Riskesdas 2018 menyatakan bahwa usia 15 tahun keatas yaitu mencapai 6.1% dari jumlah penduduk Indonesia mengalami gangguan mental emosional yang ditandai oleh gejala depresi dan gangguan kecemasan. Gangguan jiwa yang paling sering dikenal adalah Skizofrenia.

World Health Organization (2019) mengatakan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa yang bersifat kronis. Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang mengalami gangguan realita seperti waham dan halusinasi, gangguan kognitif yaitu kesulitan dalam berfikir, penurunan atau tidak mempunya dalam berkomunikasi, kerusakan emosi yang tidak sesuai, bahasa dan perilaku serta mengalami kejenuhan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020). Penderita Skizofrenia mengalami kesulitan dalam

berfikir, memahami, dan menerima realita serta tidak mampu membuat keputusan dengan baik dan benar (Stuart, 2016).

World Health Organization (2019) menyatakan adanya laporan gangguan jiwa sebanyak 20 juta di dunia. Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan (2019) menunjukkan adanya penyebaran gangguan jiwa di Indonesia sebesar 1.7 permil, yaitu satu hingga dua dari 1000 penduduk Indonesia yang telah menderita gangguan jiwa. Banyaknya penderita gangguan jiwa di Indonesia ini tersebar di seluruh wilayah Indonesia termasuk Jawa Barat. Pesebaran Skizofrenia di Indonesia menurut Risesdas (2018) sebanyak 6,7 per 1000 anggota rumah tangga (ART) pengidap Skizofrenia. Penyebaran Skizofrenia paling banyak dan tertinggi yaitu berada di Bali dengan 11,1 dan DKI Yogyakarta dengan 10,4 per 1000 rumah tangga dan diikuti oleh DKI Jakarta dengan 6,6 dari 1000 rumah tangga serta Jawa Barat 5 per 1000 rumah tangga yang mengalami gangguan Skizofrenia (KEMENKES, 2019).

Skizofrenia terdiri dari beberapa tanda dan gejala yaitu gejala negatif dan gejala positif (Keliat, 2011). Gejala positif yaitu gejala yang tidak berlebihan atau kerusakan fungsi otak dengan gejala seperti halusinasi, perubahan perilaku dan berfikir, waham dan resiko perilaku kekerasan. Sedangkan gejala negatif seperti menarik diri dari pergaulan sosial, menurunnya kinerja atau aktivitas sehari-hari, dan sikap masa bodoh (Makhruzah, Putri, & Yanti, 2021). Salah satu gejala positif dari skizoprenia adalah resiko perilaku kekerasan.

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seorang yang menunjukkan tindakan berbahaya secara fisik, emosional, verbal maupun emosional seksual baik untuk diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Menurut Dinarti dkk (2018) penyebab seseorang terjadinya perilaku kekerasan terdiri dari faktor biologis yang dapat disebabkan oleh adanya respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal, sehingga pusat limbik mempunyai peran

sebagai pusat untuk mengekspresikan dan menghambat rasa marah, sedangkan faktor psikologis adanya keinginan individu dalam mencapai sesuatu terhambat atau gagal, apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi maka individu akan memenuhi kebutuhannya dengan berperilaku destruktif, serta faktor sosialkultural ini sangat mempengaruhi sikap individu dapat mengekspresikan amarahnya serta dapat mendukung individu dalam berespon agresif atau asertif. Seseorang yang sedang menderita perilaku kekerasan sangat membutuhkan dukungan dari perawat dan dokter serta fasilitas kesehatan. Peran perawat mampu melakukan pendekatan secara holistik dan komprehensif yaitu pendekatan secara menyeluruh dengan sikap *caring* yang sangat diperlukan. Peran perawat adalah sebagai *care giver* yaitu perawat memberikan pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi atau rencana keperawatan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana tindakan, dan melakukan evaluasi (Yuniarti, 2014).

Dalam melakukan asuhan keperawatan adanya tindakan preventif yaitu mencegah terjadinya penularan virus COVID-19 dengan cara patuh protokol kesehatan yaitu melakukan 3M seperti mencuci tangan, memakai masker, dan menjaga jarak. Adanya peran perawat sebagai *care giver* yaitu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adanya peran perawat sebagai edukator, yaitu memberikan pengetahuan terkait tindakan yang akan diterima dan untuk membantu klien meningkatkan pengertahuannya. Peran advokat adalah peran yang memperhatikan kebutuhan klien serta memberikan perlindungan terhadap asuhan keperawatan. Peran sebagai kolaborator yaitu melakukan asuhan keperawatan dengan melakukan pendokumentasian yang tepat dengan tenaga medis lainnya dan melakukan kerjasama dengan lembaga kesehatan (Yosep, 2010).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis membahas lebih lanjut tentang asuhan keperawatan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa memperoleh gambaran nyata mengenai proses asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan penyelesaian karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan resiko perilaku kekerasan
- b. Menentukan diagnosa keperawatan klien dengan resiko perilaku kekerasan
- c. Membuat perencanaan keperawatan klien dengan resiko perilaku kekerasan
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan
- f. Melakukan identifikasi kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang didapat.
- g. Mengidentifikasi faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah pada asuhan keperawatan pada klien S dengan resiko perilaku kekerasan
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis membatasi Asuhan Keperawatan pada klien S dengan resiko perilaku kekerasan di Yayasan Galuh Bekasi Timur yang dilakukan pada tanggal 3 Mei sampai dengan 7 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif, deskriptif yang mengembangkan dan memaparkan pemberian asuhan keperawatan langsung kepada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Untuk melengkapi penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis mengambil beberapa sumber jurnal dan buku. Penulis menggunakan beberapa teknik penulisan yaitu: Studi kasus dengan memberikan asuhan secara langsung sehingga dapat memperoleh data yang akurat dari klien. Selain studi kasus dilakukan metode studi literatur, yaitu dengan mempelajari dan membaca data berdasarkan buku dan jurnal melalui media cetak maupun media elektronik.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang akan disusun secara sistematis. Bab 1 yaitu pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab 2 yaitu tinjauan teori yang terdiri dari konsep skizofrenia, konsep resiko perilaku kekerasan, dan konsep asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan. Bab 3 yaitu tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab 4 pembahasan terdiri dari kesenjangan antara teori dengan kasus yang dimulai dari pengkajian keperawatan sampai dengan evaluasi keperawatan. Bab 5 penutup terdiri dari kesimpulan dan saran. Serta karya tulis ilmiah ini diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Pandemi

1. Pengertian Pandemi

Pandemi adalah adanya wabah yang terjangkit didalam geografis yang luas (KBBI, 2021). Pandemi COVID-19 adalah salah satu wajah dari penyakit menular yang di sebabkan oleh jenis corona virus yang baru saja ditemukan. Virus ini awal mulanya berasal dari Wuhan, Tiongkok pada bulan Desember 2019. (WHO, 2021). Coronavirus adalah suatu kelompok virus yang dapat menyebabkan penyakit ada hewan dan manusia, beberapa jenis corona virus ini dapat diketahui menyebabkan infeksi pada saluran pernafasan manusia dengan cara dari pilek, batuk, hingga yang lebih serius adalah Middle East Respiratory Syndrom (MERS) dan Severe Acute Respiratory Syndrom (SARS) (WHO, 2021).

2. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang muncul menurut Kemenkes (2021) adalah demam yang merupakan gejala pertama diderita oleh pasien dengan COVID-19 yang berlangsung beberapa hari setelah individu terkena virus, batuk kering dikarenakan adanya infeksi virus yang menyebar ke dalam tubuh melalui hidung atau mulut sehingga gejala ini dapat menyebabkan batuk, diare mempengaruhi system pencernaan dan usus sehingga menyebabkan individu mengalami diare dan harus dilakukan tes lebih awal, kehilangan indera atau anosmia, letih dan lesu, nyeri pada daerah abdomen atau perut, gangguan pernafasan hingga sesak nafas.

3. Komplikasi COVID-19

Komplikasi jangka panjang pada individu yang selamat dari infeksi COVID-19 belum dapat dipastikan secara klinis, namun COVID-19 dapat menimbulkan komplikasi penyakit seperti pneumonia, gagal nafas,

Acute respiratory distress syndrome (ARDS), sindrom pernafasan akut, gagal ginjal, hingga kematian.

4. Cara Penularan COVID-19

Ada dugaan bahwa virus corona ini dapat ditularkan melalui hewan ke manusia namun dapat juga menular dari manusia ke manusia. Seseorang dapat tertular COVID-19 melalui berbagai cara, yaitu

- a. Adanya percikan ludah (droplet)
- b. Batuk dan bersin.
- c. Menyentuh benda yang terkena cipratan ludah penderita COVID-19 tanpa mencuci tangan terlebih dahulu.
- d. Adanya kontak dengan penderita COVID-19 dengan jarak dekat.
- e. Masa inkubasi rata-rata 4-5 hari sampai 14 hari.

5. Pencegahan COVID-19

Beberapa cara pencegahan menurut Kemenkes (2020) yaitu mencuci tangan dengan benar adalah cara paling sederhana dalam mencegah penyebaran COVID-19, cuci tangan dengan teratur terutama sebelum dan setelah makan atau menyentuh benda umum, menggunakan masker dan hindari menyentuh bagian depan masker karena bagian tersebut penuh kuman yang menempel, menerapkan *physical distancing* dan isolasi mandiri dengan cara tidak berpergian keluar rumah, atau berpergian keluar kota serta pembatasan fisik dilakukan 1 meter dengan orang lain terutama saat beraktivitas ditempat umum atau keramaian, rajin berolahraga dan istirahat yang cukup serta konsumsi makanan gizi seimbang dan buah-buahan.

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. PCR atau rapid test, berguna untuk mendeteksi virus corona didalam tubuh

- b. CT-Scan, untuk mengidentifikasi bintik putih yang kabur, atau bercak-bercak yang bisa dianggap sebagai metode pengujian rutin untuk mengurangi resiko gelombang kedua virus Corona.
- c. Foto Thorax

B. Konsep Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *Schizein* yang dapat diartikan sebagai batu pecah atau arti terpisah, dan *Phren* yang dapat berarti jiwa. Secara umum, skizofrenia dapat diartikan sebagai ketidakseimbangan antara afek, perilaku dan kognitif. Skizofrenia adalah suatu keadaan psikologis dengan gangguan pada proses berfikir serta ketidakharmonisan antara proses emosi, pikir dan afek dan disertai dengan halusinasi, waham sehingga muncul adanya inkoherenasi, tidak terkontrolnya emosi, afek serta psikomotor yang menunjukkan penarikan diri, perilaku yang tidak terduga. Pada penderita skizofrenia, kesadaran dan kemampuan intelektual tetap di terpelihara walaupun kemunduran kognitif dapat berkembang di kemudian hari. (Sutejo, 2018).

Skizofrenia yaitu gangguan mental berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat ditandai dengan adanya perbedaan antara pikiran dan ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia ini tidak diketahui dan dapat ditandai oleh emosi, persepsi, pemikiran dan perilaku serta gangguan kognisi (Sutejo, 2016). Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang dapat mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir, berkomunikasi, merasakan dan menunjukkan emosi serta gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, halusinasi, dan perilaku aneh (Pardede dkk., 2020).

Penyakit skizofrenia adalah kronis dan seringkali kambuh atau berulang sehingga perlu diberikan terapi jangka lama. Merawat pasien skizofrenia

dibutuhkan pengetahuan, keterampilan dan kesabaran serta dibutuhkan waktu yang lama akibat kronisnya penyakit ini. Anggota keluarga yang bersama pasien skizofrenia menghabiskan lebih banyak waktu di rumah untuk merawat yang sakit daripada memperhatikan dan mengurusinya. Kemampuan dalam merawat pasien skizofrenia merupakan keterampilan yang harus praktis sehingga membantu keluarga dengan kondisi tertentu dalam pencapaian kehidupan yang lebih mandiri dan menyenangkan (Amaral dkk., 2013).

2. Penyebab Skizofrenia

Terdapat beberapa penyebab Skizofrenia, antara lain:

a. Genetik

Menurut Stuart (2016) faktor ini adanya hubungan dengan anggota keluarga yang mempunyai riwayat skizofrenia. Telah dilakukan penelitian yang menunjukkan adanya faktor genetik dan keluarga menjadi faktor utama gangguan jiwa yang melibatkan berbagai mekanisme dan gen yang berdampak pada ekspresi gen. Pada umumnya skizofrenia terjadi pada rentang usia remaja dan awal muda dewasa yaitu rentang usia 16-25 tahun. Hal ini lebih banyak dipengaruhi oleh laki-laki disbanding dengan perempuan, sedangkan rentang usia 26-32 tahun lebih banyak dipengaruhi oleh perempuan.

b. Sosial

Faktor yang beresiko penderita mengidap skizofrenia adalah keadaan sosial yang merugikan, seperti kemiskinan, deskriminasi atau perbedaan ras kondisi rumah, atau kesulitan bersosialisasi serta adanya pengalaman trauma yang menjadi faktor munculnya skizofrenia.

c. Obat

Seseorang yang menderita skizofrenia karena adanya faktor obat, yaitu klien pernah atau menggunakan narkoba atau alkohol. Hal ini dikarenakan seseorang yang menderita untuk mengatasi kesendirian, depresi dan gelisah.

d. Psikologis

Adanya tekanan atau situasi yang membingungkan dapat memunculkan sejumlah mekanisme psikologis yang akan mempengaruhi klien, sehingga memunculkan emosi yang sangat responsive dan menyebabkan munculnya penyakit skizofrenia.

3. Tanda dan gejala Skizofrenia

Skizofrenia adalah sejenis penyakit mental yang ditandai dengan distorsi dalam berfikir, persepsi, emosi, bahasa dan diri sendiri serta perilaku. Karakteristik gejala penderita Skizofrenia menurut (WHO, 2019) dan Zahnia dkk, (2016) adalah:

a. Halusinasi

Penderita mendengar, melihat atau merasakan hal yang sebenarnya tidak ada seperti khayalan atau delusi.

b. Khayalan

Keyakinan atau kecurigaan palsu tanpa adanya bukti.

c. Perilaku abnormal

Perilaku tidak teratur dan tanpa tujuan, klien bergumam sendiri atau tertawa sendiri, berpenampilan aneh, ucapan tidak teratur atau tidak relevan, serta penampilan tidak terawat.

d. Gangguan emosi

Terdapat sikap apatis seperti individu cenderung mengasingkan diri dari orang lain, gampang marah dan depresi, kurangnya motivasi serta konsentrasi.

e. Sulit bersosialisasi

Ketidakmauan seseorang bersosialisasi dan merasa tidak nyaman saat bersama dengan orang lain. Mengalami kesulitan berhubungan dengan rekan kerja atau teman, memiliki masalah kecemasan, depresi dan resiko perilaku bunuh diri.

4. Klasifikasi skizofrenia

Terdapat beberapa tipe skizofrenia yaitu

a. Paranoid

Tipe skizofrenia paranoid adalah yang paling umum, dimana antara halusinasi auditorik dan waham sangat terlihat jelas. Gejala-gejala utama dari paranoid antara lain sebagai berikut :

1. Halusinasi dan waham

Adanya suara dari halusinasi yang biasanya mengancam pasien serta memberi perintah tanpa bentuk verbal seperti mendengar, bisikan taawa atau bunyi peluit. Halusinasi pengecapan rasa atau pembauan ini bersifat seksual atau perasaan tubuh halusinasi yang mungkin ada namun jarang terlihat. Waham yang dapat dikendalikan atau *delusion of control*, yaitu salah satu keyaninan bahwa penderita dikejar oleh sesuatu yang beraneka ragam.

