

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn. M.B. DENGAN
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG**



VERDIANA F. NADEK
NIM. PO.530320116278

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG BADAN PENGEMBANGAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN KEMENTERIAN
KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN Tn. M.B. DENGAN
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang



VERDIANA F. NADEK
NIM. PO.530320116278

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES KUPANG BADAN PENGEMBANGAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN KEMENTERIAN
KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Verdiana Febroyet Nadek
NIM : PO530320116278
Program Studi : D- III Keperawatan
Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Juni 2019
Pembuat Pernyataan



Verdiana F. Nadek
NIM : PO. 530320116278

Mengetahui
Pembimbing



Trifonia Sri Nuzwela S.Kep Ns.,M.Kes
NIP.197710192001122001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Verdiana Febroyet. Nadek NIM: PO 530320116278 dengan judul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.B. DENGAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA**” Telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh:

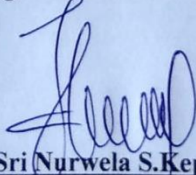


Verdiana Febroyet. Nadek
NIM: PO 530320116278

Telah Di Setujui Untuk Di Seminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Mengetahui Pembimbing



Trifonia Sri Nurwela S.Kep.Ns., M.Kes
NIP. 197710192001122001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.B. DENGAN PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG RAWAT INAP
RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA”**

Disusun Oleh:

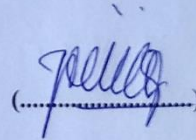


Verdiana Febroyet. Nadek
NIM: PO 530320116278

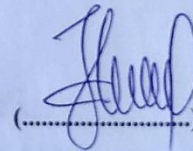
Telah Di uji Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I **Dr. Sabina Gero, SKp., MSc**
NIP: 195608291985022001


(.....)

Penguji II **Trifonia Sri Nurwela S.Kep.Ns., M. Kes**
NIP: 197710192001122001

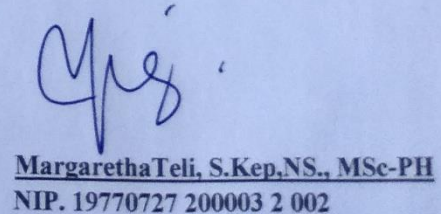

(.....)

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Laurentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Program Studi S-I Keperawatan


Margaretha Teli, S.Kep.NS., MSc-PH
NIP. 19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Verdiana Febroyet Nadek

Tempat / tanggal : Oendui, 24 Februari 1996

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. Piet A. Tallo Liliba

Riwayat pendidikan :

1. Tamat SDN 4 Sotimori tahun 2010
2. Tamat SMPN 3 Rote Timur 2013
3. Tamat SMAN 1 Lobalain 2016
4. Sejak tahun 2016 kuliah di program Studi D III
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang

MOTTO

**JAWABAN SEBUAH KEBERHASILAN
ADALAH TERUS
BERJUANG DAN TAK KENAL PUTUS ASA**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan studi kasus ini dengan judul” ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA : PERILAKU KEKERASAN DIRUANG RAWAT INAP NAIMATA KUPANG “

1. Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Trifonia Sri Nurwela S., Kep.,Ns.,M.,Kes selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga studi kasus ini dapat terselesaikan dengan baik, dan Ibu Dr. Sabina Gero.,SKp.,MSc selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian studi kasus ini. Pak Thomas Laga Boro S. Kep Ns, M. Kes selaku penguji III yang mengajari kami dengan penuh kesabaran selama kami dirumah sakit. Ucapan terimakasih juga disampaikan kepada :
2. Ibu R.H Kristina, SKM.,M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang sekaligus sebagai pelindung dalam kegiatan Ujian Akhir Program mahasiswa/i Diploma III keperawatan kupang kuruskan keperawatan kupang
3. Dr. Florentianus Taat S.Kep.,M.Kes selaku Ketua Jurusan keperawatan kupang, sekaligus sebagai penanggung jawab dalam Kegiatan Ujian Akhir Program, Program Studi Diploma III Keperawatan Kupang.
4. Margareta Teli, S.Kep.,Ns.,MSc.,Ph selaku ketua program studi diploma III keperawatan kupang sekaligus menjadi koordinator dalam Kegiatan Ujian Akhir Program, Program Studi Diploma III Keperawatn Kupang.

5. Orang tua tercinta Papa Obed Mathias Nadek dan Mama Jusina Laheri Rote yang telah membesarkan dan mendidik saya serta memberikan dukungan baik doa, moril maupun perhatian dan kasih sayang.
6. Kakak tersayang Adelci Ania Nadek dan Ever Nadek yang dengan penuh cinta memberikan dukungan doa, moril dan materi untuk menyelesaikan studi kasus ini.
7. Keluarga besar ingufao yang sudah memberikan dukungan doa, moril dan materi untuk menyelesaikan studi kasus ini.
8. Terman terbaik Migel Arisanto Haning yang selalu mendukung dalam doa maupun materi serta tenaga untuk selalu menemani dalam menyelesaikan studi kasus ini.
9. Teman-teman Seangkatan 2016 Tingkat III Reguler A khususnya sahabat-sahabat yang selalu memberikan saran, dukungan, dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari katasempurna, untuk itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan studi kasus ini.

Kupang, 11 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	vii
Daftar Lampiran.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.4 Manfaat	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Perilaku Kekeraan.....	5
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan	10
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	20
3.1 Hasil	20
3.2 Pembahasan	27
3.3 Keterbatasan	31
BAB 4 PENUTUP	32
4.1 Kesimpulan.....	32
4.2 Saran	34
DAFTAR PUSTAKA	35
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan.....	13
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I: Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Jiwa

Lampiran II: Lembar Konsultasi

DAFTAR GAMBAR

Judul	Halaman
Gambar 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan	8
Gambar 2.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan.....	12

ABSTRAK

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik, psikologi, lingkungan, maupun diri sendiri. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesalnya. Faktor-faktor yang mempengaruhi antara lain faktor predisposisi, presipitasi, dan faktor psikologis. Tanda-tanda seseorang menunjukkan perilaku kekerasan adalah muka merah dan tegang, mata melotot, tangan mengepal, pandangan tajam, rahang mengatup, postur tubuh kaku, pandang tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan. Diagnose yang ada perilaku kekerasan, menciderai diri orang lain dan diri sendiri, dan harga diri rendah. Simpulan dari penanganan perilaku kekerasan yang tepat dapat mencegah terjadinya perilaku kekerasan berulang. Saran untuk meningkatkan latihan napas dalam dan memukul bantal.

Kata Kunci: Perilaku Kekerasan.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.1 Latar Belakang Masalah

Berdasarkan UU No 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitas. Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK), adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan kualitas hidup sehingga memiliki resiko mengalami gangguan jiwa. Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Menurut data *World Health Organization (WHO)*, masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. Pada tahun 2001 WHO menyatakan, paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Sementara itu, menurut Utun Muchtar Rafei, Direktur WHO Wilayah Asia Tenggara, hampir satu pertiga dari penduduk di wilayah ini pernah mengalami gangguan neuropsikiatri Azrul Azwar (Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan) tahun (2011) mengatakan bahwa jumlah penderita gangguan kesehatan jiwa di masyarakat sangat tinggi, yakni satu dari empat penduduk Indonesia menderita kelainan jiwa rasa cemas, depresi, stress, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skizofrenia. Di Era Globalisasi gangguan kejiwaan meningkat sebagai contoh penderita tidak hanya dari kalangan kelas bawah, sekarang kalangan pejabat dan masyarakat lapisan menengah ke atas juga terkena gangguan jiwa (Yosep, 2009).

Menurut (Yosep, 2010). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, ataupun terhadap lingkungan sekitar.

Menurut *National Institute Of Mental Health* (NIMH). gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan diperkirakan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Kejadian tersebut akan memberikan andil meningkatnya prevalensi gangguan jiwa dari tahun ke tahun di berbagai negara. Berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2004, diperkirakan 26,2 % penduduk yang berusia 18 – 30 tahun atau lebih mengalami gangguan jiwa (NIMH, 2011). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa secara nasional mencapai 5,6% dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat empat sampai lima orang menderita gangguan jiwa. (Hidayati, 2012)

Studi penelitian tanggal 25 Mei, 2019. Berdasarkan hasil pencatatan rekam medik (RM) Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang pada bulan November 2018 sampai April 2019 di temukan masalah keperawatan klien rawat inap 158 orang klien Rawat jalan 185 orang, rawat intensif sebanyak 97 orang.

