

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN NY H.G DENGAN PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG ISOLASI
RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG”**



**NASYAHDA AKHARINTO FATU LOASANA
NIM: PO.530320116320**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH**“ASUHAN KEPERAWATAN NY H.G DENGAN PERILAKU
KEKERASAN DI RUANG ISOLASI
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



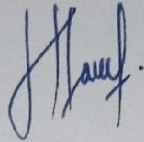
**NASYAHDA AKHARINTO FATU LOASANA
NIM: PO.530320116320**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Nasyahda Akharinto Fatu Loasana, NIM : PO.530320116320 dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN NY H.G DENGAN PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT Jiwa NAIMATA KUPANG" telah di periksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :

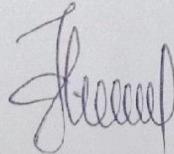


Nasyahda Akharinto Fatu Loasana
NIM. PO. 530320116320

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

Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Pembimbing

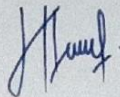


Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 197710192001122001

LEMBAR PENGESAHAN**KARYA TULIS ILMIAH**

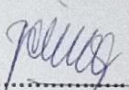
“ASUHAN KEPERAWATAN NY H.G DENGAN PERILAKU KEKERASAN
DI RUMAH SAKIT JIWA NAIMATA KUPANG”

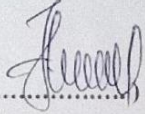
Disusun Oleh :



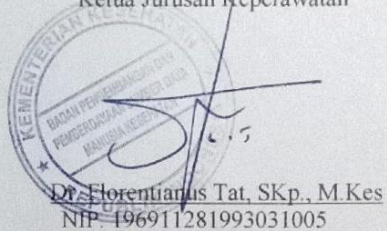
Nasvahda Akharinto Fatu Loasana
NIM. PO. 530320116320

Telah Diuji Pada Tanggal, 11 Juni 2019
Dewan Penguji

Penguji 1 Dr. Sabina Gero,SKp.,MSc : ()
NIP: 195608291985022001

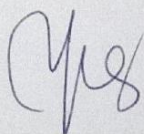
Penguji 2 Trifonia Sri Nurwela,S.Kep.,Ns.,M.Kes : ()
NIP: 197710192001122001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 496911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nasyahda Akharinto Fatu Loasana

NIM : PO. 530320116320

Program Studi : Diploma III Keperawatan

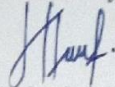
Institusi : Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

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

Kupang, 11 Juni 2019

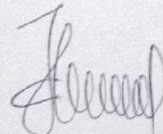
Pembuat Pernyataan



Nasyahda Akharinto Fatu Loasana

NIM : PO 530320116320

Mengetahui
Pembimbing



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

NIP. 197710192001122001

BIODATA PENULIS

- Nama Lengkap : Nasyahda Akharinto Fatu Loasana
- Tempat tanggal lahir : Hueteta, 30 Agustus 1998
- Jenis kelamin : Laki-laki
- Alamat : Noelbaki
- Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SD GMIT Tobu Tahun 2010
 2. Tamat SMP Negeri Tobu Tahun 2013
 3. Tamat SMA Negeri 1 Kupang Tengah Tahun 2016
 4. Sejak tahun 2016 kuliah di Jurusan Keperawatan Program Studi DIII Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

MOTTO

“Jangan sesali masa lalu, jangan khawatirkan masa depan, hidup dan nikmatilah saat sekarang. Karena hidup adalah proses.”

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Kuasa, karena kasih dan penyertaan-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Studi Kasus ini tepat pada waktu-Nya. Laporan Studi Kasus dengan judul **“Studi Kasus Asuhan Keperawatan perilaku kresan pada pasien Ny. H.G di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang”** di susun untuk memenuhi syarat akademik dalam rangka menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan.

Sangat disadari bahwa dalam penulisan laporan studi kasus ini dapat begitu banyak tangan yang membantu untuk mengoreksi, memberikan bahan dalam informasi yang dibutuhkan serta banyak pikiran yang disumbang. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada : Ibu Trivonia Sri Nurwela, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing yang dengan sabar dan bijaksana membantu dan menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam penyusunan studi kasus ini, Ibu Dr. Sabina Gero, SKp.,MSc selaku penguji I, Bapak Thomas Laga Boro, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji klinik.