2. Gangguan afektif

Gangguan afektif merupakan salah satu dorongan yang pembicaraan serta gejala ketatonik yang relatif dan tidak menonjol

b. Disorganisasi (hebefrenik)

Ciri-ciri skizofrenia tipe disorganisasi yaitu

- 1) Penderita yang memenuhi kriteria umum skizofrenia
- 2) Penderita skizofrenia tipe disorganisasi biasanya terjadi pada renang usa 15-25 tahun.
- 3) Penderita yang mempunyai perilaku tidak bertanggung jawab, mempunyai kecenderungan untuk menyendiri dan menunjukkan perilaku hampa tujuan dan hampa perasaan.
- 4) Mempunyai afek yang tidak wajar, seperti sering cekikikan dan perasaan puas sendiri, ketawa, senyum-senyum sendiri dan lain-lain.
- 5) Mempunyai proses berfikir yang mengalami disorganisasi dan berbicara inkoheren.

c. Katonik

Penderita tipe ini sangat terlihat menojol, yaitu penderita sering kali muncul bergantian antara aktivitas berlebihan dan mobilitasi motorik, salah satu gejala penderita skizofrenia tipe ketatonik adalah:

- 1) Stupor, yaitu penderita mengalami kehilangan semangat hidup dan sering berdiam kaku dalam posisi tertentu, membisu dan menatap objek dengan pandangan kosong.
- 2) Penderita menampilkan posisi tubuh dan mempertahankan posisi tubuh yang aneh atau negativisme
- 3) Penderita melakukan perlawanan yang tidak bermotif dan menolak untuk makan, mandi dan lain-lain.
- 4) Penderita mempunyai gejala lain seperti command automatism yaitu lawan dari negativism, penderita mematuhi semua perintah secara spontan dan disertai pengulangan kalimat serta kata-kata.

d. Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual ini mempunyai ciri-ciri yaitu :

- 1) Aktivitas menurun, pembicaraan inkoheren, afek tidak wajar.
- 2) Penderita mempunyai waham dan halusinasi di masa lalu.
- 3) Tidak terdapat gangguan mental organic.

5. Mekanisme Koping Skizofrenia

Sumber koping pada individu perlu dikaji dengan adanya pemahaman pengaruh gangguan otak pada perilaku. Inteligensia atau kecerdasan dan kreativitas yang tinggi diperlukan sebagai kekuatan. Mekanisme koping pada penderita skizofrenia adalah neurobiologis. Adapun perilaku untuk melindungi dirinya sendiri akibat dari pengalaman yang kurang menyenangkan berhubungan dengan respons neurobiologik yaitu:

a. Regresi

Mekanisme koping yang dapat berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menghilangkan kecemasan atau ansietas

dan hanya sedikit energy yang dapat tertinggal untuk melakukan aktivitasnya sehari-hari.

b. Proyeksi

Hal ini digunakan untuk menjelaskan kerancauan persepsi.

c. Menarik diri.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Ada beberapa pemeriksaan diagnostik untuk penderita Skizofrenia menurut Rohan dkk. (2016) yaitu:

a. Pemeriksaan fisik dan tes darah

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat apakah adanya gangguan tiroid pada kadar alcohol serta penggunaan obat-obatan.

b. Uji elektroenfalografi (EGG)

Pemeriksaan yang bertujuan untuk melihat adanya gangguan fungsi otak pada penderita skizofrenia.

c. Tes pencitraan

CT-scan atau MRI diperiksa yang bertujuan untuk melihat apakah ada ketidaknormalan pada struktur otak atau terdapat luka pada otak.

d. Evaluasi psikologis

Psikiater akan bertanya kepada penderita tentang perasaannya, pikiran serta perilaku penderita.

7. Penatalaksanaan medis

Terdapat beberapa pelaksaan yang dapat dilakukan pada penderita gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, yaitu:

a. Antipsikotik *typical antiseptic/dopamine receptor antagonist*

Antipsikotik ini, golongan *typical antiseptic/dopamine receptor antagonist* yang biasa disebut sebagai obat antipsikotik tradisional seperti obat CPZ atau Chlorpromazine, Haloperidol, dan Trifluoroperazine, Flupentixol dan Droperidol. Obat ini bertujuan untuk menghambat kerja reseptor dopamine di otak serta mencegah pesan sinyal yang di kirimkan oleh neurotransmitter namun

menghambat reseptor dari serotonin dan histamine didalam otak sehingga menimbulkan efek samping seperti mulut kering, konstipasi, gangguan pengelihatn, kurang berkonsentrasi (Tumanggor, 2018).

b. Antipsikotik *antipsychotic drug/ serotonin dopamine antagonist atypical antipsychotics (SDA)*

Antipsikotik kedua adalah *atypical antipsychotic drug/ serotonin dopamine antagonist atypical antipsychotics (SDA)* yaitu obat Risperidone, Clozapine, Olanzapine, Geodon, Aripiprazole ini berfungsi untuk mengurangi tanda dan gejala positif dari penyakit skizofrenia, namun memiliki kelemahan yaitu adanya hambatan aktivitas dari dopamine dan mengakibatkan efek samping seperti sindrom parkinson, dystonia, akathisia atau gerakan yang terjadi secara terus menerus.

Faktor utama keberhasilan untuk sembuh adalah kepatuhan minum obat, apabila penderita skizofrenia tidak patuh minum obat, maka akan mengalami resiko kekambuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan penderita lain yang patuh akan minum obat. Dampak dari penderita yang tidak patuh minum obat adalah adanya kecemasan dan beban emosional serta penderita mengalami beban objektif yaitu gangguan hubungan antara keluarga dan lingkungan serta keterbatasan penderita dalam melakukan aktivitas (Wardani, Hamid, Wiarsih, & Susanti, 2012). Oleh karena itu, faktor yang dapat mempengaruhi minum obat adalah sikap dari keluarga yang dapat menunjukkan sikap dan hubungan relavan keluarga agar penderita patuh untuk meminum obat (Nurjamil & Rokayah, 2019).

C. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi Perilaku Kekerasan

Resiko perilaku kekerasan merupakan tidak terkontrolnya perilaku terhadap diri sendiri, lingkungan maupun orang lain (Sutejo, 2016). Menurut Malfasari dkk (2020) resiko perilaku kekerasan adalah tindakan seseorang dapat melakukan tindak kekerasan dan membahayakan yang disertai dengan gelisah dan marah tidak terkontrol.

Menurut NANDA (2016) resiko perilaku kekerasan yaitu ketika seseorang mampu menunjukkan atau dapat mendemonstrasikan tindakan rentan yang dapat membahayakan dirinya sendiri, baik fisik emosional ataupun seksual yang dapat berlaku dan dapat menunjukkan kepada orang lain. Seseorang yang sedang mengalami perilaku kekerasan akan sering menunjukkan adanya perubahan perilaku seperti ekspresi tegang, gaduh, gelisah, tidak bisa diam, intonasi suara keras, mengancam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan menantang, nada suara tinggi dan gembira berlebihan. Kekacauan alam fikir juga dapat dilihat dari isi pembicaraannya. Perubahan lain yang terjadi pada penderita perilaku kekerasan adalah adanya penurunan kemampuan memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, serta gelisah (Stuart, 2016).

2. Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Terdapat beberapa factor yang dapat menyebabkan terjadinya perilaku kekerasan, yaitu factor predisposisi dan presipitasi (Dinarti dkk., 2018)

a. Faktor predisposisi

1) Factor biologis

Faktor ini dapat dikaji adanya faktor herediter, yaitu karena adanya anggota keluarga yang memperlakukan dan memperlihatkan perilaku kekerasan, adanya penyakit atau trauma kepala, adanya salah satu anggota keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa, dan penggunaan obat NAPZA seperti narkotika, zat adiktif dan psikoprika.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan dan pengalaman marah yang merupakan respon terhadap stimulus internal, eksternal maupun lingkungan. Individu menjadi frustrasi akibat keinginan untuk mencapai sesuatu namun terhambat ataupun gagal yang menyebabkan adanya hasil dari akumulasi frustrasi. Apabila kebutuhan individu tersebut tidak mampu terpenuhi, maka individu tersebut akan berperilaku destruktif atau perilaku yang dapat melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

3) Faktor sosialkultural

Faktor lingkungan sosial ini sangat mempengaruhi sikap individu dapat mengekspresikan amarahnya serta dapat mendukung individu dalam berespon agresif atau asertif. Individu dapat mempelajari proses belajar dan perilaku social yang dapat mengusulkan bahwa perilaku tersebut ia dapatkan dengan cara mengamati dan meniru oranglain.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi adalah keadaan perilaku kekerasan terhadap setiap individu berbeda satu dengan yang lain serta bersifat unik. Faktor penyebab dapat berasal dari internal maupun eksternal yaitu:

- 1) Faktor internal adalah individu pernah mengalami kehilangan seperti gagalnya hubungan dengan orang yang dicintai, kehilangan cinta, perceraian, kematian dan kekhawatiran terhadap penyakit fisik yang dideritanya.
- 2) Faktor eksternal seperti lingkungan yang terlalu rebut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, serangan fisik mauppun tindakan kekerasan.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung dengan hasil observasi menurut Dinarti dkk. (2018) dan Sutejo (2016).

- a. Data subjektif
 - 1) Ungkapan berupa ancaman
 - 2) Ungkapan 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) Berbicara kasar
 - 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
 - 7) Mondar mandir
 - 8) Melempar atau memukul benda atau orang lain.

4. Proses terjadinya Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut Dinarti dkk. (2018) perilaku kekerasan dapat dilakukan secara langsung pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Perilaku kekerasan ini dapat mengacu pada dua bentuk perilaku yaitu perilaku kekerasan saat berlangsung atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan).

a. Faktor predisposisi

Menurut (Stuart, 2016) masalah perilaku kekerasan disebabkan oleh adanya faktor predisposisi atau faktor yang dapat melatar belakangi munculnya masalah dan faktor presipitasi yaitu faktor yang dapat memicu adanya masalah. Didalam faktor predisposisi ini terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya masalah perilaku kekerasan yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural.

1) Faktor biologis

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

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

b) Teori psikomatik (*psycimatic theory*)

Teori ini mengatakan adanya pengalaman marah yang diakibatkan oleh respons psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk menghambat dan mengekspresikan rasa marah.

2) Faktor psikologis

1) Teori agresif frustasi (*frustration aggression theory*)

Teori ini mengatakan bahwa adanya perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustasi. Hal ini dapat terjadi jika keinginan individu dalam mencapai sesuatu gagal terhambat dan tidak tercapai. Keadaan frustasi ini dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif dengan adanya perilaku kekerasan dalam meluapkan perasaan frustasinya.

2) Teori perilaku (*behavioral theory*)

Teori ini mengatakan bahwa emarahan adalah bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila adanya situasi yang mendukung. Tingkah laku yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan didalam maupun diluar rumah.

3) Teori eksistensi

Teori ini merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang bertindak sesuai dengan perilaku. Jika kebutuhan tersebut tidak dipenuhi maka individu akan memenuhi kebutuhannya dengan cara melakukan perilaku konstruktif.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ini dapat berhubungan erat terhadap pengaruh stressor yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan pada setiap individu, stressor ini dapat disebabkan dari eksternal maupun internal. Stressor yang berasal dari eksternal dapat berupa serangan fisik, kehilangan, bahkan kematian. Sedangkan stressor yang berasal dari internal dapat berupa, kehilangan keluarga atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap sakit fisik, penyakit dalam. Selain itu, lingkungan yang kurang kondusif, seperti adanya penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan.

c. Faktor resiko

Nanda (2016) menyatakan faktor-faktor resiko dari resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self*) dan resiko perilaku kekerasan orang lain (*risk for other*)

1) Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri

- a) Usia lebih 15-19 tahun, adanya masalah orientasi seksual atau konflik dalam hubungan interpersonal.
- b) Pengangguran atau kehilangan pekerjaan,
- c) Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai) serta isu kesehatan mental
- d) Depresi, psikosis, gangguan kepribadian, penyalahgunaan zat, pekerjaan professional eksekutif atau pemilik bisnis
- e) Pola kesulitan di dalam keluarga, isu kesehatan fisik, adanya gangguan psikologis, isolasi sosial, adanya ide bunuh diri, adanya rencana bunuh diri, adanya riwayat bunuh diri berulang, isyarat verbal seperti membicarakan kematian, menanyakan dosis kematian suatu obat.

2) Resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain

- a) Adanya riwayat kekerasan masa kecil baik secara fisik, psikologis, maupun seksual.
- b) Adanya riwayat penyalahgunaan zat
- c) Adanya riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga

- d) Impulsif atau melakukan sesuatu tanpa mengerti akibatnya
- e) Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (melanggar lalulintas, penggunaan kendara bermotor untuk melampiaskan amarah)
- f) Mengepalkan tangan atau kekakuan.
- g) Adanya gangguan neurologis seperti trauma kepala, gangguan serangan, dan kejang.
- h) Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung seperti kencing dilantai, menyobek objek di dinding, melempar barang, memecahkan kaca, membanting pintu.
- i) Pola perilaku kekerasan terhadap orang seperti menendang, memukul, mengigit, mencakar, upaya perkosaan, memperkosa, pelecehan seksual, mengencingi orang
- j) Pola ancaman kekerasan, adanya ancaman secara verbal terhadap objek atau orang lain, menyumpah serapah, dan mengancam
- k) Pola perilaku kekerasan antisosial, seperti mencuri, meminjam dengan paksa, penolakan terhadap medikasi, gangguan psikosis, perilaku bunuh diri.

5. Tanda dan gejala Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien dan didukung hasil observasi adalah:

- a. Data subjektif
 - 1. Adanya ungkapan berupa ancaman
 - 2. Adanya ungkapan kata kasar
 - 3. Adanya ungkapan ingin melukai
- b. Data objektif
 - 1. Tampak wajah memerah dan tegang
 - 2. Pandangan tajam dan melotot
 - 3. Mengatupkan rahang dengan kuat
 - 4. Mengepalkan tangan

5. Bicara kasar
6. Nada suara tinggi
7. Memukul benda atau orang lain

6. Mekanisme Koping

Perawat perlu mempelajari mekanisme koping untuk membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang dapat memperbaiki dalam meluapkan atau mengekspresikan amarahnya. Secara umum mekanisme koping lebih sering digunakan, antara lain mekanisme dalam mempertahankan ego, seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi, depresi, dan reaksi informasi.

- a. *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan tertekan seperti melampiaskan pada objek yang tidak begitu berbahaya yang dapat membangkitkan emosi
- b. Sublimasi, yaitu adanya sasaran pengganti seperti klien menyalurkan kearah lain.
- c. Proyeksi, yaitu menyalahkan oranglain mengenai keinginannya yang tidak baik.
- d. Represi, yaitu untuk mencegah adanya pikiran yang membahayakan atau menyakitkan yang masuk ke alam sadar.
- e. Reaksi formasi, yaitu untuk mencegah keinginan yang berbahaya jika diekspresikan dengan perilaku atau sikap yang berlawanan dengan rintangan.

7. Rentang Respon

Individu memiliki rentang respon terhadap marah mulai dari respon adaptif hingga maladaptif.

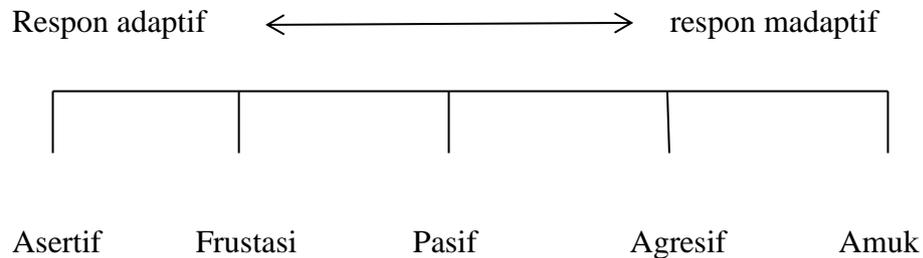


Diagram 2. 1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Keterangan:

Asertif adalah kemarahan yang dapat diungkapkan tanpa menyakiti orang lain, frustrasi yaitu kegagalan dalam mencapai tujuan karena tidak realistis, pasif yaitu adanya respon lanjutan dimana klien tidak mampu mengungkapkan perasaannya, agresif yaitu perilaku destruktif tapi masih dapat terkontrol dan amuk yaitu perilaku destruktif dan tidak terkontrol.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses dalam proses keperawatan yang bersifat *holistic* atau menyeluruh yaitu pengumpulan data, analisa data dan perumusan masalah klien. Tahap pengkajian dengan cara pengumpulan data secara sistematis untuk melakukan serta menentukan kesehatan serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Perawat mengumpulkan data mengenai status kesehatan klien secara menyeluruh dan akurat serta berkesinambungan. Hal ini untuk menetapkan data tentang kesehatan klien yang dapat digunakan untuk merumuskan masalah serta sebagai rencana tindakan. Adapun kriteria menurut Tumanggor (2018) adalah:

- a. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, anamnesa pemeriksaan fisik, serta dokumentasi dari hasil dari pemeriksaan penunjang.

- b. Sumber data adalah klien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, maupun rekam medis dan catatan lain.
- c. Data yang telah dikumpulkan serta yang sudah difokuskan untuk mengidentifikasi adalah adanya status kesehatan klien masa lalu, status kesehatan klien saat ini, status biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, adanya respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan mental yang optimal dan resiko-resiko tinggi masalah.