Salah satu bentuk gangguan jiwa adalah perilaku amuk. Amuk merupakan respon kemarahan yang paling maladaptif yang ditandai dengan perasaan marah dan bermusuhan yang kuat disertai hilangnya kontrol, dimana individu dapat merusak diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Keliat, 2010) Tingkah laku amuk dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain model teori importation yang mencerminkan kedudukan klien dalam membawa atau mengadopsi nilai-nilai tertentu. Model teori yang kedua yaitu model situasionisme, amuk adalah respon terhadap keunikan, kekuatan dan lingkungan rumah sakit yang terbatas yang membuat klien merasa tidak berharga dan tidak diperlakukan secara manusiawi. Model selanjutnya yaitu model interaksi, model ini menguraikan bagaimana proses interaksi yang terjadi antara klien dan perawat dapat memicu atau menyebabkan terjadinya tingkah laku amuk. Amuk merupakan respon marah terhadap adanya stress, cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa dan

ketidak berdayaan. Respon ini dapat diekspresikan secara internal maupun eksternal. Secara internal dapat berperilaku yang tidak asertif dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif.

Salah satu strategi yang sering digunakan di rumah sakit adalah restrain. Restrain adalah tindakan langsung dengan menggunakan kekuatan fisik pada individu yang bertujuan untuk membatasi kebebasan dalam bergerak. Kekuatan fisik ini dapat menggunakan tenaga manusia, alat mekanis atau kombinasi keduanya. Restrain dengan tenaga manusia terjadi ketika perawat secara fisik mengendalikan klien. Kemudian, restrain dengan alat mekanis menggunakan peralatan yang biasanya dipasang pada pergelangan tangan dan kaki untuk mengurangi agresif fisik klien, seperti memukul, dan menendang. Terdapat dua tindakan yang sering dilakukan kepada pasien perilaku kekerasan, yaitu restrain dan isolasi. (Videbeck & Sheila, 2009). Peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan yang diberikan meliputi pelayanan kesehatan secara holistik dan komunikasi terapeutik yang bertujuan untuk mencegah resiko menciderai diri sendiri, serta meningkatkan kesejahteraan untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

Berdasarkan Latar Belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami perilaku kekerasan.

1.2 Rumusan masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan dengan perilaku kekerasan pada Tn. M.B di Rumah Sakit Jiwa Naimata kupang?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum :

Peserta Ujian Akhir Program (UAP) Mampu mengaplikasikan Asuhan Keperawatan pasien Tn. M.B dengan perilaku kekerasan melalui pendekatan proses keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.

1.3.2 Tujuan khusus :

- a. Peserta UAP mampu melakukan pengkajian pasien Tn. M.B dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.
- b. Peserta UAP mampu merumuskan diagnosa keperawatan pasien Tn. M.B dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Naimata Kupang.
- c. Peserta UAP mampu menyusun rencana tindakan pasien Tn. M.B dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.
- d. Peserta UAP mampu melaksanakan tindakan keperawatan pasien Tn. M.B dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.
- e. Peserta UAP mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah dilakukan pasien Tn. M.B dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.
- f. Peserta UAP mampu menganalisis Asuhan Keperawatan pasien Tn. M.B. dengan perilaku kekerasan.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai acuan untuk meningkatkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

2. Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan acuan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan jiwa khususnya perilaku kekerasan.

3. Bagi penulis

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Perilaku Kekerasan (PK)

2.1.1 Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif (Stuart dan Sudeen, 1998). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Yosep, 2007; 146). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Dep Kes, RI, 2000 ; 147).

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95) Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol.

Berdasarkan beberapa pengertian Perilaku Kekerasan di atas dapat disimpulkan bahwa Perilaku Kekerasan yaitu suatu keadaan emosi yang merupakan campuran frustrasi, benci atau marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan.

2.1.2 Etiologi

Menurut Direja (2011,132), ada beberapa faktor penyebab perilaku kekerasan seperti :

1. Faktor predisposisi

Faktor pengalaman yang dialami tiap orang yang merupakan faktor predisposisi, artinya mungkin terjadi atau mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut di alami oleh individu :

a. Psikologis

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian menyenangkan atau perasaan ditolak, dihina, dianiaya, atau sanksi penganiayaan.

b. Perilaku reinforcement

Yang diterima saat melakukan kekerasan, dirumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

c. Teori psikoanalitik

Menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam hidupnya.

2. Faktor presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik injuri fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Faktor pencetus sebagai berikut:

a. Klien : kelemahan fisik, keputusan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh agresif dan masa lalu yang tidak menyenangkan.

b. Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal maupun eksternal.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Direja Ade (2011,132) tanda dan gejala sebagai berikut :

1. fisik : mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.
2. Verbal : mengancam, mengucap, kata-kata kotor,berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.
3. Perilaku : menyerang orang lain melukai diri sendiri, orang lain, lingkungan, amuk/agresif.
4. Emosi : tidak adekuat tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.
5. Intelektual : cerewat, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata kasar.
6. Spritual : merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.
7. Sosial : menarik diri pengasinga, penolakan, kekerasan, ejekan, dan sindriran.

Menurut keliet (1999), gejala klinis perilaku kekerasan berawal dari adanya :

1. Persaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan tindakan terhadap penyakit (rambut botak karena terapi)
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri (mengkritik/menyalahkan diri sendiri)
3. Gangguan hubungan sosial (menarik diri)
4. Kurang percayab diri (sukar mengambil keputusan)
5. Mencederai diri (akibat dari harga diri yang rendah disertai harapan yang suram, mungkin klien akan mengakhiri kehidupannya).

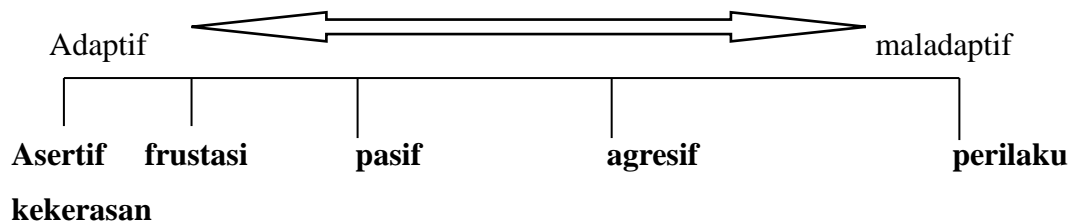
Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti & Iskandar (2012.97) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobserfasi tanda dan gejala perilaku kekerasan :

1. Fisik :
 - a. Muka marah dan tegang
 - b. Mata melotot/pandangan tajam
 - c. Tangan mengepal
 - d. Rahang mengatup
 - e. Wajah memerah dan tegang
 - f. Postur tubuh kaku
 - g. Pandangan tajam
 - h. Mengatupkan rahang dengan kuat
 - i. Mengepalkan tangan

2.1.4 Akibat Perilaku Kekerasan

Klien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan – tindakan berbahaya bagi dirinya, orang lain, maupun lingkungan, seperti menyerang orang lain, memecahkan perabot, membakar rumah.

2.1.5 Rentang Respon



Gambar 2.1. Rentang respon perilaku kekerasan menurut Kellert, 1999 dalam Direja (2011)

Keterangan :

1. Respon adaptif.
 - a. Assertion adalah dimana individu mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah, rasa tidak setuju, tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain

- b. Frustrasi adalah individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak menemukan alternative.
2. Respon maladaptif
- a. Pasif adalah individu tidak mampu mengungkapkan perasaannya, klien tampak pemalu, pendiam sulit diajak bicara karena rendah diri dan merasa kurang mampu
 - b. Agresif adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol. Perilaku yang tampak berupa : muka kusam, bicara kasar, menuntut, kasar di sertai kekerasan.
 - c. Ngamuk adalah perasaan marah dan bermusuhan kuat disertai kehilangan kontrol diri individu dapat merusak diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

2.1.6 Proses Terjadinya Kekerasan

Menurut Yosep (2009) kemarahan berawal dari stresor yang berasal dari internal seperti penyakit, hormonal, dendam, dan kesal. Atau eksternal seperti ledakan, cacian, hinaan, hingga bencana. Hal tersebut akan mengakibatkan gangguan pada sistem individu, tergantung bagaimana individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan. Bila seseorang memaknai hal tersebut dengan positif maka akan tercapai perasaan lega tetapi jika tidak, maka ia akan memaknai hal tersebut akan muncul perasaan tidak berdaya dan sengsara. Perasaan itu akan menimbulkan gejala psikosomatik.