Melalui kesempatan ini juga peneliti tidak lupa untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. Ibu R.H. Kristin, SKM.,M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp.,M.Kes dan staf kepegawaian yang telah memberikan saya kesempatan untuk menimba ilmu di kampus Poltekkes Kemenkes Kupang
3. Ibu Margaretha Teli,S.Kep.,Ns.,MSc-PH selaku ketua Program Studi D-III keperawatan
4. Bapak Blasius Gadur, S.Kep.,Ns.,MSi selaku pembimbing akademik saya yang selama tiga tahun terus memotivasi dan memberikan bimbingan kepada saya.

5. Kedua orang tua penulis bapak Azrial Fatu Loasana dan mama Kasperina Nomeni dan kedua adik kandung saya yang sangat sayangi yang telah melahirkan, membesarkan, mendoakan, memotivasi, memperjuangkan cita-cita dan masa depan penulis dan yang selalu sabar menanti akan keberhasilan penulis dan selalu mendukung penulis dalam kuliah dan menyelesaikan studi kasus ini.
6. Bapak Yunus Tipnoni (Alm), Ibu Fransiska Nomeni, kaka Linto kaka Nevi, kaka Sepri, adik Uto, dan seluruh anggota keluarga yang selalu mendukung, memberikan doa dan motivasi untuk menyelesaikan kuliah dan studi kasus ini
7. Sahabat-sahabat terdekat khususnya Maria F. A. Dos Santos, Yheni Wadu Ere, Anita Tiauw, Fransiska Ati, Elisabet W.F Lamury, Vhendi L. Siki, Musa A. Mangngi Wedjo, Ramon A. Tobe, Leo A. D. S. M. Crismonio, Arnoldus N. Tiko, Rivaldi Matasina, Yohanes L. Funan, Joao Doke, Jhun Obes, Yunda R. Tamelab, dan kerabat yang telah mendukung saya dalam yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan studi kasus ini.
8. Teman-teman angkatan 25 tingkat III regular A dan B yang selalu memberikan saran, dukungan, semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Kupang, 11 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan NY H.G Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Isolasi Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang. Oleh Nasyahda A. Fatu Loasana. PO.530320116320. Pembimbing Trivonia Sri Nurwela, S.Kep.,Ns.,M.Kes. Penguji Ibu Dr. Sabina Gero, skp.,msc.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan defenisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Tujuan dari pembuatan Asuhan Keperawatan ini yaitu Peserta Ujian Akhir Program mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan Ny. H.G dengan gangguan perilaku kekerasan melalui pendekatan proses keperawatan.

Terdapat 3 masalah pada kasus tersebut diantaranya sebagai berikut : Perilaku kekerasan, Gangguan persepsi sensori : halusinasi, Resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, lingkungan).

Kata Kunci : PERILAKU KEKERASAN. ASUHAN KEPERAWATAN

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan.....	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian	iii
Biodata Penulis.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar.....	viii
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Lampiran.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus	4
1.4 Manfaat Studi Kasus	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori.....	6
2.2 Konsep Asuhan keperawatan	15
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus	31
3.2 Pembahasan.....	37
3.3 Keterbatasan Penulis	41
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	42
4.2 Saran	42
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Hal
Gambar 2.1	Rentang respon perilaku kekerasan	12
Gambar 2.2	Pohon masalah perilaku kekerasan	18
Gambar 3.1	Pohon masalah asuhan keperawatan pada kasus nyata	34

DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal
Table 2.1	Perilaku Aserif, Pasif dan Asertif perilaku kekerasan.....	14
Tabel2.2	Intervensi perilaku kekerasan.....	19

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan Kasus
- Lampiran 2. Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan defenisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan). Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95)