Proses pengkajian ini akan di analisa dengan pola perubahan perilaku klien tentang adanya respon adaptif yang memerlukan dukungan oleh perawat. Sedangkan pengkajian dengan klien resiko perilaku kekerasan menurut Dinarti dkk. (2018) adalah:

- a. Bisa bapak ceritakan ada kejadian apa atau apa yang menjadi penyebab bapak marah?
- b. Bisa bapak ceritakan bagaimana yang bapak rasakan ketika marah?
- c. Bagaimana perasaan anda ketika marah?
- d. Ketika marah apa saja tindakan bapak yang bapak lakukan?
- e. Menurut bapak apa saja akibat dari marah yang telah lakukan?
- f. Apakah dengan cara tersebut menyebabkan marah bapak akan berkurang atau bahkan menghilang?
- g. Apakah menurut bapak ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan anda?

Tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan yang dapat ditemukan adalah adanya pandangan tajam, wajah memerah dan tegang, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, adanya nada suara tinggi, dan melempar atau memukul benda atau orang lain.

Faktor penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan adalah:

- a. Faktor predisposisi
Faktor ini terdapat beberapa yang dapat mempengaruhi, yaitu:
 - 1) Faktor biologis

Faktor ini dapat diketahui ada dan tidak adanya faktor herediter dari riwayat anggota keluarga, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, riwayat trauma kepala, apakah klien sering melakukan dan melihat kejadian tindakan kekerasan, NAPZA seperti narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya.

2) Faktor psikologis

Adanya penyebab dan tindakan perilaku kekerasan seperti adanya pengalaman marah, stimulus dari eksternal maupun internal, mengalami frustrasi terhadap suatu hambatan atau kegagalan dan berperilaku obstruktif bahkan pengalaman marah.

3) Faktor sosiokultural

Lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi adanya perilaku seseorang dalam mengekspresikan marah, norma dan budaya yang tertanam sehingga membuat individu dapat bersikap secara agresif atau asertif.

b. Faktor presipitasi

Faktor disetiap individu sangat berbeda-beda yang dapat disebabkan adanya stressor yang berasal dari internal atau dari dalam individu maupun eksternal atau luar individu. Faktor ini yang menyebabkan kekhawatiran terhadap penyakit, kehilangan seseorang yang berarti seperti putus cinta, ditolak pasangan, ditinggalkan dan kehilangan. Sedangkan pada faktor luar individu meliputi adanya serangan terhadap fisik, lingkungan yang tidak terkontrol, kritikan yang mengarah pada penghinaan, serta tindakan-tindakan kekerasan.

c. Mekanisme koping

Menurut (Sutejo, 2016) mekanisme koping yang sering digunakan adalah mekanisme dalam pertahanan ego, seperti *deplacement*, sublimasi, proyeksi, represi, dan reaksi formasi.

1) *Deplacement*, yaitu melepaskan perasaan tertekan seperti melampiaskan pada objek yang tidak begitu berbahaya yang dapat membangkitkan emosi

- 2) Sublimasi, yaitu adanya sasaran pengganti seperti klien menyalurkan kearah lain.
- 3) Proyeksi, yaitu menyalahkan oranglain mengenai keinginannya yang tidak baik.
- 4) Represi, yaitu mencegah adanya pikiran yang membahayakan atau menyakitkan yang masuk ke alam sadar.
- 5) Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya jika di ekspresikan dengan perilaku atau sikap yang berlawanan dengan rintangan.

d. Pohon masalah

Dalam membuat pohon masalah, minimal ada tiga masalah yaitu adanya penyebab (*causa*), masalah utama (*core problem*), dan akibat (*effect*). Pohon masalah ini merupakan rangkaian dari urutan peristiwa yang dapat menggambarkan urutan kejadian masalah pada klien sehingga dapat menggambarkan psikodinamika terjadinya gangguan jiwa

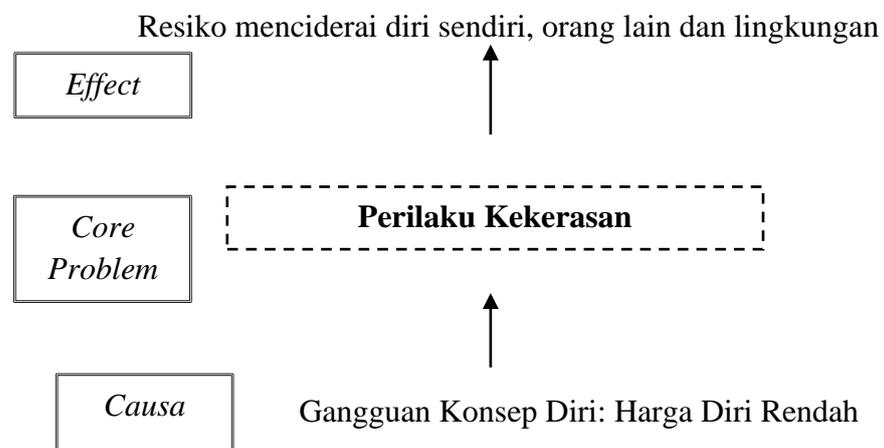


Diagram 2. 2 Diagram Resiko Perilaku Kekerasan (Sutejo, 2016).

2. Diagnosa Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan berdasarkan permasalahan (P) dengan etiologi (E) dan keduanya memiliki hubungan sebab akibat secara ilmiah.

1. Prioritas masalah ini didapatkan dari alasan masuk dan keluhan utama pada saat pengkajian.
2. Penyebab adalah salah satu dari beberapa masalah yang menjadi penyebab masalah utama, masalah ini disebabkan oleh salah satu masalah yang lain, demikian seterusnya.
3. Akibat adalah salah satu dari beberapa akibat dari masalah utama. Efek ini dapat menyebabkan efek yang lain dan demikian selanjutnya.

Menurut Nurhalimah (2016) diagnosa pada klien dengan resiko perilaku kekerasan adalah:

- a. Perilaku kekerasan
- b. Resiko menciderai fisik diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan
- c. Gangguan konsep diri: Harga Diri Rendah Kronik

3. Rencana keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Menurut (Mamik, 2015) rencana keperawatan terdiri dari tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum akan berfokus pada penyelesaian masalah, tujuan umum dapat tercapai apabila tujuan khusus yang sudah ditetapkan dapat dicapai, tujuan khusus berfokus pada penyelesaian etiologi untuk mencapai kemampuan klien, sedangkan tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kersama dengan klien, keluarga, serta kelompok (Yusuf, A.H and R & Nihayati, 2015). Dalam merumuskan tujuan keperawatan harus dilakukan dengan cara SMART yaitu :

- a. *Specific* yang berarti fokus kepada tujuan yang harus ditetapkan secara tegas dan jelas
- b. *Measurable* yang berarti dapat diukur dengan indikator yang tepat agar dapat mengevaluasi keberhasilan
- c. *Achievable* yaitu adanya tujuan yang harus dicapai
- d. *Reasonable* yaitu tujuan tersebut harus dipertanggungjawabkan sesuai dengan targer yang sudah ditetapkan
- e. *Time* adalah waktu dalam pencapaian tujuan serta harus tepat waktu.

Adapun susunan dalam strategi pelaksanaan rencana keperawatan yang sudah disusun adalah strategi pelaksanaan individu dan keluarga dengan resiko perilaku kekerasan menurut Lilik Ma'rifatul Azizah dkk (2016) adalah:

Strategi pelaksanaan individu:

- a. SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik.

Tujuan Khusus:

Setelah dilakukan.... kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.

Kriteria Hasil: Setelah...kali interaksi klien dapat membina hubungan saling percaya; ditandai dengan:

- 1) Ekspresi wajah tersenyum
- 2) Mau berkenalan
- 3) Adanya kontak mata
- 4) Bersedia menceritakan perasaannya
- 5) Bersedia mengungkapkan masalah

Tindakan keperawatan:

- 1) Membina hubungan saling percaya.
- 2) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 3) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang telah dilakukan
- 5) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- 6) Mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon kemarahan
- 7) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan pukul kasur/bantal.

- b. SP 2 Resiko perilaku kekerasan: mengatur marah dengan cara minum obat

Kriteria Hasil: Setelah dilakukan...kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ditandai dengan: pasien dapat menjelaskan: manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan pasien menggunakan obat sesuai program.

Tindakan keperawatan:

- 1) Evaluasi latihan nafas dalam dan pukul bantal
- 2) Jelaskan manfaat minum obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat
- 3) Jelaskan kepada klien mengenai jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat) dosis yang tepat untuk klien, waktu pemakaian, cara pemakaian dan efek yang dirasakan setelah minum obat.
- 4) Anjurkan klien untuk meminta dan menggunakan obat dengan tepat waktu dan lapor ke perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa
- 5) Berikan pujian atas kedisiplinan dalam menggunakan obat

- c. SP 3 Resiko perilaku kekerasan: mengungkapkan rasa marah secara verbal

Tujuan Khusus:

Setelah dilakukan.... kali interaksi diharapkan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.

Kriteria hasil:

Klien dapat memperagakan cara dalam mengungkapkan marah secara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik

Tindakan keperawatan:

- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian yaitu latihan fisik SP 1 dan minum obat SP 2

- 2) Latihan cara mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
 - 3) Menyusun jadwal kegiatan mengungkapkan marah secara verbal
- d. SP 4 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol PK dengan cara spiritual

Kriteria hasil:

Setelah...kali interaksi klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, verbal, dan spiritual dengan cara berikut:

1. Fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal
2. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal dan jengkel kepada orang lain tanpa menyakiti
3. Spiritual: dengan cara berziki atau doa dan meditasi sesuai agamanya

Tindakan keperawatan:

1. Evaluasi dan diskusikan hasil latihan SP 1, 2, dan 3
2. Latih untuk memperagakan cara yang telah dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih
3. Jelaskan manfaat cara tersebut
4. Anjurkan klien untuk menirukan peragaan yang telah dilakukan
5. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna
6. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel

Strategi Pelaksanaan Keluarga

- 1) SP 1 Keluarga: memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah
 - a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

- b. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan serta proses terjadinya perilaku kekerasan
- 2) SP 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan
- a. Evaluasi SP 1
 - b. Melatih keluarga mempratikkan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan
 - c. Melatih keluarga dalam melakukan cara merawat langsung kepada klien dengan resiko perilaku kekerasan
- 3) SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga
- a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1,2)
 - b. Membantu keluarga untuk membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
 - c. Menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi.

Terapi Aktivitas Kelompok atau TAKS bertujuan untuk mengontrol perilaku kekerasan, TAKS terdiri dari 5 sesi yaitu:

- a. Sesi 1: Mengenal Perilaku Kekerasan yang biasa dilakukan
TAK sesi 1 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan stimulasi penyebab kemarahannya, klien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah, klien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah, klien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan
- b. Sesi 2: Mencegah Perilaku Kekerasan Secara Fisik
TAK sesi 2 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien, klien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan, klien dapat mendemonstrasikan dua kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan.

c. Sesi 3: Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Interaksi Sosial Asertif (Cara Verbal)

TAK sesi 3 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan tanpa memaksa, klien dapat mengungkapkan penolakan dan rasa sakit hati tanpa kemarahan

d. Sesi 4 Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Spiritual

TAK sesi 4 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat melakukan Pencegahan perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

e. Sesi 5 Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Patuh Mengonsumsi Obat

TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan keuntungan patuh minum obat, pasien dapat menyebutkan akibat/kerugian tidak patuh minum obat, pasien dapat menyebutkan 5 benar cara minum obat.

4. Implementasi Resiko Perilaku Kekerasan

Sebelum melakukan tindakan keperawatan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana yang ditetapkan sesuai dengan kondisi klien saat ini (*here and now*) dan perawat perlu memperhatikan adanya standar tindakan keperawatan yang telah ditentukan aspek legal yaitu mendokumentasikan apa yang sudah dilaksanakan (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016). Untuk melakukan implementasi dengan klien gangguan jiwa harus menggunakan interaksi yang sedikit berbeda dibandingkan pada penderita yang mengalami masalah kesehatan biasa atau umum, yaitu

a. Tidak menghakimi

Tidak boleh menghakimi atau *Nonjudgmental Approach* yaitu perawat tidak boleh menghakimi atas keputusan yang didasarkan oleh kesimpulan sepihak baik secara verbal maupun non verbal.

b. Menerima

Perawat yang memiliki sifat menerima dilihat dari sikap dan caranya menghargai perasaan dan pikiran pasien serta membantu pasien untuk memahami diri sendiri.

c. Empati

Empati yaitu memahi pikiran dan perasaan klien serta ikut merasakan perasaannya namun tidak terlarut dalam masalahnya. Perawat mampu memahami dan validasi dengan cara meminta klien untuk mengungkapkan perasaannya.

d. Sabar

Sabar dapat dilakukan untuk meningkatkan kemandirian klien. Sabar yang berarti memberikan klien untuk mengungkapkan perasaannya, berfikir dan mengambil keputusan serta memberikan kesempatan untuk bercerita.

e. Menghargai

Merupakan karakteristik dari perawat *caring*. Sikap ini menunjukkan adanya percaya terhadap kemampuan dalam menyelesaikan masalah secara mandiri.

f. Dapat dipercaya

Karakter ini harus ditunjukkan pada setiap proses keperawatan. Ketika kita dipercaya oleh pasien, maka kita menjadi tempat bergantung dan bertanggung jawab.

5. Evaluasi keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

Evaluasi yaitu tindakan yang dilakukan untuk menilai efek pada klien, evaluasi akan dilakukan terus-menerus kepada klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukakan. Evaluasi ini terbagi menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap setelah selesai melakukan tindakan kepada klien, sedangkan evaluasi sumatif adalah

melaksanakan kegiatan dengan membandingkan antara tujuan khusus dengan respon klien yang telah dilakukan (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016). Evaluasi dilakukan setelah melakukan perencanaan, dan membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya serta menilai adanya efektivitas proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan.

Menurut Suprajitno dalam Wardani (2013) evaluasi akan disusun menggunakan SOAP yaitu S atau Subjektif adalah ungkapan perasaan serta keluhan yang dikeluhkan secara subjektif setelah dilakukan dan diberikan tindakan keperawatan, O atau objektif adalah dapat dilihat menggunakan pengamatan secara objektif, A atau analisis yaitu perawat mampu mengetahui respon subjektif dan objektif dan P adalah perencanaan atau *planning* yaitu setelah melakukan analisis, perawat mampu melakukan perencanaan (Kurniati, 2019). Adanya rencana tindak lanjut dapat berupa:

- a. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan telah dilakukan namun belum mendapatkan hasil yang memuaskan
- c. Rencana dibatalkan apabila ditemukan adanya masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada
- d. Rencana selesai jika tujuan sudah dapat tercapai dan diperlukan adalah mempertahankan kondisi yang baru.

Evaluasi kemampuan klien dengan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dikatakan berhasil jika klien mampu:

- a. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala adanya perilaku kekerasan yang biasa dilakukan secara teratur sesuai jadwal
- b. Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal
 - 1) Secara fisik, tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur

- 2) Secara sosial/verbal: meminta, menolak dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
 - 3) Secara spiritual
 - 4) Terapi psikofarma
- c. Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan

Evaluasi kemampuan keluarga dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat:

- a. Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat klien (pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan)
- b. Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
- c. Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai klien
- d. Memotivasi klien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
- e. Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung klien dalam mengontrol perasaan marah
- f. Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan klien
- g. Melakukakn *follow up* ke puskesmas, mengenal adanya tanda kambuh dan melakukan rujukan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Mei 2021 di Yayasan Galuh dengan data pengkajian ini didapatkan dari pasien.

1. Identitas Pasien

Pasien Tn. S berusia 56 tahun, berjenis kelamin laki-laki, status perkawinan sudah menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa, dan pendidikan terakhir SMP.

2. Alasan masuk

Tn. S usia 56 tahun dirawat tahun 2021 di Yayasan Galuh kurang lebih dua bulan dan di diagnosa Skizofrenia tak terinci. Klien masuk dengan alasan klien mendadak suka marah-marah dengan keluarga, dan halusinasinya kadang kambuh jika klien diam. Pada tahun 2019 klien masuk RSJ Bogor selama dua bulan dengan keluhan klien suka marah-marah dan halusinasinya muncul jika klien diam, klien sempat di pulangkan karena klien membaik dan dokter menyuruhnya untuk kembali ke RS untuk kontrol, namun istri klien menyuruhnya untuk tidak kembali kontrol dan tidak melanjutkan minum obat karena tidak adanya biaya. Tahun 2020 klien kembali diantar ke RSJ Duren Sawit dengan keluhan yang sama selama satu bulan dan dipindahkan ke Yayasan Galuh sampai saat ini.