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

1. Terapi somatik

Menurut (Depkes RI, 2000, hal 230) menerangkan bahwa terapi Somatik adalah terapi yang diberikan kepada klien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptife menjadi

perilaku adaktif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien

2. Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau *elektronik convulsi terapi (ECT)* adalah bentuk terapi kepada klien dengan menimbulkan kejang grand mall dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis klien. Terapi ini adalah awalnya untuk menagani klien skizofrenia membutuhkan 20-30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah 2-3 kali sekali (dua minggu sekali)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Yosep (2009) dalam Damaiyanti & Iskandar (2012.104) :

Faktor Penyebab Perilaku Kekerasan

Pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditunjukkan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kultural-spiritual.

1. Aspek Biologis

Respons fisiologis timbul karena kegiatan System saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, tachikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urin meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatkan kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh kaku dan refleks cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

2. Aspek Emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan dan menuntun.

3. Aspek Intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu, didapatkan melalui proses intelektual, peran pancar indra sangat penting untuk

beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah Adam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi, dan diintergrasikan.

4. Aspek Sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien sering kali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

5. Aspek Spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasatidak berdosa. Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut :

- a. Data objektif ialah data yang ditemukan secara nyata. Data ini di dapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat
- b. Data subjektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data sekunder.

2.2.2 Analisa Data

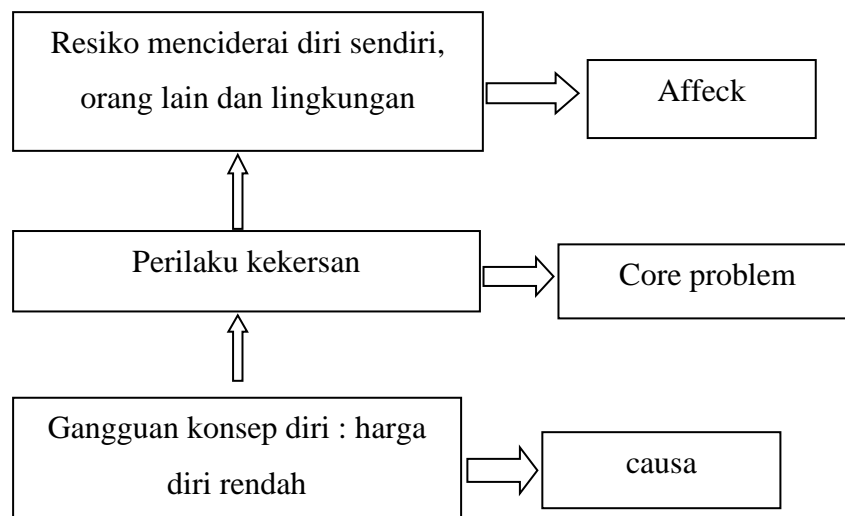
Dengan melihat data subyektif dan objektif dapat menentukan permasalahan yang dihadapi pasien. Dan dengan memperhatikan pohon masalah dapat diketahui penyebab, afeck dari masalah tersebut. Dari

hasil analisa data inilah dapat ditentukan diagnosa keperawatan (keliet 2011).

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah kronik
3. Resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, lingkungan,)
4. Perubahan Presepsi sensori: halusinasi
5. Isolasi sosial
6. Berduka disfungsi
7. Inefektif proses terapi
8. Koping keluarga inefektif

2.2.4.Pohon Masalah



Gambar 2.2. Pohon masalah Perilaku Kekerasan

Tabel 2.1 Intervensi Perilaku kekerasan

PN O	DIAGNOSA KEPERAWA TAN	PERENCANAAN			
		TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Perilaku kekerasan	<p>TUM :</p> <p>Klien Dan Keluarga</p> <p>Mampu mengatasi atau memberikan resiko perilaku kekerasan.</p> <p>TUK 1:</p> <p>Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Klien menunjukkan tanda-tanda kepada perawat melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah cerah, tersenyum 2. Mau berkenalan 3. Ada kontak mata 4. Bersedia menceritakan perasaannya 5. Bersedia mengungkapkan masalah 	<p>Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik, sapa klien dengan ramah, baik, verbal maupun nonverbal 2. Berjabat tangan dengan klien 3. Perkenalkan diri dengan sopan 4. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang di sukai klien 5. Jelaskan tujuan pertemuan 6. Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien 7. Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya 8. Beri perhatian kebutuhan dasar klien 	<p>Kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap klien</p>
		<p>TUK 2:</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p>	<p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menceritakan perilaku kekerasan yang dilakukannya <p>Menceritakan perasaan jengkel/kesal, baik dari diri sendiri maupun lingkungan</p>	<p>Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan bersama klien menceritakan penyebab rasa kesal atau rasa jengkel <p>Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan</p>	

				perasaan klien	
		<p>TUK 3 :</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik : <ol style="list-style-type: none"> a. Mata merah b. Tangan mengepal c. Ekspresi tenang dan lain-lain 2. Emosional : <ol style="list-style-type: none"> a. Perasaan marah b. Jengkel c. Bicara kasar 3. Sosial : <ol style="list-style-type: none"> a. Bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan 	<p>Membantu klien mengungkapkan tanda-tanda kekerasan yang dialaminya : diskusi dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi 2. Diskusi dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan 3. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan 4. Diskusikan dan motivasi klien untuk kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan. 	<p>Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan klien dan lingkungan sekitar</p>
		<p>TUK 4 :</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p>	<p>Kriteria evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis-jenis ekspresi kemerahan yang selama ini dilakukan 2. Perasaan saat melakukan kekerasan 3. Efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah 	<p>Diskusikan dengan klien seputar perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan klien seputar perilaku kekerasan yang dilakukan selama ini 2. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindakan kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya 3. diskusikan apakah dengan kekerasan yang dilakukan nya masalah yang dialami. 	<p>Melihat mekanisme coping klien dalam menyelesaikan masalah yang di hadapinya</p>

		<p>Tuk 5 :</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan</p>	<p>Kriteria evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diri sendiri dilukai, dijauhi, teman, dan lingkungan 2. Orang lain/keluarga luka, tersinggung, ketakutan 3. Benda-benda dirumah 	<p>Diskusikan dengan klien akibat negatif atau kerugian dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diri sendiri • Orang lain/keluarga • Lingkungan 	<p>Membantu klien melihat dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan</p>
		<p>Tuk 6 :</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan</p>	<p>Kriteria evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat menjelaskan cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah. 	<p>Diskusikan dengan klien seputar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan cara marah yang sehat • Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui • Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan : • Cara fisik : Napas dalam ,pukul kasur, olahraga 1. Verbal Mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain 2. Sosial Latihan asertif dengan orang lain 3. Spritual : Sembah yang, meditasi, sesuai dengan keyakinan agama nya masing-masing. 	<p>Menurunkan perilaku yang yang deskruktif yang berpotensi mencederai klien dan lingkungan sekitar</p>

		<p>Tuk 7 :</p> <p>Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik Tarik napas dalam, memukul bantal 2. Verbal Mengungkapkan perasaan rasa kesal/jengkel kepada orang lain tanpa menyakiti. 3. Spritual Doa, meditasi sesuai agamanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi cara yang mungkin dipilih serta anjurkan klien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya 2. Latih klien memperagakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilihnya 3. Jelaskan cara manfaat tersebut 4. Anjurkan klien menirukan peragaan yang sudah dilakukan 5. Beri penguatan pada pasien 	<p>Keinginan marahnya tidak bisa diprediksi waktunya serta siapa yang memicunya</p> <p>Meningkatkan kepercayaan diri klien serta asertif (ketegasan) saat mareah atau jengkel</p>
		<p>Tuk 8 :</p> <p>Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. dapat menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan 2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan 3. Jelaskan pengertian penyebab, akibat dan cara merawat klien risiko perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga 4. Peragakan cara merawat klien menangani PK 5. Beri kesempatan untuk memperagakan 	<p>Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi klien dan merupakan bagian penting dari rehabilitas klien.</p>