Menurut *World Health Organization (WHO) Global Campaign for Violence Prevention* tahun 2003, menginformasikan bahwa 1,6 juta penduduk dunia kehilangan hidupnya karena tindak kekerasan dan penyebab utama kematian pada mereka yang berusia antara 15 hingga 44 tahun. Sementara itu, jutaan anak-anak di dunia dianiaya dan ditelantarkan oleh orangtua mereka atau yang seharusnya mengasuh mereka. Terjadi 57.000 kematian karena tindak kekerasan terhadap anak di bawah usia 15 tahun pada tahun 2000, dan anak berusia 0-4 tahun lebih dari dua kali lebih banyak dari anak berusia 5-14 tahun yang mengalami kematian. Terdapat 4-6% lansia mengalami penganiayaan di rumah. Defisit kapasitas mental tau retardasi mental 34%, disfungsi mental misalnya kecemasan, depresi, dan sebagainya 16,2%, sedang disintegrasi mental atau psikosis 5,8%. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013) prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil, dan gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6 persen.

Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Yogyakarta, dan Nusa Tenggara Timur. Berdasarkan Undang Undang No 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa adalah suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan social sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi

tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya.

Studi Pendahuluan tanggal 25 Mei 2019 Berdasarkan hasil pencatatan Rekam Medik (RM) Rumah Sakit Jiwa Kota Kupang di Naimata pada bulan November 2018 sampai April 2019, ditemukan masalah keperawatan pada klien rawat inap: 158, rawat jalan: 185 dan ruang intensif: 97 secara umum. Hasil dari Riset.

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 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 membuat klien merasa tidak berharga dan tidak diperlukan secara manusiawi. Model selanjutnya yaitu model interaksi, model ini menguraikan bagaimana proses interaksi yang terjadi antara klien dan perawat dapat memicu 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 eksternal dapat berupa perilaku destruktif. Salah satu strategi yang 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 terjadi ketika perawat 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, 2008).

Perawat berperan dalam memberikan asuhan keperawatan yang diberikan meliputi pelayanan kesehatan secara holistic dan komunikasi terapeutik yang bertujuan untuk mencegah resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar dan munculnya gangguan jiwa yang lainnya serta meningkatkan kesejahteraan untuk mencapai tujuan yang diharapkan.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. H.G Gangguan Perilaku Kekerasan di ruang Isolasi Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang.?

1.3. Tujuan Penulisan

1.3.1. Tujuan umum

Peserta Ujian Akhir Program mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan Ny. H.G dengan gangguan perilaku kekerasan melalui pendekatan proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan khusus, Peserta Ujian Akhir Program mampu

- 1) Melakukan pengkajian pada pasien Ny. H.G dengan gangguan perilaku kekerasan di Ruang Isolasi RSJ Naimata
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. H.G dengan gangguan perilaku kekerasan di Ruang Isolasi RSJ Naimata
- 3) Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Ny. H.G dengan gangguan perilaku kekerasan di Ruang Isolasi RSJ Naimata
- 4) Melakukan tindakan keperawatan pada pasien Ny. H.G dengan gangguan perilaku kekerasan di Ruang Isolasi RSJ Naimata
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. H.G dengan gangguan perilaku kekerasan di Ruang Isolasi RSJ Naimata

- 6) Menganalisa asuhan keperawatan pada pasien Ny. .G dengan gangguan perilaku kekerasan di Ruang Isolasi RSJ Naimata

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat teoritis

Meningkatkan ilmu pengetahuan dalam menyelesaikan masalah pada Pasien dengan gangguan perilaku kekerasan

1.4.2. Manfaat praktisi

1. Bagi Klien keluarga

Mendapat pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus jiwa yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan. seperti cara untuk mengatasi perilaku kekerasan

2. Bagi Institusi pendidikan

Hasil dari studi kasus ini dapat di gunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan politeknik kemenkes kupang dalam bidang keperawatan jiwa.

3. Bagi perawat

Hasil studi kasus ini dapat di jadikan dasar informasi dan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien gangguan perilaku kekerasan.

4. Bagi institut Rumah Sakit Jiwa Naimata

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk meningkatkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan dan sebagai bahan masukan dan evaluasi diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya untuk mengatasi pasien dengan perilaku kekerasan.