3. Keluhan Utama

Keluhan utama klien saat ini klien mengatakan semalam kesal dan memukul temannya karena menganggunya saat tidur, klien mengatakan ia merasa sedih karena sudah lama tidak dijenguk oleh keluarganya, namun klien merasa kesal jika mengingat istrinya yang memintanya untuk bercerai setelah klien pertama kali masuk rumah sakit jiwa namun klien tidak menuruti karena memikirkan kondisi anaknya yang masih kecil.

Klien mengatakan jika keluarganya kurang peduli dengan kondisinya saat ini akibat kecelakaan kerja yang menyebabkan kakinya diamputasi dan tidak bisa bekerja, kontak mata klien minimal.

4. Faktor Predisposisi

a. Biologis

Klien pernah mengalami gangguan jiwa di RSJ Bogor pada tahun 2019, lalu klien kembali dirawat pada tahun 2020 di RSJ Duren Sawit, setelah di RSJ Duren Sawit klien dipindahkan ke Yayasan Galuh hingga saat ini. Klien mengatakan neneknya pernah mengalami gangguan jiwa dengan tanda dan gejalanya yaitu nenek klien sering berbicara sendiri, berteriak dan menyanyi keras. Klien mengatakan sang nenek tidak diberikan pengobatan dan perawatan lebih lanjut oleh keluarga dan hanya dibiarkan saja di dalam rumah, klien mengatakan jika nenek dibiarkan maka akan diam sendiri.

b. Psikologis

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit jiwa, klien sangat kecewa dengan keluarganya karena setelah mengalami kecelakaan kerja yang menyebabkan kakinya harus diamputasi sebagian serta diberhentikan dari pekerjaannya, keluarga menjadi kurang peduli dengan kondisinya lagi, klien mengatakan setelah masuk RSJ sang istri terus memintanya untuk bercerai tetapi pasien tidak mau karena memikirkan kondisi sang anak. Klien mengatakan sewaktu kecil pernah mendapat aniaya fisik seperti dipukul dibahu dan dipunggungnya oleh bapak dan ibunya, klien mengatakan sejak remaja suka memendam masalahnya sendirian dibandingkan bercerita.

c. Faktor sosiokultural

Klien mengatakan tinggal dirumah bersama istri dan ketiga anaknya, klien mengatakan bekerja di pabrik dan klien hanya lulusan SMP, klien mengatakan tidak mempunyai masalah dengan lingkungan masyarakat, klien mengatakan tetangga baik dan kadang berinteraksi.

5. Faktor Presipitasi

Klien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa pada tahun 2019. Pada tahun 2021 klien masuk ke Yayasan galuh dengan keluhan suka marah-marah dan halusinasinya kadang muncul jika klien diam.

Masalah Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan, mekanisme koping individu tidak efektif, rejimen terapeutik tidak efektif, mekanisme koping keluarga tidak efektif.

6. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dengan hasil pemeriksaan tekanan darah 90/80 mmHg, nadi 78x/menit, suhu 37C, tinggi badan 165cm dan berat badan 60kg serta Indeks Massa Tubuh (IMT) 22 kg/m

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

7. Psikososial

a. Genogram

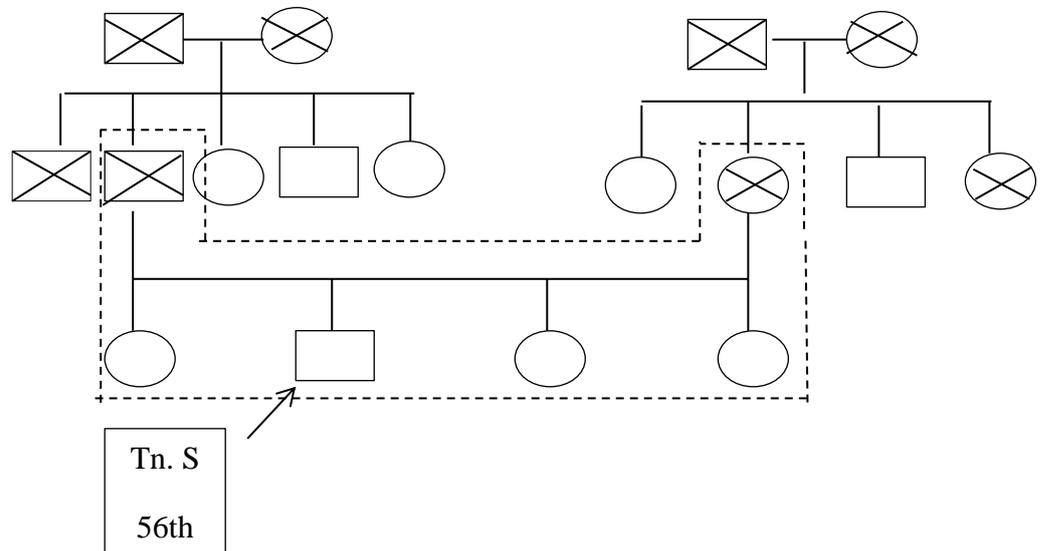


Diagram 2. 3 Gengram Klien Tn. S

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien

— · — : Tinggal Serumah

— : Garis perkawinan

⊕ : Cerai

Penjelasan:

Pasien mengatakan sering dibandingkan dengan keluarga/saudaranya sendiri, pasien mengatakan orang tuanya mendidik dengan aturan-aturan yang sudah ditetapkan orang tua klien dan respon pasien saat itu hanyalah diam dan menuruti saja, pasien mengatakan jika punya masalah selalu dipendam.

Masalah keperawatan: Mekanisme koping individu tidak efektif.

b. Konsep Diri

1) Gambaran diri

Klien mengatakan lebih menyukai jari tangannya karena tampak bersih dan terlihat bagus, klien mengatakan tidak menyukai kakinya karena jelek akibat kecelakaan yang menyebabkan kakinya harus diamputasi.

2) Identitas

Klien mengatakan namanya adalah Tn. S dan berjenis kelamin laki-laki serta puas menjadi laki-laki karena sudah kodratnya, klien juga mengatakan puas dengan tugasnya sebagai laki-laki.

3) Peran

Klien mengatakan berperan sebagai suami untuk istrinya dan ayah untuk ketiga anaknya, klien merasa belum puas menjalani perannya sebagai kepala keluarga karena belum memberikan yang terbaik untuk keluarganya klien mengatakan tugas kepala keluarga adalah mencari nafkah untuk keluarga, klien mengatakan tugas kepala keluarga adalah mencari nafkah, klien mengatakan perannya di masyarakat adalah sebagai warga biasa dan selalu mengikuti kerja bakti.

4) Ideal Diri

Klien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini, klien mengatakan tidak puas menjalani kehidupannya yang sekarang, klien mengatakan keinginannya diusia sekarang adalah berkumpul dengan keluarganya dan klien mengatakan bahwa ia menaruh harapan tinggi ingin cepat sembuh dari penyakitnya agar ia dapat bertemu dan kumpul bersama dengan keluarga.

5) Harga Diri

Klien mengatakan bahwa ia merasa malu dan minder dengan kondisinya saat ini serta kurang puas dengan dirinya saat ini.

Masalah keperawatan: Harga Diri Rendah Kronik.

c. Hubungan Sosial

1) Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang berarti adalah anaknya dan orang yang paling mengerti adalah anak pertamanya, serta orang yang kurang mengerti adalah istrinya.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/ masyarakat

Klien mengatakan pernah mengikuti kegiatan kerja bakti seperti bersih-bersih, cabuti rumput dan membantu beres-beres, dan klien mengatakan pernah mengikuti pengajian di masjid.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan disekitarnya.

Masalah keperawatan: mekanisme koping keluarga tidak efektif

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan:

Klien mengatakan dirinya beragama islam, klien mengatakan bahwa kondisinya saat ini dari Allah dan harus menjalaninya, klien mengatakan salah satu pengobatannya adalah dengan ibadah dan berdoa. Klien mengatakan yakin bahwa ia bisa sembuh

2) Kegiatan Ibadah:

Klien mengatakan lebih sering shalat dirumah dibandingkan di mushola karena menurutnya lebih simple dan klien menjalankan shalat 5 waktu wajib.

8. Status Mental

a. Penampilan

Klien tampak menggunakan pakaian yang sesuai namun sedikit lusuh, kuku tampak bersih, gigi kuning namun tidak terlihat adanya karang gigi.

Masalah keperawatan: Defisit perawatan diri

b. Pembicaraan

Klien berbicara keras dan datar, klien tampak bereaksi dengan menatap lawan bicaranya namun jarang.

Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan

c. Aktivitas Motorik

Klien tampak tegang saat berinteraksi selama wawancara dengan perawat, kontak mata ada namun jarang, klien tampak sesekali mengerutkan dahinya dan tampak kesal jika ditanya mengenai keluarga

Masalah Keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

d. Alam perasaan

Klien tampak kesal dan sedih jika ditanya mengenai keluarganya, klien merasa rindu namun juga klien merasa kesal karena tidak pernah dijenguk semenjak ia kembali ke RSJ Duren Sawit.

Masalah Keperawatan: Risiko perilaku kekerasan

e. Afek

Afek klien tumpul, klien tampak menunjukkan respon stimulus yang diberikan dan menggunakan raut wajah yang sesuai dengan topik bicara, klien tampak kesal dan sedih jika membahas mengenai keluarganya

Masalah Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan

- f. Interaksi selama wawancara
Klien tampak kooperatif namun tampak mudah tersinggung, klien menatap lawan bicara namun jarang
Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan
- g. Persepsi
Klien mengatakan pernah mendengar suara bisikan namun sekarang sudah tidak mendengarnya lagi semenjak dipindahkan ke yayasan Galuh, klien mengatakan tidak melihat bayangan palsu, penciuman palsu, atau tidak merasa ada yang merayap dikulitnya.
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.
- h. Proses pikir
Klien tampak diam saat berinteraksi namun dapat menjawab pertanyaan jika ditanya
Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan
- i. Isi fikir
Klien mengatakan memiliki fobia terhadap ketinggian dan tidak ada masalah dengan waham.
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan
- j. Tingkat kesadaran
Klien mampu mengingat waktu, tempat dan nama orang dengan baik, klien tidak tampak bingung atau mengalami penurunan.
Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan
- k. Memori
Klien dapat mengingat kejadian masa lalu atau mengingat jangka panjang dan klien dapat mengingat jangka pendek namun sesekali mengatakan lupa.
Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan
- l. Tingkat konsentrasi dan berhitung
Klien mampu berhitung 1-10 dan berhitung mundur 10-1, klien mampu menjawab pertanyaan berhitung dan menjawab dengan cepat.
Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

m. Kemampuan penilaian

Klien mampu memilih keputusan sederhana seperti memilih untuk mandi dahulu sebelum makan tanpa dibantu oleh perawat.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

n. Daya tilik diri

Klien mengatakan menerima keadaan dan kondisinya saat ini namun keluarganya tidak menerima keadaan klien sehingga klien diantar ke RSJ Duren Sawit oleh adik iparnya.

Masalah Keperawatan : Mekanisme coping keluarga tidak efektif

9. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Makan

Klien mengatakan makan sehari 3x sehari yaitu pagi, siang, sore.

Klien mampu makan secara mandiri dan makan dengan baik.

b. BAB/BAK

Klien mengatakan BAB jarang 1x sehari, BAK 3-4x sehari, klien mengatakan mampu menggunakan kamar mandi dan WC jongkok serta membersihkan diri jika sudah selesai.

c. Mandi

Klien mengatakan mampu mandi secara mandiri tanpa bantuan klien mengatakan sebelum mandi ia menyiapkan alat-alat mandi terlebih dahulu.

d. Berpakaian/berhias

Klien menggunakan pakaian yang sesuai tanpa bantuan perawat

e. Istirahat dan tidur

Klien mengatakan tidur siang biasanya dari jam 13.00 hingga 15.00 sedangkan tidur malam mulai 22.00 hingga 03.30, klien mengatakan kegiatan sebelum tidur adalah menonton TV di aula dan kegiatan sesudah tidur adalah sahur dan shalat lalu diikuti mandi dan berjemur atau olahraga rutin yang diadakan oleh panti, kadang membantu.

f. Penggunaan obat

Klien mengatakan mampu meminum obat secara mandiri, klien mengatakan tidak mampu mengingat apa saja obat yang diminum.

g. Pemelihara kesehatan

Klien mengatakan adanya perawatan lanjutan yang diberikan namun keluarganya kurang memberi dukungan terhadap pengobatannya.

h. Kejadian didalam rumah

Klien mengatakan mampu mempersiapkan makanan, menjaga dan merapihkan rumah, bisa melakukan mencuci pakaian dan untuk pengeluaran uang klien mengatakan kadang ia mengatur berdua bersama sang istri.

i. Kegiatan diluar rumah

Klien mampu berbelanja sendiri dan menggunakan transportasi, klien mengatakan kadang berbelanja menggunakan motor atau jalan kaki.

10. Mekanisme Koping

Klien mengatakan jika ada masalah maka ia pendam saja sendirian, klien mengatakan jika sangat kesal ia akan berjalan keluar rumah atau pergi memancing.

Masalah keperawatan: Mekanisme koping individu tidak efektif dan perilaku kekerasan dan resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

11. Masalah Psikososial dan Lingkungan

Klien mengatakan bahwa ia lulusan SMP, klien memiliki masalah dengan pekerjaannya yaitu kecelakaan yang menyebabkan kakinya harus diamputasi sehingga ia diberhentikan dari pekerjaannya. Klien mengatakan bahwa lingkungan keluarganya kurang memberi dukungan terhadap pengobatannya.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah kronik, Mekanisme koping keluarga tidak efektif

12. Pengetahuan Kurang Tentang

Klien mengatakan penyakitnya sekarang terjadi karena klien suka marah-marah yang disebabkan karena klien sering memendam masalahnya sendiri. Klien mengatakan kurang tahu mengenai obat Sikzonoate dan Chlorpromazine

Masalah keperawatan: Defisit pengetahuan

13. Terapi medis

Diagnose medis adalah Skizofrenia takterinci

Obat-obatan:

Sikzonoate IM 3-4 minggu (25mg)

Clorpromazine K/P peroral (25mg)

Nama inisial : Tn. S

Diagnosa Medis : Skizofrenia takterinci

Tabel 3. 1 Analisa Data

Tanggal / Jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan
3/5/2021	Ds: <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan alasan masuk karena marah-marah• Klien mengatakan semalam kesal dan memukul temannya karena menganggunya saat tidur• Klien mengatakan merasa kesal karena semenjak kakinya diamputasi karena kecelakaan kerja, keluarga	Risiko perilaku kekerasan

	<p>mulai tidak peduli dengan kondisinya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pernah memukul istrinya dengan cara menempeleng dan memukul punggungnya secara spontan karena ia merasa sangat kesal • Klien mengatakan sewaktu kecil pernah mendapat aniaya fisik seperti dipukul dibahu dan dipunggungnya oleh bapak dan ibunya • klien mengatakan sejak remaja suka memendam masalahnya sendirian dibandingkan bercerita • klien mengatakan cara lain dalam mengatasi marahnya yaitu dengan cara berjalan-jalan disekitar perumahan atau pergi memancing <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kooperatif namun tampak mudah tersinggung • Pandangan tajam • Klien tampak tegang saat berinteraksi dengan perawat • Tampak kesal • Tampak mengatupkan 	
--	--	--

	<p>rahang dengan kuat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata ada namun jarang • Tekanan darah 90/80 mmHg • Nadi 78x/menit, 	
3/5/2021	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan ditolak istri semenjak masuk RSJ dan istri meminta untuk bercerai • Klien mengatakan minder karena kakinya diamputasi saat kecelakaan kerja • Klien mengatakan kecewa karena keluarga mulai meninggalkan klien karena pengangguran • Klien mengatakan suka dibandingkan dengan saudaranya • Klien mengatakan belum puas menjalani peran sebagai kepala keluarga karena belum memberikan yang terbaik untuk keluarganya • Klien mengatakan malu dengan kondisinya saat ini • Klien mengatakan tidak percaya diri 	<p>Harga diri rendah kronik</p>

	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata ada namun sebentar • Klien tampak sedih • Suara klien terdengar pelan 	
3/5/2021	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pernah dibawa ke RSJ Bogor setelah pulang, klien tidak control kembali • Klien mengatakan karena biaya tidak ada untuk membeli obat • Klien mengatakan ia kembali dibawa ke RSJ Duren Sawit lalu dioper ke Yayasan Galuh <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kooperatif • Klien berbicara singkat • Jarang menatap lawan bicara 	Regimen terapeutik tidak efektif