				<p>ulang cara perawatan terhadap klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Beri pujian terhadap keluarga setelah peragaan 7. Tanya perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan. 8. 	
		<p>Tuk 9 :</p> <p>Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan</p>	<p>Kriteria evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerugian tidak minum obat 2. Nama obat bentuk dan warna obat 3. Dosis yang diberikan kepadanya 4. Waktu pemakaian 5. Efek samping 6. Klien menggunakan obat sesuai program 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat 2. Jelaskan kepada klien 3. Jenis obat, nama, warna, dan bentuk 4. Dosis yang tepat untuk klien 5. Waktu pemakaian 6. Cara pemakaian 7. Efek yang akan dirasakan klien 8. Anjurkan klien untuk minta obat tepat waktu 9. Laporkan perawat atau dokter jika mengalami efek yang tidak biasa 10. Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat 	<p>Membantu penyembuhan klien mengontrol kegiatan klien minum obat dan mencegah klien putus obat.</p>

2.2.4 Implementasi

Perilaku kekerasan	
SP 1 pasien	SP 1 keluarga
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan 2. Menidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan 3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan 4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan 5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan 6. Membantu pasien mempraktekan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 : latihan napas dalam 7. Menganjurkan pasien memasukan dalam kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan masalah yang rasakan keluarga dalam merawat pasien. 2. Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialami pasien beserta proses terjadinya perilaku kekerasan
SP 2 pasien	SP 2 keluarga
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 : pukul kasue dan bantal 3. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. melatih keluarga mempraktekan cara merawat pasien dengan perilaku kekernan 2. melatih keluarga melakukan cara merawat langsung pada pasien perilaku kekerasan
SP 3 pasien	SP 3 keluarga
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara sosial atau verbal 3. Menganjurkan pasien memasukan ke dalam jadwal kegiatan harian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. membantu keluarga membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat (perencanaan pulang) 2. menjelaskan tindakan tindak lanjut pasien setelah pulang

SP 4	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spritual 3. Mengajarkan pasien memasukan ke dalam kegiatan harian 	
SP 5	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi jadwal harian pasien 2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat 3. Mengajarkan pasien memasukan kedalam kegiatan harian 	

BAB III

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

3.1.1 Gambara Lokasi Studi Kasus

Pengkajian kasus ini dilaksanakan pada tanggal 27 sampai 30 Mei 2019 di Rumah Sakit Jiwa Naimata, yang beralamat di kelurahan liliba, kecamatan Oebobo Kota Kupang. Rumah Sakit ini di pimpin oleh dokter dan terdiri dari 5 dokter umum, 1 dokter jiwa, 32 tenaga perawat, 2 tenaga asisten apoteker, 7 tenaga gizi, 8 tenaga TPP, 3 tenaga client servis, dan 2 tenaga loundri. Pada saat pengambilan kasus dilakukan di ruang rawat inap RSJ Naimata Kupang.

3.1.2 Pengkajian

Data pengkajian pada tanggal 25 Mei 2019 pada Tn. M.B. Nomor Rekam Medik 00XXX, pasien berumur 33 tahun, tidak bekerja, pendidikan terakhir SMA. Pasien di bawah ke Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang oleh keluarga. Naimata karena pasien marah-marah, memukul ibunya, merusak barang-barang dalam rumah, melempar rumah, dan mengamuk disekitar lingkungan rumah. Pasien mengatakan tidak mau bergaul dengan orang lain, sering menyendiri. Pemeriksaan fisik pada pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan data: TD : 120/60 mmHg, N: 80x/mnt, RR : 20x/mnt S: 36,8°C BB: 61 Kg. Keluhan fisik adalah pasien mengatakan tidak sakit.

Pada riwayat penyakit : keluarga mengatakan pasien marah-marah, bicara sendiri, melempar rumah, melempar rumah mengurung diri di dalam kamar dan tidak ingin bergaul dengan orang lain sejak tahun 2001. Pada tanggal 10 April 2019 pasien melempar rumah, merusak barang-barang dalam rumah, sehingga keluarga mengantarkan pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan medis. Setelah itu pasien pasien merasa membaik karena mendapat obat sehingga pasien di pulangkan namun pada tanggal 20 Mei 2019 pasien mengulangi

perbuatanya karena putus obat dan keluarga mengantarkannya kembali ke Rumah Sakit Jiwa Naimata – Kupang.

Faktor predisposisi : Keluarga mengatakan Pasien pernah mengalami gangguan jiwa dan di antar ke rumah sakit untuk mendapat obat. Tetapi pengobatan tidak berhasil karena, pasien putus obat.

Psikososial : genogram: pasien anak kedua dari 8 bersaudara tinggal bersama kedua orang tua dan adik bungsu.

Konsep diri : Citra tubuh : pasien mengatakan menyukai hidungnya, dan tidak menyukai pipi bagian kiri karena ada bekas luka sehingga pasien sering menutup dengan tangan dan menunduk. Identitas pasien belum menikah, peran pasien sebagai anak di rumah dan tidak bekerja, ideal diri pasien tidak menghiraukan penyakitnya lagi. Harga diri pasien mengatakan tidak ingin bergaul dengan orang lain. Hubungan sosial orang yang berarti bagi pasien adalah adik bungsunya, peran serta dalam kelompok atau masyarakat pasien tidak pernah bergaul dengan orang lain tidak mengikuti kerja kelompok dimasyarakat. Spritual nilai dan keyakinan pasien beragama katolik, kegiatan ibadah pasien mengatakan tidak pernah ke gereja tidak pernah berdoa. Penampilan pasien rapi, penggunaan pakaian sesuai baju dan celana bersih, pasien tidak menggunakan alas kaki. Pembicaraan pasien sesuai, tetapi kontak mata kurang, suara kecil. Aktivitas motorik terlihat cemas, gelisah, dan terlihat meremas jari-jari tangannya. Alam perasaan pasien mengatakan kuatir karena merasa di kurung dan tidak nyaman. Afek pasien tidak pasien tidak mengikuti suasana yang ada ada saat suasana yang mengembirakan pasien tidak ada respon. Interaksi selama wawancara pasien tidak koperatif, menyendiri tidak ada kontak mata berbicara suara kecil, tidak mampu memulai pembicaraan. Pasien mengatakan ibunya sering datang mengunjunginya, pasien mengatakan tidak nyaman di rumah sakit merasa terkurung.

Diagnosa medis : skizofrenia paranoid. Terapi yang di dapat : haloperidol 2 x 2,5 mg trihexyphenidil 2 x 2 mg. Terapi : Haloperidol 2 x 1 m Trihexyphenidil 2 x 2 mg

Kontra indikasi : Haloperidol 2 x 1 mg : Memiliki hipersensitif atau alergi terhadap kandungan obat ini, Penderita penyakit parkinson, Pasien depresi berat SSP, Penderita supresi sumsum tulang, Memiliki penyakit jantung, Penderita gangguan fungsi hati kronis, Pasien koma, Pasien lamsia yang memiliki penyakit demensia.

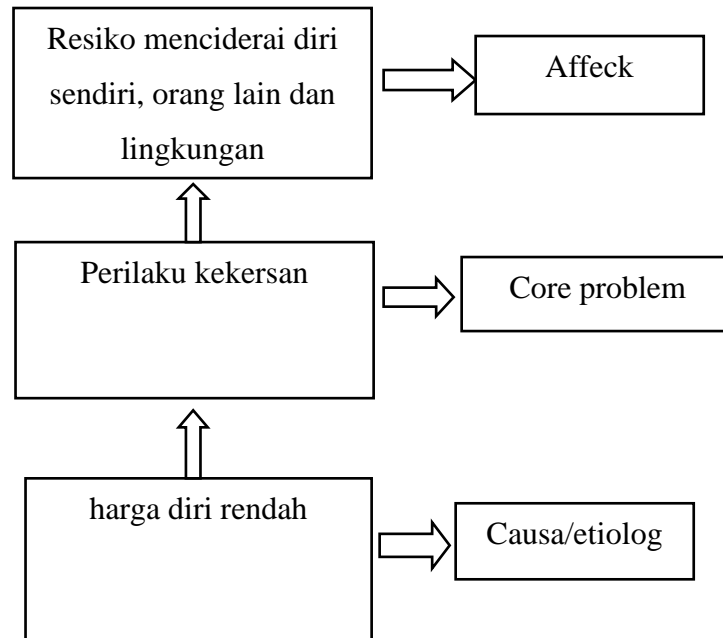
Indikasi : Meredakan gejala skizofrenia, Mengobati skizofrenia, Mengobati gerakan dan ucapan spontan yang tidak terkontrol pada penderita penderita sindrom tourette, Mengatasi perilaku kekerasan tidak terkontrol pada anak-anak hiperaktif, Mengatasi tindakan agitasi

Indikasi Trihexyphenidil 2 x 2 mg : Mengobati parkinson, Pasca ensefalitis, Idiopatik, Sindrom parkinson.