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Perilaku Kekerasan

2.1.1 Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan defensi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan). Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95)

2.1.2 Penyebab (Etiologi)

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.99)

A. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi klien dengan perilaku kekerasan adalah:

1) Teori biologis

a) *Neurologicfactor*

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti inap, *neurotransmitter*, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.

b) *Genetis factor*

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. dalam gen manusia terdapat *dormant* (potensi) agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik *tipekaryotypexxy*, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku

tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

c) *CycardianRhytm*

(Irama sirkardian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.

d) *Biochemistryfactor*

(Faktor biokimia tubuh) seperti *neurotransmitter* di otak (epineprin, norepineprin, dopamin, asetilkolin dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan akan dihantar melalui impuls *neurotransmitter* ke otak dan meresponnya melalui serabut *efferent*. Peningkatan hormon androgen dan neuropineprin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan *serebrospinal vertebra* dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

e) *Bram area disorder*

Gangguan pada sistem limbik dan globus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2) Teori psikologis

1. Teori psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dioengaruhi oleh riwayat tubuh kembang seseorang (*Life spanhistory*). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara 0-2 tahun di mana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya

ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah, perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

2. Imitation, modeling, And informationprocessingtheory

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolelir kekerasan. Adanya contohnya, model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut. Dalam suatu penelitian beberapa anak dikumpulkan untuk menonton tayangan pemukulan pada boneka dengan *reward* positif pula (makin keras pukulannya akan diberi coklat), anak lain menonton tayangan cara mengasihi dan mencium boneka tersebut dengan reward positif pula (makin baik belaiannya mendapat hadiah coklat). Setelah anak-anak keluar dan diberi Boneka ternyata masing-masing anak berperilaku sesuai dengan tontonan yang pernah dialaminya.

3. Learningtheory

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

a. Faktor presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan:

1. Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkuliaan massal dan sebagainya.

2. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi
3. Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
4. Adanya riwayat perilaku anti Social meliputi penyalagunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi
5. Kematian anggota keluarga yang terpenting kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

b. Penilaian terhadap stressor

Penilaian stresor melibatkan makna dan pemahaman dampak dari situasi Stress bagi individu. Itu mencakup kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons sosial. Penilaian adalah evaluasi tentang pentingnya sebuah peristiwa dalam kaitannya dengan kesejahteraan seseorang. Stressor mengansumsikan makna, intensitas, dan pentingnya sebagai konsekuensi dari interpretasi yang unik dan makna yang diberikan kepada orang yang berisiko.

Respons perilaku adalah hasil dari respons emosional dan fisiologis, serta analisis kognitif seseorang tentang situasi stress. menggambarkan empat fase dari respons perilaku individu untuk menghadapi stress, yaitu :

1. Perilaku yang mengubah lingkungan stress atau memungkinkan individu untuk melarikan diri dari itu
2. Perilaku memungkinkan individu untuk mengubah keadaan eksternal dan setelah mereka
3. Perilaku intrapsikis yang berfungsi untuk mempertahankan rangsangan emosional yang tidak menyenangkan

4. Perilaku intrapersonal yang membantu untuk bersama dengan masalah dan gejala Sisa dengan penyesuaian internal.

c. Sumber koping

Menurut Stuart dan Laraia(2001) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.102) Sumber koping dapat berupa aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik defensif, dukungan sosial, dan motivasi. Hubungan antara individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sangat berperan penting pada saat ini. Sumber kopinglainya termasuk kesehatan dan energi, dan dukungan spiritual, keyakinan positif, keterampilan menyelesaikan masalah dan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik.