3/5/2021	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pernah menjadi saksi aniaya fisik • Klien mengatakan pernah menjadi pelaku dan korban kekerasan dalam keluarga • Klien mengatakan pernah dipukul • Klien mengatakan memukul istri secara spontan jika sedang terlibat masalah besar. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien jarang menatap lawan bicara • Klien tampak kooperatif namun tampak mudah tersinggung • Tampak kesal • Tampak mengatupkan rahang dengan kuat <p>Kontak mata ada namun jarang</p>	<p>Risiko menciderai fisik diri sendiri, orang lain dan lingkungan</p>
3/5/2021	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sering memendam masalahnya sendirian • Klien mengatakan sering dinbanding –bandingkan dengan saudaranya 	<p>Mekanisme koping individu tidak efektif</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan orang tua suka memaksa namun klien hanya diam dan menuruti saja <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sedih • Klien diasuh dengan otoriter dimana klien dididik dengan aturan yang dipilih oleh orang tuanya • Klien jarang menatap lawan bicara 	
3/5/2021	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan pernah menjadi korban kekerasan fisik oleh keluarganya • Klien mengatakan orang tua suka memaksa kehendak, namun klien hanya diam saja dan menuruti • Klien mengatakan menerima keadaan atau kondisinya saat ini namun keluarganya tidak menerima klien sehingga adik ipar mengantarnya kerumah sakit jiwa. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak mengatupkan rahang dengan kuat • Kontak mata ada namun jarang 	Mekanisme koping keluarga tidak efektif

POHON MASALAH

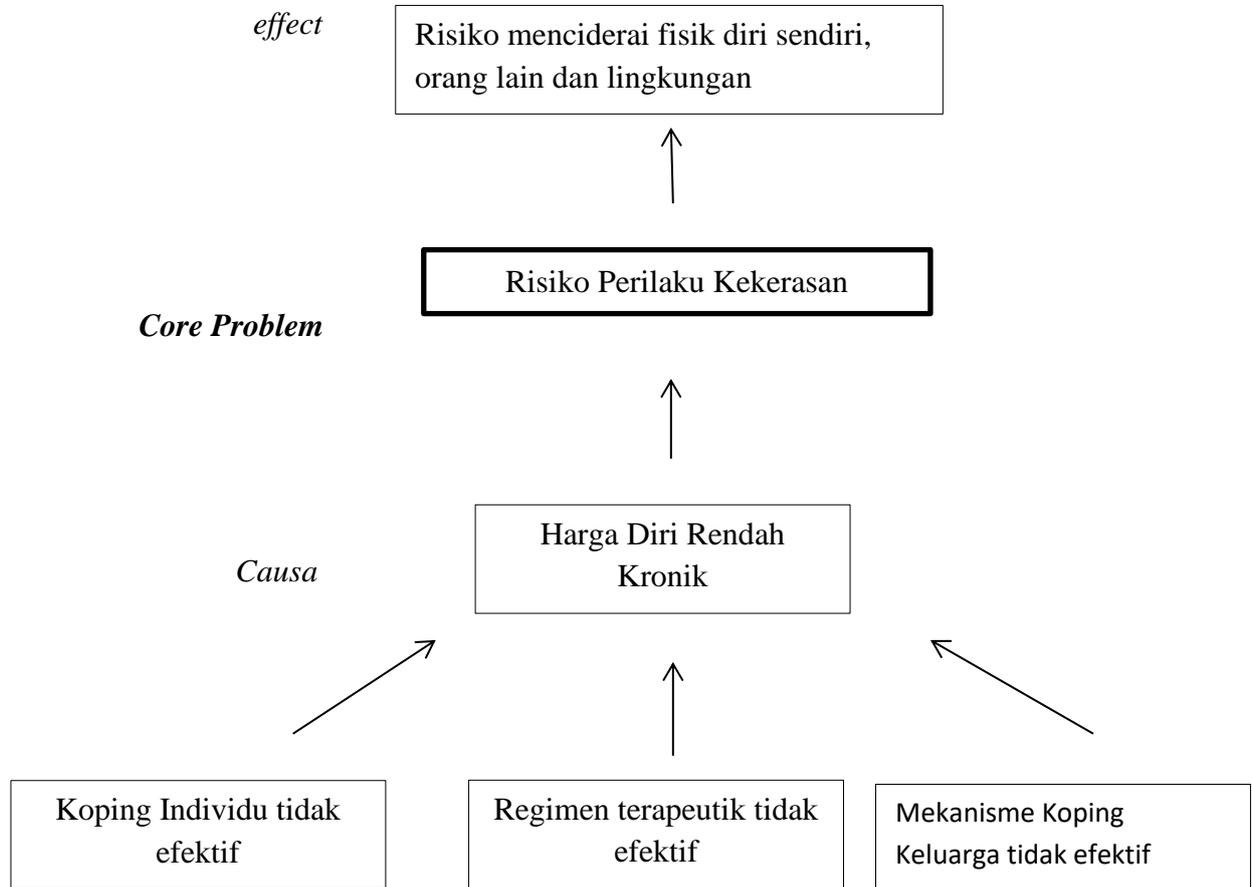


Diagram 3. 1 Pohon masalah perilaku kekerasan Tn.S

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perilaku kekerasan.
2. Risiko menciderai fisik diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
3. Harga diri rendah kronik.
4. Mekanisme koping individu tidak efektif.
5. Mekanisme koping keluarga tidak efektif.
6. Regimen terapeutik tidak efektif

C. Perencanaan Keperawatan

Tujuan Umum

Klien dapat berinteraksi dengan orang lain.

Strategi Pelaksanaan:

1. SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik

Tujuan:

Setelah dilakukan 2 kali interaksi diharapkan klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.

Kriteria Hasil:

Setelah 2 kali interaksi pasien dapat membina hubungan saling percaya, ditandai dengan:

- a. Ekspresi wajah tersenyum
- b. Ingin berkenalan
- c. Ada kontak mata
- d. Bersedia menceritakan perasaannya
- e. Bersedia mengungkapkan masalah

Tindakan keperawatan:

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- d. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- e. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- f. Mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon kemarahan
- g. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (teknik relaksasi nafas dalam, dan pukul bantal/ kasur).

2. SP 2 Resiko perilaku kekerasan: mengontrol marah dengan minum obat teratur

Tujuan:

Setelah dilakukan 1 kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat.

Kriteria hasil:

setelah dilakukan 1 kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat ditandai dengan: klien dapat menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat,

bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan klien dapat menggunakan obat sesuai dengan programnya.

Tindakan Keperawatan:

- a. Evaluasi latihan nafas dalam dan pukul bantal
- b. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat
- c. Jelaskan jenis obat (nama, warna, dosis, kadaluarsa, cara minum), manfaat obat dan efek samping obat.
- d. Anjurkan klien meminta dan menggunakan obat tepat waktu serta lapor ke perawat jika mengalami efek samping
- e. Berikan pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat.

3. SP 3 resiko perilaku kekerasan: mengungkapkan rasa marah secara verbal

Tujuan khusus:

Setelah dilakukan 1 kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik.

Kriteria hasil:

Klien dapat memperagakan cara mengungkapkan marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik).

Tindakan keperawatan:

- a. Evaluasi jadwal kegiatan harian SP 1 dan 2
- b. Latih mengungkapkan rasa marah dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan perasaan dengan baik.
- c. Menyusun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.

4. SP 4 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol marah dengan cara spiritual

Tujuan:

Setelah 1 kali interaksi, klien dapat mengontrol marah dengan cara spiritual.

Kriteria hasil:

Setelah 1 kali interaksi klien memperagakan mengontrol perilaku kekerasan fisik dengan cara spiritual yaitu:

- a. Fisik : tarik nafas dalam
- b. Verbal : mengungkapkan perasaan kesal kepada orang lain tanpa menyakiti
- c. Spiritual : berdoa, beribadan dan istigfar atau meditasi sesuai agamanya

Tindakan keperawatan:

- a. Evaluasi dan diskusikan hasil latihan SP 1,2, dan 3
- b. Latih untuk memperagakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih
- c. Jelaskan manfaat cara tersebut
- d. Anjurkan pasien untuk menirukan peragaan yang sudah dilakukan
- e. Beri penguatan kepada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna
- f. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat kesal/marah.

Strategi Pelaksanaan Keluarga:

1. SP 1 keluarga : memberikan penyuluhan keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah

Kriteria Evaluasi:

Setelah dilakukan 1 kali intervensi, keluarga mampu:

- a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan
- b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan

Tindakan Keperawatan:

- a. Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien
 - b. Menjelaskan PK, penyebab dan tanda gejala
 - c. Menjelaskan cara merawat PK
 - d. Latih atau simulasi 2 cara merawat
 - e. Rencana tindak lanjut untuk merawat
2. SP 2 keluarga : melatih keluarga cara mengontrol kemarahan
- Kriteria evaluasi : setelah dilakukan 1 kali intervensi, keluarga mampu:
- a. Evaluasi SP 1
 - b. Latih 2 cara lain untuk merawat
 - c. Latih ke pasien secara langsung
 - d. Rencana tindak lanjut untuk merawat
3. SP 3 keluarga : membuat perencanaan pulang bersama klien
- Kriteria evaluasi : setelah dilakukan 1 kali intervensi, keluarga mampu:
- a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1 dan 2)
 - b. Evaluasi kemampuan klien dan rencana tindak lanjut keluarga dengan *Follow Up* dan rujukan.

Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) bertujuan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan, TAKS terdiri dari 5 sesi yaitu:

1. Sesi 1 : Mengenal Perilaku Kekerasan yang Bisa Dilakukan
TAK sesi 1 bertujuan untuk melatih klien agar dapat menyebutkan apa saja penyebab dari kemarahannya, klien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah (tanda dan gejala marah), klien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah, klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan.
2. Sesi 2 : Mencegah Perilaku Kekerasan secara Fisik
TAK sesi 2 bertujuan untuk melatih agar klien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang dapat dilakukan mencegah perilaku kekerasan, klien dapat mendemonstrasikan dua kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan.

3. Sesi 3 : Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Interaksi Sosial Asertif (cara verbal)
TAK sesi 3 ini bertujuan untuk melatih agar klien dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan tanpa memaksa, klien dapat mengungkapkan penolakan dan rasa sakit tanpa kemarahan.
4. Sesi 4 : Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Spiritual
TAK sesi 4 ini bertujuan untuk melatih klien agar dapat melakukan pencegahan perilaku kekerasan dengan cara spiritual.
5. Sesi 5: Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Patuh Mengonsumsi Minum Obat
TAK sesi 5 ini bertujuan untuk melatih klien agar dapat menyebutkan keuntungan patuh dalam minum obat, klien dapat menyebutkan akibat dari kerugian tidak patuh minum obat, klien dapat menyebutkan 5 cara benar minum obat.

D. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi Tindakan Keperawatan pada pasien

1. Pertemuan pertama, Senin 3 Mei 2021 pukul 10.40 WIB
Ds:
 - Klien mengatakan alasan masuk karena marah-marah
 - Klien mengatakan semalam kesal dan memukul temannya karena menganggunya saat tidur
 - Klien mengatakan merasa kesal karena semenjak kakinya diamputasi karena kecelakaan kerja, keluarga mulai tidak peduli dengan kondisinya
 - Klien mengatakan pernah memukul istrinya dengan cara menampeleng dan memukul punggungnya secara spontan karena ia merasa sangat kesal
 - Klien mengatakan sewaktu kecil pernah mendapat aniaya fisik seperti dipukul dibahu dan dipunggungnya oleh bapak dan ibunya

- Klien mengatakan sejak remaja suka memendam masalahnya sendirian dibandingkan bercerita.
- Klien mengatakan cara lain dalam mengatasi marahnya yaitu dengan cara berjalan-jalan disekitar perumahan atau pergi memancing

Do:

- Klien tampak kooperatif namun tampak mudah tersinggung
- Pandangan tajam
- Klien tampak tegang saat berinteraksi dengan perawat
- Tampak kesal
- Tampak mengatupkan rahang dengan kuat
- Kontak mata ada namun jarang
- Tekanan darah 90/80 mmHg, nadi : 78x/menit

Tindakan Keperawatan SP 1 Pertemuan 1:

1. Membina Hubungan Saling Percaya (BHSP)
2. Mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku yang dilakukan dan apa saja akibatnya.
3. Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal.
4. Memasukkan kedalam jadwal kegiatan.

Rencana tindak lanjut:

- Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 5 prinsip benar cara minum obat, manfaat obat dan efek samping minum obat.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Subjektif:

- Klien mengucapkan ucapan selamat pagi
- Klien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Klien menyebutkan nama perawat

- Klien mengatakan masih kesal dengan teman yang menganggunya saat tidur
- Klien mengatakan sejak remaja suka memendam masalahnya sendirian dibandingkan bercerita
- Klien mengatakan cara lain dalam mengatasi marahnya yaitu dengan cara berjalan-jalan disekitar perumahan atau pergi memancing
- Klien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal
- Klien mengatakan akan memasukkan cara mengontrol marah tarik nafas dan pukul bantal dalam kegiatan sehari jika klien kesal

Evaluasi Objektif:

- Klien dapat menjawab ucapan selamat pagi
- Klien dapat menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Klien dapat menyebutkan nama perawat
- Klien tampak kesal saat berinteraksi dengan perawat saat ditanyakan mengenai keluarganya
- Klien tampak mengatupkan rahangnya
- Klien memperhatikan perawat dalam mempraktikkan cara menarik nafas dan pukul bantal dengan benar
- Klien mendemonstrasikan ulang bagaimana cara menarik nafas dalam dan memukul bantal untuk mengontrol rasa marah
- Klien akan memasukan cara tarik nafas dan pukul bantar sebagai kegiatan tambahan

Analisa:

- Risiko perilaku kekerasan
- Kemampuan klien untuk mengontrol marah bertambah, yaitu klien dapat mengontrol perilaku marah dan tarik nafas dalam dan pukul bantal dengan benar

- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami klien berkurang, yaitu klien tidak mengatupkan rahangnya

Planning:

- Pasien : latih cara mengontrol tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal pada pagi dan malam hari
- Perawat : Lanjutkan SP 2 yaitu cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 5 prinsip minum obat, manfaat obat dan efek samping obat.

2. Pertemuan kedua, Selasa 4 Mei 2021 pukul 10.10 WIB

DS:

- Klien mengucapkan ucapan selamat pagi
- Klien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Klien menyebutkan nama perawat
- Klien mengatakan masih kesal dengan teman yang menganggunya saat tidur
- Klien mengatakan sejak remaja suka memendam masalahnya sendirian dibandingkan bercerita
- Klien mengatakan cara lain dalam mengatasi marahnya yaitu dengan cara berjalan-jalan disekitar perumahan atau pergi memancing
- Klien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal
- Klien mengatakan akan memasukkan cara mengontrol marah tarik nafas dan pukul bantal dalam kegiatan sehari jika klien kesal

DO

- Klien dapat menjawab ucapan selamat pagi
- Klien dapat menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Klien dapat menyebutkan nama perawat
- Klien tampak kesal saat berinteraksi dengan perawat saat ditanyakan mengenai keluarganya

- Klien tampak mengatupkan rahangnya
- Klien memperhatikan perawat dalam mempraktikkan cara menarik nafas dan pukul bantal dengan benar
- Klien mendemonstrasikan ulang bagaimana cara menarik nafas dalam dan memukul bantal untuk mengontrol rasa marah
- Klien akan memasukan cara tarik nafas dan pukul bantar sebagai kegiatan tambahan

Implementasi Keperawatan:

Melakukan SP 2 pertemuan 1

- Evaluasi SP 1 yaitu mengontrol perilaku kekerasan menggunakan tarik nafas dan pukul bantal
- Menjelaskan cara mengontrol marah dengan 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek samping minum obat.
- Memberikan kesempatan klien untuk menjelaskan ulang 5 benar prinsip minum obat, manfaat dan efek samping.

Rencana Tindak Lanjut

- Melatih cara mengontrol marah dengan cara verbal : meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik.

EVALUASI

Data subjektif:

DS:

- Klien mengatakan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal
- Klien mengatakan mengerti dengan penjelasan 5 prinsip benar minum obat, manfaat obat dan efek samping obat
- Klien mengatakan obatnya terdiri dari 2 macam yaitu Sikzonoate dengan dosis 25mg 3-4minggu sekali melalui suntikan, dan Chlorpromazine per oral dan klien mengatakan ada 5 prinsip benar

minum obat, benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu minum obat dan benar cara minum obat.