3.1.2.1 Analisa Data

Dari data pengkajian yang di lakukan di dapatkan masalah keperawatan yang pertama yaitu perilaku kekerasan data subyektif : pasien mengatakan memukul ibunya dirumah karena memarahi pacarnya, marah-karena terkurung di rumah sakit, pasien mengatakan tidak bergaul dimasyarakat, pasien tidak nyaman dengan keadaan sekarang karena pasien belum, menikah dan merasa minder dengan teman-teman. Data obyektif : pasien tampak gelisah, kuatir, labil, tegang, meremas jari-jari tangan, gerakan tangan yang tidak menentu, menyendiri tidak ingin bercerita dengan orang lain, kontak mata kurang, bicara suara kecil, menjawab saat di tanya saja, tampak cemas. Masalah utama yang di harus di atasi adalah perilaku kekerasan karena masalah yang di rancang sesuai dengan keluhan utama yang di keluhkan oleh pasien.

3.1.2.2 Pohon Masalah



Gambar 3.1 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

Pada data pengkajian pohon masalah yang ditemukan adalah 3 masalah utama yaitu : perilaku kekerasan, sebagai (core problem), gangguan konsep diri : harga diri rendah sebagai (causa/etiolog), dan resiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebagai (akibat/effect). Dan menurut penulis masalah yang akan di jadikan sebagai diagnosa prioritas adalah perilaku kekerasan ditandai dengan : pasien mengatakan memukul ibunya dirumah karena memarahi pacarnya, pasien mengatakan tidak nyaman karena terkurung di rumah sakit, wajah memerah, tegang, labil dan tampak gelisah.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Dari data pengkajian tanggal 28 Mei 2019 diagnosa keperawatan utama yang ditegakan untuk Tn. M.B. adalah perilaku kekerasan dengan data subyektif : pasien mengatakan memukul ibunya dirumah karena memarahi pacarnya, marah-karena terkurung di rumah sakit, pasien mengatakan tidak bergaul dimasyarakat, pasien tidak nyaman dengan keadaan sekarang karena pasien belum, menikah dan merasa

minder dengan teman-teman. Data obyektif : pasien tampak gelisah, kuatir, labil, tegang, meremas jari-jari tangan, gerakan tangan yang tidak menentu, menyendiri tidak ingin bercerita dengan orang lain, kontak mata kurang, bicara suara kecil, menjawab saat di tanya saja, tampak cemas.

3.1.4 Perencanaan Keperawatan.

Intervensi yang dirancang yang dirancang pada tanggal 28 Mei 2019 sesuai dengan masalah yang ditemukan pada kasus diatas adalah berdasarkan strategi perencanaan. Strategi perencanaan yang pertama untuk pasien dengan perilaku kekerasan adalah :

Tujuan umum (TUM): pasien mampu mengatasi perilaku kekerasan. Strategi pelaksanaan (sp) 1: Bina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik yaitu : (sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien, dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati, dan menerima klien apa adanya, beri perhatian pada klien). Strategi pelaksanaan (sp)2: Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan : Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya, Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel/kesal. Strategi pelaksanaan (sp)3: Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan : Anjurkan klien mengungkapkan apa yang di alami saat marah/jengkel, Observasi tanda perilaku kekerasan pada pasien, Simpulkan bersama pasien tanda-tanda jengkel/ kesal yang di alami pasien. Strategi pelaksanaan(sp)4: Mengidentifikasi perilaku kekerasan : Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa di lakukan pasien, Bantu pasien bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa di lakukan, Bicarakan dengan pasien apakah cara yang di lakukan masalahnya selesai. Strategi pelaksanaan(sp)5: Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang di lakukan klien, Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang di gunakan oleh

pasien. Strategi pelaksanaan(sp)6 : Mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan : Tanyakan pada pasien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat, Berikan pujian jika pasien mengetahui cara baru yang sehat, Diskusikan dengan pasien cara lain yang sehat, Ajarkan secara fisik : teknik napas dalam jika sedang kesal/jengkel. Strategi pelaksanaan(sp)7: Mampu mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan : Bantu pasien memilih cara yang paling tepat untuk pasien, Bantu pasien mengidentifikasi manfaat cara yang telah di pilih, Bantu keluarga pasien untuk menstimulasi cara tersebut, Anjurkan pasien untuk menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel/ marah. Strategi pelaksanaan (sp)8: pasien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan : Identifikasi kemampuan keluarga merawat pasien dari sikap apa yang telah di lakukan keluarga terhadap pasien selama ini, Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat pasien, Jelaskan cara-cara merawat pasien: terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif, sikap tentang bicara tenang dan jelas, Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat pasien, Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi. Strategi pelaksanaan (sp)9: pasien dapat menggunakan obat – obatan yang di minum dengan kegunaan (jenis, waktu, dosis dan efek) : Jelaskan jenis-jenis obat yang di minum pasien pada pasien dan keluarga, Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter, Jelaskan prinsip benar minum obat (baca nama yang tertera pada botol obat, dosis obat, waktu dan cara minum), Ajarkan pasien minta obat dan minum tepat waktu, Anjurkan pasien melaporkan pada perawat/dokter jika merasakan efek yng tidak menyenangkan, Beri pujian, jika pasien minum obat dengan benar.

Semua kegiatan harus di evaluasi terlebih dahulu sebelum di lanjutkan pada strategi perencanaan yang berikutnya. Jika strategi

sebelumnya belum berhasil maka ulangi strategi tersebut sampai berhasil baru di lanjutkan pada strategi perencanaan yang berikutnya.

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal: Senin, 27 Mei 2019 jam 08 : 00 Strategi Pelaksanaan 1: Membina Hubungan Saling Percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik yaitu : (sapa klien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal, memperkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap klien, dan nama panggilan yang disukai, jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, tunjukkan sikap empati, dan menerima klien apa adanya.

Hari/tanggal: Selasa, 28 Mei 2019 jam : 08: 30 Strategi pelaksanaan 2: mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan dengan tandanya mata tidak merah, ekspresi wajah tenang tidak ada perasaan marah/jengkel

Hari/tanggal: Rabu, 29 Mei 2019 jam 09 : 00 Strategi Pelaksanaan 3: memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan membimbing pasien memasukan dalam jadwal harian pasien.

Hari/tanggal: Strategi Pelaksanaan 4 kamis, 30 Mei 2019 jam : 09 : 15: memvalidasi masalah dan latihan sebelumnya, melatih pasien cara kontrol perilaku kekerasan dan menjelaskan cara kontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat teratur. Membimbing pasien memasukan dalam jadwal kegiatan harian.

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Strategi Pelaksanaan 1 Hari/tanggal Senin, 27 Mei 2019 jam 08. data subyektif : selamat pagi juga nama lengkap saya M. B. biasa di sapa Tn. M.B. umur 33 tahun, tidak bekerja, belum menikah, pendidikan terakhir SMA. Data obyektif pasien mampu menjawab sapaan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, dan selalu menunduk, suara kecil, pasien mau berjabat tangan, ekspresi wajah tenang tidak nyaman dengan keadaannya yang sekarang. A : Bina

Hubungan Saling Percaya berhasil. P : lanjutkan Strategi Pelaksanaan 2. Strategi Pelaksanaan 2 : hari/tanggal : selasa, 28 Mei 2019 jam 10 : 00. S: pasien mengatakan tidak ada marah pada ibunya, pasien mengatakan kalau ada rasa jengkel dengan ibunya selalu menarik napas dalam. O : muka datar, tampak cemas, selalu menunduk saat bicara merasa tidak nyaman A : lanjutkan Strategi pelaksanaan 3 Strategi Pelaksanaan 3 hari/tanggal rabu, 29 Mei 2019 : S : pasien mengaatakan saya bvelum latihan cara menarik napas. O : pasien terlihat tenang, gelisah, dan selalu menunduk saat berbicara dengan perawat. P : lanjutkan Strategi pelaksanaan 4 Strategi Pelaksanaan 4 : Hari/tanggal kamis, 30 Mei jam 10 : 00 2019. S : saya tadi sudah latihan pukul bantal tanpa di suruh, saya sudah masukan dalam jadwal kegiatan harian saya O : pasien terlihat tenang, terlihat tenang, kontak mata kurang.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap penting suatu proses pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian harus akurat, lengkap, sesuai kenyataan, dan kebenaran data sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respon individu.