DO:

- Klien dapat mempraktikkan kembali cara tarik nafas dalam dan memukul bantal
- Klien mengetahui 5 prinsip benar obat
- Klien tampak sedikit sulit untuk menyebutkan nama obat dan sesekali dibantu oleh perawat

Analisa:

- Kemampuan klien dalam mengontrol marah bertambah yaitu mengetahui 5 prinsip benar obat, manfaat dan efek samping
- Klien mampu menyebutkan kembali prinsip benar minum obat setelah dijelaskan oleh perawat namun sedikit dibantu
- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami klien berkurang yaitu mengatupkan rahang klien berkurang

Planning:

- Latih tarik nafas dalam dan pukul bantal serta 5 prinsip benar obat, manfaat dan efek samping
- Lanjutkan SP 3 yaitu mengontrol perilaku dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik.

3. Pertemuan ketiga, 5 Mei 2021 pukul 10.10 WIB

DS:

- Klien mengatakan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal
- Klien mengatakan mengerti dengan penjelasan 5 prinsip benar minum obat, manfaat obat dan efek samping obat

- Klien mengatakan obatnya terdiri dari 2 macam yaitu Sikzonoate dengan dosis 25mg 3-4minggu sekali melalui suntikan, dan Chlorpromazine per oral dan klien mengatakan ada 5 prinsip benar minum obat, benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu minum obat dan benar cara minum obat.

DO:

- Klien dapat mempraktikkan kembali cara tarik nafas dalam dan memukul bantal
- Klien mengetahui 5 prinsip benar obat
- Klien tampak sedikit sulitan untuk menyebutkan nama obat dan sesekali dibantu oleh perawat

Implementasi

Melakukan SP 3:

- Evaluasi SP 1 dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal,
- Evaluasi SP 2 yaitu mengidentifikasi 5 prinsip benar minum obat, efek samping dan manfaat obat
- Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Memberikan kesempatan klien untuk mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
- Memberikan pujian terhadap keberhasilan

Rencana tindak lanjut:

- Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

EVALUASI

Data Subjektif:

- Klien mengatakan ingat mengontrol marah dengan cara latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal
- Klien mengatakan mengerti 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek samping namun sedikit kesulitan dalam menyebutkan nama obat dan dibantu oleh perawat
- Klien mengatakan mengerti penjelasan cara mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta, menolak dan mengungkapkan dengan baik
- Klien mengatakan cara menolak dengan baik dengan berbicara “maaf ya, saya gamau ngelakuin apa yang kamu suruh”
- Klien mengatakan meminta dengan cara baik seperti “boleh gak saya minta tolong?”
- Klien mengatakan mengungkapkan dengan cara baik seperti “saya gak suka apa yang kamu lakukan ke saya, tolong jangan lakukan hal itu lagi ya”
- Klien mengatakan akan melakukan tindakan ini kepada teman atau orang lain
- Klien mengatakan mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan menggunakan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Klien mengatakan akan melakukan tindakan ini sebagai kegiatan tambahan

Data objekif:

- Klien dapat menyebutkan cara tarik nafas dalam, pukul bantal dan mengontrol emosi dengan cara verbal
- Klien dapat menyebutkan 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek samping dari minum obat
- Klien dapat mendemonstrasikan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik kepada perawat
- Klien mampu melakukan tindakan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal kepada perawat.
- Klien tampak kooperatif dan melakukan kontak mata

Analisa

- Resiko perilaku kekerasan
- Kemampuan klien bertambah yaitu klien mampu mendemonstrasikan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Klien mampu menyebutkan 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek samping obat namun sedikit kesulitan dalam menyebutkan nama obat serta sedikit dibantu oleh perawat
- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami klien berkurang, yaitu klien sudah mampu menatap lawan bicara dan kooperatif

Planning:

- Pasien : latih cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam pukul kasur bantal, meminum bat dengan prinsip 5 benar, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Perawat : latih control emosi dengan cara spiritual (Ibadah, berdoa, mengaji, dan istigafar)

4. Pertemuan keempat, 6 Mei 2021 pukul 10.15

Data Subjektif:

- Klien mengatakan ingat mengontrol marah dengan cara latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal
- Klien mengatakan mengerti 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek samping namun sedikit kesulitan dalam menyebutkan nama obat dan dibantu oleh perawat
- Klien mengatakan mengerti penjelasan cara mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta, menolak dan mengungkapkan dengan baik

- Klien mengatakan cara menolak dengan baik dengan berbicara “maaf ya, saya gamau ngelakuin apa yang kamu suruh”
- Klien mengatakan meminta dengan cara baik seperti “boleh gak saya minta tolong?”
- Klien mengatakan mengungkapkan dengan cara baik seperti “saya gak suka apa yang kamu lakukan ke saya, tolong jangan lakukan hal itu lagi ya”
- Klien mengatakan akan melakukan tindakan ini kepada teman atau orang lain
- Klien mengatakan mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan menggunakan cara verbal yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Klien mengatakan akan melakukan tindakan ini sebagai kegiatan tambahan

Data Objektiv:

- Klien dapat menyebutkan cara tarik nafas dalam, pukul bantal dan mengontrol emosi dengan cara verbal
- Klien dapat menyebutkan 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek samping dari minum obat
- Klien dapat mendemonstrasikan cara menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik kepada perawat
- Klien mampu melakukan tindakan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal kepada perawat.
- Klien tampak kooperatif dan melakukan kontak mata

Tindakan keperawatan :

- Evaluasi SP 1 dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi SP 2 yaitu mengidentifikasi 5 prinsip benar minum obat, efek samping dan manfaat obat, melakukan SP 3 yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik

- Jelaskan pentingnya kontrol marah dengan cara spiritual (Shalat, berdoa, istigfar, dll).
- Memasukkan kejadwal rutin

Rencana tindak lanjut :

- Evaluasi SP 1 dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, evaluasi SP 2 yaitu mengidentifikasi 5 prinsip benar minum obat, efek samping dan manfaat obat, melakukan SP 3 yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik dan melakukan SP 4 yaitu dengan cara spiritual (berdoa, istigfar, dll)

EVALUASI

Data Subjektif:

- Klien mengatakan sempat melakukan tarik nafas dalam semalam
- Klien mengatakan masih ingat dengan teknik mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam, memukul bantal, prinsip 5 benar minum obat, dan menolak, meminta serta mengungkapkan dengan baik.
- Klien mengatakan “astagfirullahazim” sebanyak 3 kali sambil tutup mata dan sambil elus dada
- Klien mengatakan ada terapi spiritual tambahan setiap hari rabu yaitu mengaji
- Klien mengatakan mengerti cara mengontrol dengan cara spiritual (istigfar dan mengaji).

Data Objektiv:

- Klien dapat mengungkapkan marah dengan benar
- Klien tampak mampu mendemonstrasikan cara mengontrol emosi dengan cara spiritual yaitu dengan beristigfar sebanyak 3 kali sambil menutup mata dan elus dada
- Tampak mengerti penjelasan perawat

- Klien mampu melakukan demonstrasi mengontrol marah dengan cara spiritual yaitu dengan istigfar kepada perawat
- Klien tampak mengerti penjelasan perawat

Analisa:

- Resiko perilaku kekerasan berkurang
- Kemampuan klien bertambah yaitu klien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan memukul bantal, mengetahui cara 5 benar minum obat dan meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik, mengontrol marah dengan cara spiritual yaitu dengan cara beristigfar
- Tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami klien berkurang, yaitu tidak menatap dengan tajam.

Planning:

- Latih cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, minum obat tepat waktu, menolak, meminta dan mengungkapkan dengan baik serta dapat mengungkapkan marah dengan cara beristigfar
- Evaluasi keempat kegiatan yang telah diajarkan.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Konsep Medis

Diagnosa medis pada klien S adalah F20.3 Skizofrenia tidak terinci. Data yang dapat mendukung diagnosa tersebut adalah adanya tanda dan gejala positif seperti riwayat adanya halusinasi, perubahan perilaku dan resiko perilaku kekerasan dan ditandai oleh afek tumpul, wajah tegang, pandangan tajam, sesekali mengatupkan rahangnya kuat dan berkurangnya dorongan serta interaksi sosial (Sutejo, 2018). Adapun faktor yang dapat memicu adalah adanya riwayat biologis dari sang nenek yang mempunyai riwayat gangguan mental serta faktor psikologis karena sang istri yang terus memintanya untuk bercerai.

Penatalaksanaan medis pada klien adalah Sikzonoate dan Chlorpromazine. Pada rekam medis klien tertulis Sikzonoate diberikan 3-4minggu sekali peroral dan Chlorpromazine kalau perlu, namun tidak adanya dosis tertulis (25mg), sedangkan dalam teori yaitu adanya penulisan 7 benar yaitu tepat klien, tepat dosis, tepat obat, tepat waktu, tepat cara dan tepat pendokumentasian. Adanya kesenjangan dalam penulisan rekam medis karena tidak sesuai dan tidak tepatnya dalam melakukan pendokumentasian. Sikzonoate 25mg per IM 3-4 minggu dan Chlorpromazine 25mg peroral kalau perlu, kedua obat ini masuk kedalam golongan tipikal yang bekerja dengan cara menghambat reseptor dopamine D2 yang ada di otak sehingga dapat meredakan gejala psikosis. Obat ini berfungsi untuk mengobati gangguan mental seperti skizofrenia, gangguan psikotik seperti halusinasi dan gangguan perilaku.

Bedasarkan kasus, klien mengatakan dalam pengobatannya keluarga kurang memberikan dukungan dan kurangnya peran dalam keluarga untuk pengobatan klien yang dapat menyebabkan klien kambuh kembali. Hal ini

didukung oleh penelitian di Hongkong bahwa 93% klien dengan skizofrenia dapat memiliki potensi *relapas* atau berpotensi untuk kambuh disetiap tahunnya. Dalam penelitian ini menunjukkan adanya penyebab difaktori oleh dukungan keluarga yang dapat memberikan pengaruh besar dalam penyembuhan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Biologis

Klien mengatakan jika neneknya pernah mengalami gangguan jiwa yaitu sang nenek sering berbicara sendiri, berteriak bahkan bernyanyi dengan keras. Klien mengatakan sang nenek tidak diberikan pengobatan dan perawatan lebih lanjut. Menurut Videbeck (2011) dalam (Pardede, Keliat, & Wardhani, 2015) mengatakan bahwa faktor predisposisi yang menyebabkan biologis terjadinya skizofrenia salah satunya adalah faktor biologis, dimana faktor ini mendukung adanya skizofrenia yaitu neuroanatomi atau sistem saraf, genetik, neurokimia atau aktivitas system saraf, serta imunovirologi. Peran neurotransmitter adalah bertugas untuk menghantarkan impuls saraf, salah satu neurotransmitter yang berpengaruh adanya skizofrenia adalah dopamin karena adanya peningktana dopamin secara relatif. Klien yang memiliki hubungan keluarga dengan penderita yang mempunyai riwayat gangguan jiwa akan dapat meningkatkan terjadinya resiko gangguan jiwa yang diturunkan (Hermiati & Harahap, 2018).

b. Psikologis

Lambert & Lambert mengatakan bahwa kehilangan adalah suatu keadaan dimana individu berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada dan menjadi tidak ada. Kehilangan merupakan pengalaman yang pernah dialami oleh setiap individu selama ia hidup. Dalam kasus klien mengatakan bahwa ia sangat sedih ketika orang tuanya meninggal dunia.

Menurut Sutejo (2018) kehilangan memiliki lima tahapan yaitu penyangkalan (*denial*), kemarahan (*anger*), penawaran (*bargaining*), depresi (*depression*) dan penerimaan (*acceptance*). Individu akan mengalami lima tahapan tersebut, tergantung pada coping individu dan dukungan sistem sosial yang ada, bahkan ada pada keadaan berhenti yaitu di fase marah atau depresi. Kehilangan akan berkaitan dengan masa lalu, tergantung dalam intensitas kehilangan tersebut. Apabila frekuensi dan intensitas kehilangan semakin cepat, maka klien kurang dapat beradaptasi dan menyesuaikan yang karena itu dapat membahayakan kesehatan mental serta fisiknya.

Klien mengatakan sangat kecewa dengan keluarganya karena setelah mengalami kecelakaan kerja yang menyebabkan kakinya harus diamputasi sebagian serta diberhentikan, keluarga menjadi kurang peduli dengan kondisinya lagi. Hal ini termasuk faktor psikologis yang berkaitan dengan keadaan rendah diri, depresi dan ketidaksempurnaan yang dirasakan orang seseorang. Rendah diri dan depresi sangat berpengaruh terhadap pandangan negative diri sendiri, serta kekhawatiran dan tekanan dari keluarga dapat menyebabkan kecemasan serta ketidakpuasan (Sutejo, 2016).

Klien mengatakan saat setelah masuk RSJ sang istri terus memintanya untuk bercerai tetapi pasien tidak mau karena memikirkan kondisi sang anak kedepan. Menurut Stuart (2012) menyatakan bahwa hal ini termasuk kedalam perasaan ansietas yaitu perasaan tidak nyaman atau rasa takut yang disertai suatu respon. Hal itu menyebabkan klien merasakan perasaan tidak nyaman dan ada kecemasan karena jika ia bercerai, maka ia takut anaknya menjadi malu karena tidak mempunyai bapak, sehingga ia memutuskan untuk tetap mempertahankan rumah tangganya dengan sang istri.

Klien mengatakan pernah mendapat aniaya fisik seperti dipukul dibahu dan dipunggungnya oleh bapak dan ibunya sewaktu kecil, klien mengatakan bahwa faktor ini didukung oleh penelitian yang menunjukkan apabila anak yang pernah menjadi korban sewaktu kecil akan mengalami trauma psikis hingga anaknya berkemungkinan dapat mencontoh atau meniru perilaku tersebut di masa yang akan atau setelah anak menjadi dewasa, sehingga menyebabkan klien beresiko melakukan kekerasan pada dirinya sendiri, orang lain atau lingkungan (Mardiyati, 2015). Penelitian membuktikan adanya asuhan orang tua sebanyak 21% memberikan asuhan kekerasan pada anak, dan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Kekerasan emosional ini berdampak secara psikologis pada anak seperti harga diri rendah dan agresivitas atau resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan baik fisik maupun verbal (Mutiah, 2015). Korban akan menjadi rentan depresi dan menunjukkan gejala-gejala trauma sehingga menyebabkan korban beresiko tinggi untuk menjadi perilaku kekerasan dimasa yang akan datang (Kurniasari, 2019).

c. Faktor sosiokultural

Dalam teori lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi adanya perilaku seseorang dalam mengekspresikan marah, norma dan budaya yang tertanam sehingga membuat individu dapat bersikap secara agresif atau asertif namun pada kasus klien mengatakan bekerja di pabrik dan klien hanya lulusan SMP, klien mengatakan tidak mempunyai masalah dengan lingkungan masyarakat, klien mengatakan tetangga baik dan kadang berinteraksi.

2. Diagnosa

Penegakkan diagnosa keperawatan terdiri P (*Problem*), E (*etiologi*), keduanya memiliki hubungan sebab dan akibat secara ilmiah. Diagnosis keperawatan memiliki penilaian terhadap hasil respon individu, keluarga maupun masyarakat baik secara aktual maupun potensial yang dapat berkaitan dengan masalah kesehatan. Pada rumusan diagnosa keperawatan jiwa yang hanya muncul hanya masalahnya saja atau masalah tunggal dan terdapat *core problem* atau masalah utama. Adanya syarat utama dalam merumuskan diagnosa adalah adanya data *here and now*, data yang paling banyak dikeluhkan dan mengancam jiwa, pada teori didapatkan diagnosa yang mungkin muncul pada klien perilaku kekerasan adalah perilaku kekerasan, resiko menciderai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan, dan harga diri rendah kronik, sedangkan diagnosa yang muncul pada kasus klien S adalah resiko menciderai fisik diri sendiri, orang lain dan lingkungan dikarenakan klien mengatakan jika ia kehilangan control emosi maka ia tanpa sadar akan memukul, resiko perilaku kekerasan dikarenakan klien mengatakan pernah menjadi korban aniaya fisik, merasa kesal karena istrinya terus memintanya untuk bercerai, wajah tegang, mudah tersinggung, pandangan tajam, mengatupkan rahangnya dengan kuat, harga diri rendah kronik dikarenakan klien merasa keluarga kurang peduli dikarenakan kakinya harus diamputasi sebagian dan diberhentikan dari pekerjaannya, mekanisme koping individu tidak efektif dikarenakan klien sering memendam masalah sendiri ketimbang diungkapkan, mekanisme koping keluarga tidak efektif dikarenakan keluarga tidak memberikan dukungan kepada klien untuk sembuh dan regimen terapeutik tidak efektif karena adanya riwayat putus obat sebelumnya.

Diagnosa utama yang diambil adalah resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan menjadi *core problem* karena adanya tanda dan gejala pada riwayat masalah klien seperti klien pernah dianiaya fisik seperti dipukul dibagian bahu dan punggung oleh orangtuanya, merasa kesal karena istrinya terus memintanya untuk bercerai, klien memukul

temannya karena menganggunya saat tidur, sejak remaja klien sering memendam perasaannya sendiri, adanya riwayat keturunan dari sang nenek yang mengalami gangguan jiwa, wajah tegang dan kaku, mudah tersinggung, pandangan tajam, mengatupkan rahangnya dengan kuat. Data ini mendukung dalam menegakkan diagnosa pada resiko perilaku kekerasan karena adanya data-data pengkajian sesuai dengan kondisi klien saat ini.

3. Perencanaan

Rencana tindakan memiliki empat komponen yaitu: tujuan umum, tujuan khusus, rencana tindakan, dan rasional. Tujuan umum ini akan berfokus pada penyelesaian masalah, tujuan khusus ini berfokus pada penyelesaian etiologi, adapun susunan implementasi atau perencanaan ini disusun dengan teori SMART yaitu

- a. *Spesific* yaitu adanya tujuan khusus dalam penyusunan perencanaan tindakan keperawatan dimana akan tercapai kemampuan dalam mengontrol perilaku kekerasan.
- b. *Measurable* yaitu dapat diukur dan dilihat, hal ini bertujuan agar dapat diukur dengan indikator pengukuran yang tepat untuk mengetahui keberhasilan, dengan SP 1 memiliki kriteria hasil yaitu klien dapat BHSP atau bina hubungan saling percaya, klien dapat mengidentifikasi penyebab dari perilaku kekerasan, tanda-tanda dari perilaku kekerasan, jenis perilaku yang pernah dilakukan oleh klien, dan klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal. SP 2 memiliki kriteria hasil yaitu klien mampu menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, dosis yang diberikan, waktu minum obat, cara minum obat yang benar, efek samping yang akan timbul, dan cara meminum obat. SP 3 memiliki kriteria hasil yaitu klien mampu memperagakan ungkapan verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik dan mengungkapkan dengan baik. SP 4 memiliki kriteria hasil yaitu klien mampu memperagakan

cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu dengan beristigfar dan mengaji.

- c. *Achievable* yaitu dapat dicapai, hal ini berujuan untuk menentukan pertemuan dengan mempertimbangkan kondisi klien. Kondisi klien apakah memungkinkan untuk melakukan strategi pelaksanaan lanjutan, apakah klien kooperatif, dapat berkonsentrasi, dan berbicara nyambung.
- d. *Realistic* yaitu realistis, tindakan strategi pelaksanaan yang akan dibuat memiliki pertimbangan yang logis serta rasional
- e. *Time* yaitu memiliki target batas waktu, yang bertujuan memiliki rencana pertemuan yang akan dilakukan kembali untuk mencapai kriteria hasil yang dapat diharapkan. Pada perencanaan SP 1 dilakukan sebanyak 2 kali dengan pertimbangan klien belum terbuka dan enggan bercerita, SP 2 dilakukan 1 kali dengan pertimbangan klien sudah mulai kooperatif, SP 3 dilakukan 1 kali pertemuan dengan pertimbangan klien sudah kooperatif dan dapat berinteraksi dengan terbuka, SP 4 dilakuakan 1 kali pertemuan dengan pertimbangan klien sudah kooperatif.

4. Implementasi

SP 1 direncanakan 2 kali pertemuan namun di impementasi dilakukan 1 kali pertemuan, dikarenakan klien sudah menunjukkan adanya sikap terbuka dan mampu menceritakan masalah yang dialaminya, klien sudah mampu melakukan cara tarik nafas dalam dan mampu pukul bantal untuk mengungkapkan emosi yang dirasakannya. SP 2 dilakukan sebanyak 1 kali pertemuan dan di implementasikan 1 kali pertemuan dikarenakan klien sudah mampu menyebutkan prinsip benar obat dan manfaat serta efek samping namun adanya hambatan dalam penghafalan nama obat dikarenakan klien sulit menghafal nama obat, tidak tertulisnya dosis pada rekam medik serta pemberian obat pada klien tidak diberikan dengan sesuai karenakan panti akan memberikan sesuai dengan kebutuhan kondisi klien, SP 3 dilakukan 1 kali pertemuan dan di implementasikan 1

kali pertemuan dikarenakan klien mampu melakukan cara mengontrol marah dengan cara menolak, meminta dan mengungkapkan dengan baik kepada perawat. SP 4 dilakukan 1 kali pertemuan dan di implementasikan 1 kali pertemuan, dikarenakan klien sudah mampu melakukan tindakan mengontrol marah dengan cara spiritual seperti beristigfar serta adanya terapi spiritual tambahan yaitu mengaji. Selama proses pelaksanaan keperawatan dilakukan klien tampak kooperatif.

Dalam teori didapatkan adanya tindakan keperawatan kepada individu, keluarga dan kelompok namun pada kasus klien Tn.S adanya faktor penghambat yaitu perawat tidak memberikan tindakan keperawatan kepada keluarga klien dikarenakan keluarga klien tidak pernah mengunjungi klien sehingga perawat tidak bisa melakukan tindakan pelaksanaan pada keluarga. Adanya faktor pendukung dalam melakukan tindakan pelaksanaan yaitu klien cukup kooperatif dan mau diajak berinteraksi.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan terus menerus untuk menentukan hasil dari rencana tindakan yang sudah dilakukan. Evaluasi mempunyai 2 kategori yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap setelah selesai melakukan tindakan kepada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Klien mampu melakukan evaluasi dengan 4 kemampuan yang harus dicapai dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan yaitu SP 1 dilakukan 2 kali pertemuan namun pada pertemuan 1 yaitu klien sudah mampu memenuhi semua kriteria pencapaian seperti BHSP atau bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, mampu memperagakan dalam mengontrol perilaku kekerasan. SP 2 direncanakan 1 kali dan pertemuan 1 klien mampu melakukan kriteria pencapaian yaitu klien dapat menyebutkan

obat apa saja yang harus diminum, kapan waktu pemberian, efek samping yang akan muncul setelah minum obat, dan melakukan prinsip benar sesuai dengan program. Kendalanya klien masih dibantu sesekali oleh perawat dikarenakan klien sulit dalam menghafal dan menyebutkan nama obat, serta pemberian obat pada klien tidak diberikan dengan sesuai dikarenakan panti akan memberikan sesuai dengan kebutuhan kondisi klien. SP 3 pada pertemuan pertama klien mampu memenuhi kriteria pencapaian yaitu klien dapat memperagakan cara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan dengan baik. SP 4 pertemuan pertama klien mampu memenuhi kriteria pencapaian yaitu klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu klien mengatakan akan beristigfar jika merasa kesal serta adanya pengajian tiap minggu membuat klien lebih tenang.

Sedangkan evaluasi sumatif adalah melaksanakan kegiatan dengan membandingkan antara tujuan khusus dengan respon klien yang telah dilakukan pada akhir pertemuan, pada pertemuan terakhir klien mampu mencapai empat kemampuan yang harus dimiliki, yaitu klien mampu mengidentifikasi dari penyebab marah, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dari perilaku kekerasan apa saja, lalu klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara teratur secara fisik, terapi obat, verbal maupun spiritual. Faktor ini didukung oleh adanya referensi yang jelas mengenai kriteria pencapaian dalam proses evaluasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Klien Tn.S dengan diagnose medic Skizofrenia Takterinci, dengan masalah adalah resiko perilaku kekerasan. Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini adalah Sikzonoate 25mg melalui IM per 3-4minggu, dan Chlorprmazine 25mg kalau perlu.

Faktor predisposisi pada kasus adalah klien mengatak an pertama kali dirawat di RSJ Bogor pada tahun 2019, lalu klien kembali dirawat pada tahun 2020 di RSJ Duren Sawit, setelah di RSJ Duren Sawit klien dipindahkan ke Yayasan Galuh. Klien mengatakan neneknya pernah mengalami gangguan jiwa dengan tanda dan gejalanya yaitu nenek klien sering berbicara sendiri, berteriak dan menyanyi keras. Klien mengatakan sang nenek tidak diberikan pengobatan dan perawatan lebih lanjut oleh keluarga dan hanya dibiarkan saja di dalam rumah, klien mengatakan jika nenek dibiarkan maka akan diam sendiri. Sedangkan faktor presipitasi adalah klien mengatakan dalam pengobatannya, keluarga kurang memberikan dukungan sehingga menyebabkan pasien putus obat dan tidak melanjutkan minum obat. Klien mengatakan selama putus obat dan berada dirumah, klien merasa gampang dan suka marah-marah sehingga menyebabkan ia dibawa oleh adik ipar menuju RS Duren Sawit untuk menjalani perawatan lagi, klien mengatakan bahwa klien merasa malu karena kakinya telah diamputasi sebagian akibat kecelakaan kerja.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien adalah resiko perilaku kekerasan; resiko menciderai fisik diri sendiri, orang lain dan lingkungan, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik, mekanisme koping individu tidak efektif, mekanisme koping kellularga tidak efektif dan regimen terapeutik tidak efektif. Diagnosa yang menjadi *core problem* adalah resiko

perilaku kekerasan karena adanya tanda dan gejala yang menonjol pada saat pengkajian.

Sedangkan pada perencanaan keperawatan klien adalah berfokus pada *core problem*, yaitu perawat melakukan Strategi Pelaksanaan (SP). SP 1 pada klien direncanakan dua kali pertemuan, SP 2 satu kali pertemuan, SP 3 satu kali pertemuan, dan SP 4 satu kali pertemuan. Perencanaan pada keluarga terdiri 2 SP dan masing-masing direncanakan satu kali pertemuan. Pelaksanaan pada SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4 masing-masing dilakukan satu kali pertemuan. Namun pada SP keluarga tidak dapat dilaksanakan karena keluarga klien tidak bisa berkunjung dan menjenguk klien ke Yayasan Galuh.

Evaluasi pada klien menggunakan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Pelaksanaan SP 1 sampai dengan SP 4 dengan hasil klien dapat memiliki 4 kemampuan mengontrol rasa marah yang dialami. Perubahan tanda dan gejala pada klien saat dilakukan asuhan keperawatan adalah klien sudah mampu tersenyum, sesekali klien tampak tertawa, klien sudah mampu bercerita dan memulai percakapan, klien tidak tampak mengempalkan tangan, serta berkurangnya tatapan tajam, tidak melotot dan rahang mengeras sudah tidak ada.

B. Saran

1. Bagi Lahan Praktik

Pihak Yayasan hendaknya dapat meningkatkan kerjasama antara Yayasan Galuh dengan Puskesmas agar dapat memperhatikan pemberian obat secara teratur dan dapat meningkatkan kesehatan klien.

2. Bagi Institusi

Diperbolehkan untuk mendapatkan akses di perpustakaan untuk memperbanyak referensi tentang keperawatan jiwa baik media cetak maupun elektronik.

3. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa dapat meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa dan dapat meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik kepada klien dan dapat membina dengan baik hubungan saling percaya terutama pada klien dengan resiko perilaku kekerasan. Mahasiswa dapat melatih diri dalam berkomunikasi serta melakukan perawatan pada klien dan dapat berkomunikasi dengan mudah.

- Makhruzah, S., Putri, V. S., & Yanti, R. D. (2021). Pengaruh Penerapan Strategi Pelaksanaan Perilaku Kekerasan terhadap Tanda Gejala Klien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 39. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.268>
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Mamik. (2015). *Manajemen Keperawatan*. Sidoarjo: Zifatama Jawara.
- Mardiyati, I. (2015). Dampak Trauma Kekerasan dalam Rumah Tangga Terhadap Perkembangan Psikis Anak. *Raheema*, 2(1), 29–38. <https://doi.org/10.24260/raheema.v2i1.166>
- Maulana, I., S, S., Sriati, A., Sutini, T., Widiati, E., Rafiah, I., ... Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*, 2(2), 218–225. <https://doi.org/10.24198/mkk.v2i2.22175>
- Mutiah, D. (2015). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekerasan Terhadap Anak*. Diambil dari <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/34585>
- Nurjamil, D., & Rokayah, C. (2019). Hubungan Antara Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 5(1), 53. <https://doi.org/10.26714/jkj.5.1.2017.53-59>
- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardhani, I. Y. (2015). Kepatuhan dan Komitmen Klien Skizofrenia Meningkat Setelah Diberikan Acceptance And Commitment Therapy dan Pendidikan Kesehatan Kepatuhan Minum Obat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 157–166. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i3.419>
- Pardede, J. A., Siregar, L. M., & Halawa, M. (2020). Beban dengan Koping

- Keluarga Saat Merawat Pasien Skizofrenia yang Mengalami Perilaku Kekerasan. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 189.
<https://doi.org/10.26630/jk.v11i2.1980>
- Rohan, H. H., Hartini, N., Sriwahyuni, E., Rokhmad, K., & Ambarini, T. K. (2016). *Mengapa Terjadi Skizofrenia Pencegahan Dan Pengenalan Terapi Gen*. Yogyakarta: Deepublish.
- Stuart, G. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart*. Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Sunarty, K. (2016). Hubungan Pola Asuh Orangtua Dan Kemandirian Anak. *Journal of Educational Science and Technology (EST)*, 2(3), 152.
<https://doi.org/10.26858/est.v2i3.3214>
- Sutejo. (2016). *Kerawatan Jiwa*. Pustaka Baru Press.
- Tumanggor, R. D. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia dengan Pendekatan NANDA, NOC, NIC, dan ISDA*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wardani, I. Y., Hamid, A. Y. S., Wiarsih, W., & Susanti, H. (2012). *Pendahuluan Hasil Metode Pembahasan*. 1–6.
- WHO. (2019). Schizophrenia. Diambil dari World Health Organization website:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Yuniarti, S. (2014). Peran perawat sebagai care giver nurse role as a care giver. *Jurnal Keperawatan*, VII(1), 13–17.
- Zahnia, S., & Wulan Sumekar, D. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166. Diambil dari
<http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/904/812>

LAMPIRAN

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 1

Resiko Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. S

Pertemuan : 1

Hari/Tanggal : Senin, 3 Mei 2021

Alamat : Panti Rehabilitas Yayasan Galuh Bekasi Timur

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Data Subjektif

- Klien mengatakan masuk diantar oleh adik ipar dan sepupu dengan alasan klien mendadak suka marah-marah dengan keluarga dan halusinasinya kadang kambuh jika klien diam
- Klien mengatakan bahwa ia kesal karena istri meminta untuk bercerai setelah ia pertama kali masuk ke RSJ Bogor
- Klien mengatakan sangat kecewa dengan keluarganya karena setelah mengalami kecelakaan kerja yang menyebabkan kakinya harus diamputasi sebagian serta diberhentikan, keluarga menjadi kurang peduli dengan kondisinya lagi
- Klien mengatakan pernah mendapat aniaya fisik seperti dipukul dibahu dan dipunggungnya oleh bapak dan ibunya sewaktu kecil
- Klien mengatakan suka memendam masalahnya sendirian dibandingkan bercerita.
- Pasien mengatakan sangat sedih ketika orang tuanya meninggal
- Klien mengatakan neneknya pernah mengalami gangguan jiwa dengan tanda dan gejalanya yaitu nenek klien sering berbicara sendiri, berteriak dan menyanyi keras.
- Klien mengatakan sang nenek tidak diberikan pengobatan dan perawatan lebih lanjut oleh keluarga dan hanya dibiarkan saja di dalam rumah, klien mengatakan jika nenek dibiarkan maka akan diam sendiri.
- Klien mengatakan suka dibandingkan dengan saudaranya

Data Objektif

- Tampak mengatupkan rahang dengan kuat
- Tampak mudah tersinggung
- Klien tampak tegang saat berinteraksi dengan perawat tampak kesal
- Pandangan tajam
- Klien tampak melotot saat berinteraksi mengenai keluarganya
- Kontak mata ada namun hanya sebentar

- Tampak mudah teralih melihat kesana-kemari
 - Kien tampak jarang menatap lawan bicara
2. Diagnosa Keperawatan : resiko perilaku kekerasan
 3. Tujuan khusus : klien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan pukul bantal
 4. Tindakan keperawatan SP 1 resiko perilaku kekerasan
 - a. Bina hubungan saling percaya
 - b. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat dari perilaku kekerasan dan identifikasi respon terhadap marah
 - c. Ajarkan klien untuk mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan pukul bantal
 - d. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan pukul bantal
 - e. Masukkan kedalam jadwal.