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95) Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol. menurut teori (Yosep,2010 & Direja Ade, 2011), tanda dan gejala pada pasien dengan perilaku kekerasan adalah ditandai dengan: wajah memerah, tegang, tidak nyaman merasa terganggu, dendam jengkel, mengamuk, gangguan

hubungan sosial, dan menarik diri. Menurut Direja (2011,132), ada beberapa faktor penyebab perilaku kekerasan seperti : faktor predisposisi, faktor presipitasi.

Berdasarkan data pengkajian pada Tn. M.B. data subyektif yang di dapatkan : pasien mengatakan memukul ibunya berulang-ulang karena memarahi pacarnya, pasien tidak nyaman karena merasa dikurung dirumah sakit tidak bergaul dengan orang lain, melempar rumah, merusak barang-barang dalam rumah dan mengamuk disekitar lingkungan rumah. Data obyektif dari pasien adalah : tampak gelisah, takut, tegang, labil, menyendiri, kontak mata kurang wajah memerah. Maka berdasarkan data di atas penulis mengambil kesimpulan antara teori dan kasus nyata tidak ada kesenjangan karena didapatkan data dari kasus nyata sama dengan teori baik penyebab dan tanda gejala sama menurut (Yosep,2010 & Direja Ade, 2011).

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95) ada 8 diagnosa keperawatan sebagai berikut: Resiko perilaku kekerasan, Harga diri rendah kronik, Resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, lingkungan,), Perubahan Presepsi sensori: halusinasi, Isolasi social, Berduka disfungsiional , Inefektif proses terapi, Koping keluarga inefektif. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang muncul hanya 3 yaitu : perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan resiko perilaku kekerasan. Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat berdasarkan core problem adalah : perilaku kekerasan. Alasan mengapa penulis mengangkat diagnosa perilaku kekerasan sebagai core problem adalah berdasarkan data pengkajian keluhan utama, tanda dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan pasien dengan perilaku kekerasan.

Menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena dalam teori ada delapan diagnosa sedangkan pada kasus nyata hanya terdapat tiga diagnosa karena, pada pasien belum keluhan, tanda dan

gejala yang mendukung untuk mengangkat diagnosa yang terdapat pada teori.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Carpenito (2007), menyatakan bahwa perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung pada pasien, (sutejo, 2007). Menurut teori (Yosep, 2010), perencanaan untuk perilaku kekerasan ada 9 TUK antara lain: Bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perilaku kekerasan identifikasi perasaan saat marah/jengkel tanda perilaku kekerasan, identifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, identifikasi akibat perilaku kekerasan, identifikasi cara konstruktif dalam mengkapkan kemarahan, memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan, Keluarga Pasien dapat menyebutkan cara mengontrol dan cara merawat perilaku kekerasan, menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu dan efek, dosis) Dan dapat minum obat sesuai program pengobatan. Intervensi yang dapat dilakukan oleh penulis pada pasien adalah sebagai berikut mampu membalas salam, mau berjabat tangan, menyebutkan nama, pasien mau tersenyum, pasien mau kontak mata dengan perawat, dan pasien mapu mengetahui nama perawat, dapat mengungkapkan perasaannya dan pasien dapat mengkupakan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri lingkungan dan orang lain.) mengungkapkan apa yan pernah dialaminya saat marah atau jengkel, mengobservasi tanda saat marah/jengkel tanda perilaku kekerasan dan pasien dapat menyimpulkannya. Berdasarkan intervensi yang penulis lakukan, terdapat kesamaan antara konsep dasar toeri dengan kasus nyata Tn. M. B. karena penulis melakukan intervensi sesuai dengan teori dan merancang strategi pelaksanaan sesuai dengan keadaan pasien.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implentasi merupakan tahap perawat memulai kegiatan dan melakukan tindakan-tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah pada pasien

berdasarkan intervensi yang ada pada kasus teori (Yosep,2010). Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi perilaku kekerasan Tn. M.B selama 4 hari yaitu membina hubungan saling percaya, melakukan pengkajian mulai dari identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, konsep diri, masalah psikososial dan lingkungan, spiritual, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, dan tingkat pengetahuan pasien. Melakukan proses keperawatan dari membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel, tanda dan perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.

Menurut penulis ada kesenjangan karena ada beberapa intervensi yang belum dilakukan pada pasien yaitu: identifikasi akibat perilaku kekerasan, identifikasi cara konstruktif, mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan, dukungan keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan, dan menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses berkelanjutan dimana untuk menilai efek dari tindakan keperawatan. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dibagi atas dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dengan membandingkan respon pasien pada tujuan umum dan tujuan khusus yang telah ditentukan (Fitria 2009).

Pada kasus nyata hasil evaluasi SP1: didapatkan dari Tn. M.B antara lain data subyektif: pasien menjawab salam, pasien menyebutkan nama :saya Tn. M.B Umur: 33 thn, jenis kelamin:laki-laki pekerjaan tidak bekerja status: belum menikah pendidikan: SMA data objektif: Pasien mau berjabat tangan, senyum. Assessment :Bina hubungan saling percaya tercapai planing: lanjutkan SP2: didapatkan data subyektif: pasien mengatakan pasien marah karena ibunya memarahi pacarnya data objektif:

pasien terlihat mampu mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel dengan marah-marah, nada suara keras, mata memerah dan wajah. Assessment: SP2 Teratasi Planing: lanjutkan ke SP3. Data subyektif: Pasien mengatakan tanda –tanda perilaku kekerasan adalah memukul orang lain atau barang-barang yang ada di sekitar dan marah-marah tidak jelas Data Objektif : Pasien senyum dan menjelaskan kembali dengan baik Aseessment SP3 teratasi Planing : lanjutkan SP4: pasien bisa menyebutkan jenis-jenis perilaku kekerasan yang biasa di lakukan, pasien mengatakan merasa nyaman, dan wajah tidak memerah. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena evaluasi yang di lakukan berdasarkan konsep teori menurut (fitria, 2009).

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Pengalaman dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa kurang kompeten, Penulis menyadari Dalam melakukan penelitian studi kasus asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan ini terdapat keterbatasan waktu yang diberikan

praktek yang penulis terapkan kurang efektif karena waktu yang di berikan terbatas. Penulis mengalami kesulitan dalam melakukan pengkajian dan penerapan intervensi.

Dari hasil yang dipeoleh, penulis menyadari bahwa studi kasus ini jauh dari kesempurnaan karena persiapan yang kurang baik, dan pelaksanaan yang sangat singkat sehingga hasil yang di peroleh jauh dari kata sempurna dan masih membutuhkan banyak pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Simpulan

Orang Dengan Gangguan Jiwa adalah orang yang mengalami gangguan pada psikisnya sehingga pada pengakjian: keluarga mengatakan pasien marah-marah, bicara sendiri, melempar rumah, mengurung diri di dalam kamar dan tidak ingin bergaul dengan orang lain sering menunduk saat ditanya.

Diagnosa prioritas yang diangkat pada pasien adalah perilaku kekerasan. Tindakan yang dilakukan pada pasien adalah membina hubungan saling percaya. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan dan mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul kasur dan bantal, serta menarik napas dalam.

4.2 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat di dalam perkembangan status kesehatan pada pasien perilaku kekerasan maka penulis mengharapkan :

4.2.1. Manfaat Teoritis

Dijadikan sebagai bahan referensi untuk mengembangkan Ilmu Keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan

4.2.2. Manfaat Praktis

Bagi para tenaga kesehatan RSJ Naimata Kupang untuk menindak lanjuti tindakan keperawatan yang telah dibuat .