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi
 - a. Salam terapeutik

“selamat pagi pak, perkenalkan nama saya suster Mutiara Widya, bisa dipanggil suster Muti. Bapak namanya siapa?”
 - b. Evaluasi/validasi

“bagaimana perasaan bapak S hari ini? Kegiatan apa saja yang bapak lakukan ? bapak mash merasa kesal?”
 - c. Kontrak

Topik : Baik, sesuai dengan kesepakatan kita tadi, hari ini kita akan berbincang mengenai perasaan kesal yang bapak rasakan ya, dan mengontrol marah dengan cara fisik yaitu dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal”

Waktu : “ waktunya sekitar 30 menit ya pak”

Tempat : “ bapak lebih nyaman kita berbincang dimana pak?

Apakah disini saja?”

2. Tahap kerja

a. Pengkajian

“bisa bapak ceritakan apa saja yang menyebabkan bapak merasa marah atau kesal ? apa yang bapak rasakan ketika marah? Perasaan seperti apa ketika bapak marah? Tindakan apa saja yang bapak lakukan ketika marah? Akibat dari bapak marah apa? Apakah dengan tindakan tersebut emosi bapak tersalurkan? Menurut bapak apakah ada cara lain untuk mengungkapkan marah ?

b. Penejelasan

“baik pak hari ini kita akan diskusi dengan cara mengontrol rasa marah dengan cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal ya pak. Apabila bapak merasa marah, tenangkan diri bapa lebih dahulu senyaman mungkin, lalu bapak tarik nafas dalam dan keluarkan melalui mulut ya pak.caranya sperti ini (mendemonstrasikan) coba terus sampai rasa marah atau kesal bapak hilang. Selain relaksasi nafas dalam, bapak bisa menyalurkan emosi dengan cara memukul bantal dengan tujuan emosi bapak tersalurkan namun tidak menyakiti diri sendiri, bapak bisa melakukan pukul bantal sambil mengungkapkan rasa kesal bapak “saya kesal, saya kesal” (mendemonstrasikan). Nah sekarang bapak coba cara melakukan yang sudah saya contoh ya pak. Bagus sekali ya pak”

3. Tahap terminasi

a. Evaluasi subjektif

“bagaimana pak perasaan bapak? Apakah lebih tenang setelah berbincang mengenai kemarahan yang dirasakan dan dengan cara mengontrol tarik nafas dalam dan pukul bantal?

b. Evaluasi objektif

“sekarang coba bapak lakukan kembali cara mengontrol marah dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. Bagus ya pak,

latihan hari ini bisa bapak lakukan secara rutin? Jadi jika bapak sewaktu-waktu merasa marah muncul, bapak bisa melakukan kegiatan ini dan sudah terbiasa”

c. Rencana tindak lanjut

“gimana pak jika kegiatan hari ini dimasukkan kedalam jadwal bapak? Mau berapa kali? Dan dijam berapa saja ?

d. Rencana yang akan datang

Topik : “baik pak, hari ini kita sudah berbincang mengenai rasa marah dan cara mengontrolnya ya pak. Besok kita bertemu lagi untuk berbincang mengenai mengontrol rasa marah dengan cara minum obat dengan benae, tujuannya agar bapak dengan cara teratur.

Waktu : untuk pertemuan besok, kira-kira bapak mau dijam berapa untuk berbincang? Mau berapa lama untuk berbincang?”

Tempat : “ apakah bapak mau disini lagi atau mau pindah tempat? Baik, sampai jumpa lagi ya pak”

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 2

Resiko Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. S

Pertemuan : Selasa, 4 Mei 2021

Hari/Tanggal : Senin

Alamat: Panti Rehabilitas Yayasan Galuh Bekasi Timur

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Data Subjektif

- Klien mengucapkan selamat pagi
- Klien dapat menyebutkan nama perawat
- Klien klien mengatakan jika kesal hanya dipendam dan tidak bercerita
- Klien mengatakan masih ingat dengan penjelasan mengenai mengontrol emosi menggunakan tarik nafas dalam dan pukul bantal

Data Objektif

- Klien menjawab ucapan selamat pagi perawat
 - Klien dapat menyebutkan nama panggilan perawat
 - Klien tampak mengatupkan rahangnya
 - Klien dapat mempraktikkan kembali cara mengontrol emosi dengan tarik nafas dalam dan pukul bantal sebagai kegiatan tambahan.
2. Diagnosa Keperawatan : resiko perilaku kekerasan
 3. Tujuan Khusus : klien mamapu mengatasi atau dapat mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara meminum obat dengan teratur.
 4. Tindakan Keperawatan : SP 2 resiko perilaku kekerasan
 - a. Evaluasi SP 1
 - b. Jelaskan cara mengontrol marah dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar, manfaat obat dan efek samping
 - c. Latih meminum obat dengan benar
 - d. Berikan kesempatan klien untuk menjelaskan ulang 5 prinsip minum obat, manfaat dan efek samping.

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi
 - a. Salam terapeutik : “selamat pagi pak, masih ingat dengan saya?”

- b. Evaluasi/ validasi : “bagaimana pak keadaannya hari ini? Apa yang bapak rasakan? Apakah merasa kesal ? apa saja kegiatan bapak yang dilakukan hari ini? Apakah bapak sudah minum obat?
- c. Kontrak topic : “baik oak, kemaren sudah sepakat kita akan berbincang mengenai cara mengontrol marah dengan cara kedua yaitu dengan cara meminum obat dengan teraur.
- d. Waktu : berapa lama kita akan berbincang hari ini pak ?”
- e. Tempat “ dimana kita akan berbincang pak? Apakah disini saja?”

2. Tahap kerja

a. Pengkajian

Baik pak kita mulai saja ya pak, sekarang bisa bapak ceritakan apa saja kejadian yang menyebabkan bapak merasa kesal?apa yang bapak rasakan ketika marah? Dengan cara apa saja bapak akan menyalurkan emosi bapak?apa saja akibat dari bapak jika marah? Apakah ada cara lain untuk menugknapkan kemarahan bapak ?

b. Penjelasan

Baik pak, hari ini kita akan berdiskusi mengenai cara mengontrol rasa marah dengan cara minum obat ya pak. Jadi minum obat itu sangta penting untuk mengontrol rasa marah yang dirasakan. Obat yang seharusnya bapak mnum adalah trihexyphenidil, risperidone dan clorilex. Clorilex ini berwarna kuning ya pak diminum 1 kali sehari pada sore hari, nah berfungsi sebagai agar bapak tidak merasa cemas dan rileks, serta efeksamping dari obat tersebut adalah mengatuk dan memproduksi air liur. Resperidone ini berwarna hijau diminum 2 kali sehari dengan dosis 3mg yang berfungsi untuk menenangkan pikiran dan mengontrol rasa marah serta efeksampingnya adalah mulut kering, tremor, dan badan kaku. Efek sampingnya adalah pusing, mengantuk dan banyak air liur. Jika bapak merasakan bibir kering, harus perbanyak minum air putih ya pak, kalau pusing atau mengantuk, bapak bisa segera istirahat. Sebelum minum obat, ada 5 aspek yang harus bapak ingat yaitu benar nama ya pak, benar obat, benar dosis, benar waktu dan

cara minum obat, sehingga sebelum obatnya habis bapaknya harus segera control ke pelayanan kesehatan ya untuk mendapatkan obat-obatan. Obatnya gabolet sampai putus ya pak harus diminum secara teratur.

3. Tahap terminasi

a. Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaannya pak setelah mengetahui 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek sampingnya?

b. Evaluasi objektif

Sekarang bapak coba sebutkan kembali berapa obat yang tadi sudah saya jelaskan, apa saja efek samping dan kegunaan obat-obatan serta prinsip 5 benar yang sudah saya jelaskan ya pak.

c. Rencana tindak lanjut

Nah pak, sekarang kita masukkan ke dalam jadwal harian ya pak

d. Rencana yang akan datang

Topic : baik hari ini kita sudah berbicara mengenai cara mengontrol rasa marah yang kedua yaitu meminum obat dengan teratur, besok kita akan diskusi lagi ya pak tentang cara mengontrol marah ke tiga yaitu mengontrol marah dengan cara verbal.

Waktu : untuk besok, kira kira waktunya sekitar 30 menit saja ya pak dan di jam yang sama, apakah bapak setuju?

Tempat: “Tempatnya disini lagi ya pak? Baiklah, sampai jumpa besok ya, bapak ”

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. S

Pertemuan : 3

Hari/Tanggal : Rabu 5 Mei 2021

Alamat: Panti Rehabilitas Yayasan Galuh Bekasi Timur

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Data Subjektif

- Klien mengatakan ingat cara pukul bantal, latihan tarik nafas dalam dan pukul bantal
- Klien mengatakan masih ingat 5 prinsip benar minum obat, manfaat dan efek samping namun sedikit kesulitan dalam menyebutkan nama obat dan dibantu oleh perawat
- Klien mengatakan tidak mengetahui maksud dari mengontrol perilaku secara verbal
- Klien mengatakan ingin mengetahui bagaimana cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal

Data Objektif

- Pasien dapat mempraktikkan kembali cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien dapat menyebutkan 5 benar prinsip minum obat
- Pasien dapat menyebutkan jumlah obat dengan benar

2. Diagnosa Keperawatan : resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus : klien mamapu mengatasi atau dapat mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal.

4. Tindakan Keperawatan : SP 3 resiko perilaku kekerasan

- Evaluasi SP 1 dan 2

- Jelaskan mengenai cara mengontrol marah dengan cara verbal yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Memberikan kesempatan pada klien untuk mendemonstrasikan kembali cara mengontrol marah dengan cara verbal
- Berikan pujian terhadap keberhasilan
- Masukkan kedalam jadwal tambahan

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi pak, masih inget kan dengan suster siapa?

b. Evaluasi / validasi

Bagaimana pak perasaannya hari ini ? masi kesal? Apa saja yang bapak lakukan hari ini? Sudah bapak terapkan cara mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dan pukul bantal dan meminum obat secara teratur?

c. Kontrak topik

Baik pak sesuai kesepakatan kemarin, hari ini kita akan berbncang mengenai control marah dengan cara verbal ya, yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik

d. Waktu

Waktunya sekitar 30 menit saja ya pak, bapak bersedia?

e. Tempat

Tempatnya disini atau mau pindah? Oh disini lagi saja ya?

2. Tahap kerja

a. Pengkajian

Baik pak kita mulai saja ya pak, sekarang bisa bapak ceritakan apa saja kejadian yang menyebabkan bapak merasa kesal?apa yang bapak rasakan ketika marah? Dengan cara apa saja bapak akan menyalurkan emosi bapak?apa saja akibat dari bapak jika marah? Apakah ada cara lain untuk menugnkapkan kemarahan bapak

b. Penjelasan

- Baik pak saya jelaskan ya, ada 3 cara verbal yaitu meminta dengan baik seperti contohnya “boleh gak saya minta tolong?” yang kedua adalah menolak dengan baik seperti “maaf ya, saya gamau ngelakuin apa yang kamu suruh” dan mengungkapkan dengan baik seperti “saya gak suka apa yang kamu lakukan ke saya, tolong jangan lakukan hal itu lagi ya” seperti itu ya pak, bisa bapak lakukan ke saya bagaimana cara mengontrol marah dengan cara verbal seperti yang sudah saya lakukan? Wah bagus

4. Tahap terminasi

a. Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaannya pak setelah mengetahui control marah dengan cara verbal meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik?

e. Evaluasi objektif

Sekarang bapak coba lakukan kembali cara mengontrol marah dengan cara verbal yang sudah saya lakukan tadi? Wahh ternyata bapak mampu ya

f. Rencana tindak lanjut

Nah pak, sekarang kita masukkan ke dalam jadwal harian ya pak

g. Rencana yang akan datang

Topic : baik hari ini kita sudah berbicara mengenai cara mengontrol rasa marah yang keempat yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual ya pak, besok kita akan diskusi lagi ya pak tentang cara mengontrol marah keempat yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual berzikir, sholat berdo'a atau beristigfar

Waktu : untuk besok, kira kira waktunya sekitar 30 menit saja ya pak dan di jam yang sama, apakah bapak setuju?

Tempat: “Tempatnya disini lagi ya pak? Baiklah, sampai jumpa besok ya, bapak ”

Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 4

Resiko Perilaku Kekerasan

Nama : Tn. S

Pertemuan : 4

Hari/Tanggal : Kamis, 7 Mei 2021

Alamat : Panti Rehabilitas Yayasan Galuh Bekasi Timur

A. Proses Keperawatan

1. Kondisi Klien

Data Subjektif

- Klien mengatakan semalam ia kesal
- Klien mengatakan sempat melakukan tarik nafas dalam
- Klien mengatakan masih ingat dengan teknik mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dalam, memukul bantal, prinsip 5 benar minum obat, dan menolak, meminta serta mengungkapkan dengan baik.
- Klien mengatakan ingin berlatih emosi dengan cara spiritual yaitu dengan beristigfar

Data Objektif

- Klien mendemonstrasikan cara relaksasi nafas dalam, memukul bantal
- Klien dapat menyebutkan 5 prinsip benar obat, manfaat dan efek samping minum obat
- Klien mendemonstrasikan cara menolak, meminta dan mengungkapkan dengan baik

2. Diagnosa Keperawatan : resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus : klien mampu mengatasi atau dapat mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal.

4. Tindakan Keperawatan : SP 4 resiko perilaku kekerasan

- a. Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3
- b. Jelaskan cara mengontrol marah dengan cara spiritual: menjalankan salat lima waktu.
- c. Berikan kesempatan untuk pasien mendemonstrasikan salat
- d. Berikan pujian terhadap keberhasilan
- e. Masukkan sebagai kegiatan tambahan

B. Strategi Komunikasi

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

Selamat pagi pak, masih inget kan dengan suster siapa? Betul sekali

b. Evaluasi / validasi

Bagaimana pak perasaannya hari ini ? masih kesal? Apa saja yang bapak lakukan hari ini? Sudah bapak terapkan cara mengontrol emosi dengan cara tarik nafas dan pukul bantal dan meminum obat secara teratur, meminta, menolak dan mengatakan dengan baik?

c. Kontrak topic

Baik pak sesuai kesepakatan kemarin, hari ini kita akan berbncang mengenai control marah dengan cara spiritual ya, yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik

d. Waktu

Waktunya sekitar 30 menit saja ya pak, bapak bersedia?

e. Temapt

Tempatnya disini atau mau pindah? Oh disini lagi saja ya?

3. Tahap kerja

a. Pengkajian

Baik pak kita mulai saja ya pak, sekarang bisa bapak ceritakan apa saja kejadian yang menyebabkan bapak merasa kesal?apa yang bapak rasakan ketika marah? Dengan cara apa saja bapak akan

menyalurkan emosi bapak?apa saja akibat dari bapak jika marah?
Apakah ada cara lain untuk menugknapkan kemarahan bapak

c. Penjelasan

- Baik pak saya jelaskan ya, kita bisa mengontrol marah dengan cara spiritual loh, yaitu bapa tarik nafas dalam sambil tutup mata ya, tarik nafas selama tiga kali lalu bapak sambil beristigfar “astagfirullahazim... astagfirullahalazim...astagfirullahalazim..” (mendemonstrasi) tutup mata sambil elus dada ya pak. Dengan begitu hati bapak akan terasa tenang dan emosi mulai membaik.apakah bapak menegerti? Kalau bapak mengerti, bisa bapak lakukan kembali apa yang sudah saya lakukan tadi? Wah bagus ya

5. Tahap terminasi

a. Evaluasi subjektif

Bagaimana perasaannya pak setelah mengetahui control marah dengan cara spiritual yaitu beristigfar? Apakah terasa reda emosinya?

b. Evaluasi objektif

Sekarang bapak coba lakukan kembali cara mengontrol marah dengan cara spiritual yang sudah saya lakukan tadi? Wahh ternyata bapak mampu ya

c. Rencana tindak lanjut

Nah pak, sekarang kita masukkan ke dalam jadwal harian ya pak

d. Rencana yang akan datang

Topic : baik hari ini kita kan sudah berbicara mengenai cara mengontrol rasa marah yang keempat yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual ya pak, besok kita akan diskusi lagi ya pak

Waktu : untuk besok, kira kira waktunya sekitar 30 menit saja ya pak dan di jam yang sama, apakah bapak setuju?

Tempat: “Tempatnya disini lagi ya pak? Baiklah, sampai jumpa besok ya, bapak ”