Bagi institusi sebagai bahan pedoman untuk penelitian selanjutnya yang akan di lakukan oleh para peneliti.

Bagi peneliti, ini dapat di jadikan data dasar dan pedoman untuk penelitian selanjutnya khususnya pada pasien dengan perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. 2008. Hubungan Dukungan Sosial Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Penderita Skizofrenia di RS Grhasia Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah Yogyakarta : Universitas Islam Indonesia.
- Videbeck & Sheila. 2009. Keperawatan Jiwa Amplikasi *Praktik Klinik*. Yogyakarta: Graham Ilmu.
- Dalami, Ermawati. 2010. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa. Jakarta : Trans Info Media.
- Damaiyati, M, & Iskandar. 2012. Asuhan keperawata jiwa. Retika ADITAMA: bandung
- Dermawan D Dan Rusdi. 2013.Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa.Yogyakarta: Gosyen Publishing
- Azrul Azwar 2011. Prinsip Dasar dan Amplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan. Jakarta: Salemba Medika.
- Herman, Ade. 2011. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa.Yogyakarta: Nuha Medika
- Iyus, Yosep. 2011. Keperawatan Jiwa, Edisi 4. Jakarta : Refika Aditama
- Keliet Budi Ann dkk, 2010, model praktik keperawatan profesional
- Kusumawati F dan Hartono Y. 2010. Buku Ajar Keperawatan Jiwa.Jakarta: Salemba Medika
- Yosep, Igus. 2010. Keperawatan Jiwa Edisi Revisi. Bandung: Refika Aditama
- , 1998. Buku Standart keperawatan Kesehatan Jiwa dan penerapan asuhan keperawatan pada kasus di Rumah Sakit Ketergantungan obat, Direktorat kesehatan jiwa Direktorat Jenderal Pelayanan medik, Dep-kes RI, Jakarta.
- Direja, A.HS. 2011. Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika
- WHO. 2006. Improving Healt System and service For Mental Healt. Geneva 27, switzerland:WHO Press.
- Kemenkes RI. 2014. UU. RI. No.18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta: Kemenkes RI.

LAMPIRAN



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATANPOLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang rawat : Ruang Rawat Inap Tanggal dirawat : 27 Mei 2019 Tanggal
Pengkajian : 27 Mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Initial : Tn. M.B No. RM : 00 29 11
Umur : 33 Tahun Status : Belum menikah
Jenis Kelamin : Laki-laki Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Tidak Bekerja

II. ALASAN MASUK

a. Keluhan Utama Saat MRS:

pasien mengatakan memukul ibunya dirumah, melempar rumah menghancurkan barang-barang dalam rumah, mengamuk dirumah dan lingkungan rumah.

b. Keluhan Utama Saat Pengkajian:

Pasien mengatakan tidak nyaman karena terkurung di Rumah Sakit, marah pada ibunya karena memarahi pacarnya sehingga Pasien memukul ibunya.

c. Riwayat Penyakit :

Keluarga mengatakan Pasien marah – marah, bicara sendiri, melempar rumah, mengurung diri di kamar dan tidak ingin bergaul dengan orang lain sejak tahun 2001. Pada tanggal 10 April 2019 pasien melempar rumah, merusak barang – barang dalam rumah sehingga keluarga mengantar

pasien ke rumah sakit dan mendapatkan perawatan medis. Setelah itu pasien merasa membaik karena mendapat obat sehingga pasien di pulangkan namun pada tanggal 20 Mei 2019 pasien mengulangi perbuatannya karena putus obat dan keluarga mengantarkannya kembali ke Rumah Sakit Jiwa Naimata – Kupang.

FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu ?

Keluarga mengataka pasien mengalami gangguan jiwa sebelumnya yaitu pada tahun 2001

Pengobatan sebelumnya:

Tidak berhasil : karena pasien putus obat sehingga kambuh dan keluarga mengantar kembali ke RSJ Naimata

2. Trauma usia pelaku korban saksi

- Aniaya fisik : **tidak ada**
- Aniaya seksual: **tidak ada**
- Penolakan : **tidak ada**
- Kekerasan dalam keluarga: **tidak ada**
- Tindakan kriminal: **tidak ada**
- Jelaskan : **tidak ada**

3. Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

- Ada
- Tidak**

Kalau ada :**tidak ada**

Hubungan keluarga : **baik**

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :

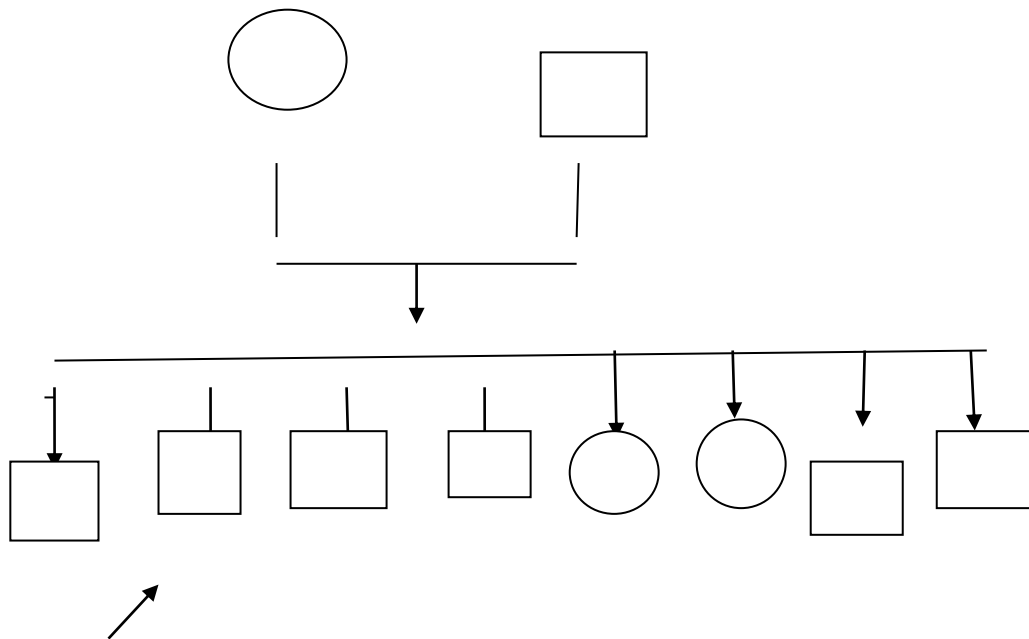
Pasien mengatakan tidak suka melihat teman-temannya berkelahi di waktu masihsekolah


I. PEMERIKSAAN FISIK

1. TTV : TD : 120/60 mmHg N : 80 X/mnt S : 36,8°C
2. P: 20X/mnt Ukur : BB : 61 kg TB : 167 cm
1. Keluhan fisik : pasien mengatakan tidak ada keluhan

II. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :



KET:  : laki-laki

 : Perempuan

 : pasien

Jelaskan : Pasien anak ke-2 dari 8 bersaudara dan pasien tinggal bersama kedua orang tua dan adik perempuannya.

Konsep diri

- Citra tubuh : pasien mengatakan bagian tubuh yang disukai adalah hidung. Karena hidungnya bagus dan mancung serta dapat bernafas dengan hidungnya. Pasien merasa minder karena

memiliki bekas luka di bagian kiri pipinya sehingga pasien mempunyai kebiasaan menutup wajahnya disaat bertemu orang.

b. Identitas :

Pasien mengatakan setelah keluar dari Rumah Sakit pasien tidak ingin menikah dan tidak menyukai ibunya

c. Peran : pasien mengatakan berstatus sebagai anak dalam keluarga dan tidak mempunyai pekerjaan pokok.

d. Ideal diri : pasien mengatakan tidak sakit tetapi orang tua membawanya ke rumah sakit. Pasien tidak menerima keadaannya sekarang karena belum menikah dan pasien tidak pernah mengikuti kegiatan dalam masyarakat.

e. Harga diri : pasien mengatakan tidak suka bergaul atau bersosialisasi dengan masyarakat setempat

3. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti : Adik Perempuan, karena adiknya suka mendengar curhatannya dan membelikannya rokok

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan dalam kelompok/masyarakat

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Pasien mengatakan tidak ada hambatan dengan orang lain

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : Katolik

b. Kegiatan ibadah : Tidak pernah ke gereja / tidak ikut ibadah

III. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- Tidak rapi
- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Pasien tampak rapi, hanya celana tidak pernah diganti.

2. Pembicaraan

- Cepat

- Keras
- Gagap
- Inkoherensi
- Lambat
- Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan**

Jelaskan : Pasien tidak kooperatif (suara kecil) dalam berbicara

3. Aktivitas Motorik

- Lesu
- Tegang**
- Gelisah**
- Agitasi
- Tik
- Grimasem
- Tremor
- Kompulsif

Jelaskan : terlihat tegang, tampak jari-jari tangan diremas

4. Alam perasaan

- Sedih
- Ketakutan
- Putus asa
- Kuatir**
- Gembira berlebihan

Jelaskan : Pasien mengatakan tidak nyaman karena dikurung dan tidak keluar dari ruangan

5. Afek

- Datar
- Tumpul
- Labil**
- Tidak sesuai

Jelaskan : Emosi yang cepat berubah

6. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan
- Tidak kooperatif**
- Mudah tersinggung
- Kontak mata kurang**
- Defensive
- Curiga

Jelaskan : pasien tidak mampu memulai pembicaraan, selalu menunduk pada saat sedang bertatapapan dengan perawat.

Halusinasi : tidak ada

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan : Tidak ada

7. Isi pikir

- Obsesi
- Phobia
- Hipokondria
- Depersonalisasi
- Ide yang terkait
- Pikiran magis

8. Arus pikir

- Sirkumstansial
- Tangensial
- Kehilangan asosiasi
- Flight of idea
- Blocking
- Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan : Tn. M. B berbicara hanya dengan perawat, tiba-tiba terdiam dan menunduk

9. Tingkat Kesadaran

- Bingung
- Sedasi
- Stupor
- Disorientasi waktu
- Disorientasi orang
- Disorientasi tempat

Jelaskan : compos mentis

Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang
- Gangguan daya ingat jangka pendek
- Gangguan daya ingat saat ini
- Konfabulasi

Jelaskan : pasien tidak mengalami gangguan memori karena, masih mengingat kejadian satu bulan sebelum masuk ke rumah sakit.

- Mudah beralih
- Tidak mampu berkonsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Pasien mudah beralih dari satu topik, ketopik yang lain

10. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan : Tn. M. B mengatakan kalau setelah mandi baru makan

11. Daya tilik diri

- Mengingkari penyakit yang diderita
- Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : pasien mengatakan tidak sakit.

IV. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- Makanan : ya
- Keamanan : ya
- Perawatan kesehatan ya
- Pakaian ya
- Transportasi : ya
- Tempat tinggal : ya
- Uang : ya
- Jelaskan : keluarga mengatakan setelah kembali ke rumah pasien akan diperhatikan kebutuhannya

2. kegiatan hidup sehari-hari

- Perawatan diri
- Mandi : mandiri
- Kebersihan : mandiri
- Makan : mandiri
- BAB / BAK : mandiri
- Ganti pakaian : mandiri.

a. Nutrisi

Apakah anda puas dengan pola makan anda ?

- Ya
Apakah anda memisahkan diri ?
- Ya
- Pasien mengatakan tidak ingin berkumpul dengan pasien yang lain
- Tidak

Frekuensi makan sehari: 3 X sehari

Frekuensi kudapan sehari : 3 X sehari

Nafsu makan :

- Meningkatkan
- Menurun
- Berlebihan
- Sedikit – sedikit

Berat Badan :

- Meningkatkan
- Menurun

BB terendah : kg, BB tertinggi : 61 kg

b. Tidur

Apakah ada masalah tidur ? Tidak

Apakah merasa segar setelah bangun tidur ? Ya

Apakah ada kebiasaan tidur siang ? Ya

Lama tidur siang : 3 jam

Apa yang menolong tidur ?

Tidur malam jam : 20:00, bangun jam 05:00

Apakah ada gangguan tidur ?

- Sulit untuk tidur
- Bangun terlalu pagi
- somnambulisme
- terbangun saat tidur
- gelisah saat tidur
- Berbicara saat tidur

3. Kemampuan klien dalam mengantisipasi kebutuhan sendiri

- Ya
- Tidak

Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri

- Ya

- Tidak

Mengatur penggunaan obat

- Ya
- Tidak

Melakukan pemeriksaan kesehatan

- Ya
- Tidak

Jelaskan : Tidak

4. Klien memiliki sistem pendukung

Keluarga : Ya

Terapis : Tidak

Teman sejawat : Tidak

Kelompok sosial : Tidak

Jelaskan :

5. Apakah klien menikmati saat bekerja, kegiatan produktif atau hobi ?

- Ya
- Tidak

V. ASPEK MEDIS

Diagnosa Medis : Intosikasi Alkohol + Skisofrenia paranoid

Terapi : Haloperidol 2 x 1 mg

: Trihexyphenidil 2 x 2 mg

Kontra indikasi : Haloperidol 2 x 1 mg

- Memiliki hipersensitif atau alergi terhadap kandungan obat ini
- Penderita penyakit parkinson

- Pasien depresi berat SSP
- Penderita supresi sumsum tulang
- Memiliki penyakit jantung
- Penderita gangguan fungsi hati kronis
- Pasien koma
- Pasien lamsia yang memiliki penyakit demensia

Indikasi :

- Meredakan gejala skizofrenia
- Mengobati skizofrenia
- Mengobati gerakan dan ucapan spontan yang tidak terkontrol pada penderita penderita sindrom tourette
- Mengatasi perilaku kekerasan tidak terkontrol pada anak-anak hiperaktif
- Mengatasi tindakan agitasi

Indikasi Trihexyphenidil 2 x 2 mg

- Mengobati parkinson
- Pasca ensefalitis
- Idiopatik
- Sindrom parkinson

Kupang, 25 Mei 2019

Mahasiswa,

Verdiana Febroyet Nadek
NIM:PO.530320116278






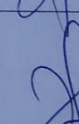
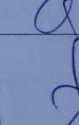
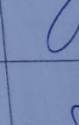
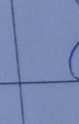
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Verdiana F. Nadek
Nim : PO530320116278
Nama Pembimbing : Trifonia Sri Nurwela, S.Kep,Ns., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 27 Mei 2019	Konsultasi Judul Karya Tulis Ilmiah Konsultasi BAB I 1. Revisi Latar belakang tambahkan UU No. 18 Tahun 2014 tentang Keperawatan Jiwa 2. Perbaiki tujuan penulisan dan manfaat studi kasus Konsultasi BAB II	
2.	Rabu, 29 Mei 2019	Konsultasi revisi BAB I : latar belakang dan BAB II konsultasi pengkajian pada kasus	
3.	Jumat, 31 Mei 2019	Konsultasi revisi pengkajian pada kasus nyata Konsultasi BAB III 1. Perbaiki pengkajian keperawatan keluhan utama pada kasus nyata 2. Perbaiki pembahasan secara keseluruhan	

4.	Minggu, 2 juni 2019	Konsultasi BAB III dan format pengkajian pada kasus nyata	
5.	Selasa, 04 Juni 2019	Konsul Perbaikan BAB I, II, III dan IV Perbaiki pembahasan	
6.	Rabu, 05 Juni 2019	Konsultasi perbaiki Cover, BAB I, II, III dan IV Perbaiki pembahasan	
7.	Selasa, 11 Juni 2019	Ujian sidang Revisi BAB I,II,III,IV	
8.	Jumat, 14 Juni 2019	konsultasi revisi BAB I,II,III,IV perbaiki pembahasan	
9.	Selasa, 18 Juni 2019	konsultasi perbaikan BAB II (konsep pengkajian keperawatan), dan BAB III (evaluasi keperawatan)	
10.	Juamt, 21 juni Juni 2019	ACC	

**RENCANA WAKTU UJIAN AKHIR PROGRAM
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG**

BULAN	MEI											JUNI				
Tanggal	24	27	28	29	30	26	27	28	29	30	31	1-9	10	11	12-13	14
Pembekalan	√															
Lapor diri di rumah sakit	√	√														
Konsul judul kasus	√	√														
Perawatan kasus dan susun proposal		√	√	√	√											
Penyusunan laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√				
Ujian Sidang													√	√		
Revisi															√	
Kumpul laporan																√