Keyakinan spiritual dan melihat diri positif dapat berfungsi sebagai dasar harapan dan dapat mempertahankan usaha seseorang mengatasi hal yang paling buruk. Keterampilan pemecahan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, mengidentifikasi masalah, menimbang alternatif, dan melaksanakan rencana tindakan. Keterampilan sosial memfasilitasi penyelesaian masalah yang melibatkan orang lain, meningkatkan kemungkinan untuk mendapatkan kerja sama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan kontrol sosial individu yang lebih besar. Akhirnya, aset materi berupa barang dan jasa yang bisa dibeli dengan uang. Sumber koping sangat meningkatkan pilihan seseorang mengatasi di hampir semua situasi stres. Pengetahuan dan kecerdasan yang lain dalam menghadapi sumber daya yang memungkinkan orang untuk melihat cara yang berbeda dalam menghadapi stres. Akhirnya, sumber koping juga termasuk kekuatan ego untuk mengidentifikasi jaringan sosial, stabilitas budaya, orientasi pencegahan kesehatan dan konstitusional.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.97) perawat dapat mengidentifikasi dan menobserfasi 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
 - j. Jalan mondar-mandir-mandir
2. Verbal :
 - a. bicara kasar
 - b. suara tinggi, membentak atau berteriak
 - c. mengancam secara verbal atau fisik
 - d. mengumpat dengan kata-kata kotor
 - e. suara keras
 - f. ketus
3. Perilaku
 - a. melempar atau memukul benda/orang lain
 - b. menyerang orang lain
 - c. melukai diri sendiri/orang lain
 - d. merusak lingkungan
 - e. amuk/agresif
4. Emosi

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

1. Rentang respons marah

Perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respons kemarahan individu dimulai dari respons normal (arsetif) sampai pada sangat tidak normal (maladaptif).

a. Respons adaptif

Respons adaptif adalah respons yang dapat diterima norma-norma sosial budaya yang berlaku. Dengan kata lain, individu tersebut dalam batas normal jika menghadapi suatu masalah akan dapat memecahkan masalah tersebut, respons adaptif:

- Pikiran logis adalah pandangan yang mengarah pada kenyataan
- Persepsi akurat adalah pandangan yang tepat pada kenyataan
- Emosi konsisten dengan pengalaman yaitu perasaan yang timbul dari pengalaman ahli
- Perilaku sosial adalah sikap dan tingkah laku yang masih dalam batas kewajaran
- Hubungan sosial adalah proses suatu interaksi dengan orang lain dan lingkungan.

b. Respons maladaptif

Respons maladaptif adalah respons individu dalam menyelesaikan masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial budaya dan lingkungan, adapun respons tidak normal (maladaptif) meliputi :

- a. Kelainan pikiran adalah keyakinan yang secara kokoh dipertahankan walaupun tidak diyakini oleh orang lain yang bertentangan dengan kenyataan sosial.

- b. Perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemerahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik.
- c. Kerusakan proses emosi adalah perubahan sesuatu yang timbul dari hati
- d. Perilaku tidak terorganisir merupakan suatu yang tidak teratur.

2.1.5 Perilaku Asertif, Pasif dan Agresif

Table 2.1, Perilaku Asertif, Pasif, dan Agresif

Aspek	Pasif	Asertif	Agresif
Isi pembicaraan	Negatif, merendahkan diri, misalnya;”bisakah saya melakukan hal itu? Bisakah anda melakukannya?”	Positif, menawarkan diri, misalnya: “saya mampu, saya bisa, anda boleh, anda dapat”	Menyombongkan diri, merendahkan orang lain, misalnya: “kamu pasti tidak bisa, kamu selalu melanggar, kamu tidak pernah menurut, kamu tidak akan bisa”
Tekanan suara	Lambat, mengeluh	Sedang	Keras ngotot
Posisi badan	Menunduhkan kepala	Tegap dan santai	Kaku, condong ke depan
Jarak	Menjaga jarak dengan sikap mengabaikan	Mempertahankan jarak yang nyaman	Siap dengan jarak akan menyerang orang lain
Penampilan	Loyo, tidak dapat tenang	Sikap tenang	Mengancam, posisi menyerang
Kontak mata	Sedikit/sama sekali tidak	Mempertahankan kontak mata sesuai dengan hubungan	Mata melotot dan dipertahankan

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.249)

2.1.6 Mekanisme Koping Klien

Menurut Stuart dan Laraia (2001) dalam Damaiyanti & Iskandar (2012.103) Mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain :

1. Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan

penyaluarnya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

2. Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbaikmenunduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu mencubunnya.
3. Represi, yaitu mencegah pikiran anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimahnya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
4. Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misialnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut demam kasar.
5. Displacement, yaitu melepaskan perasan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya anak berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan

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.

a. 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. 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 :

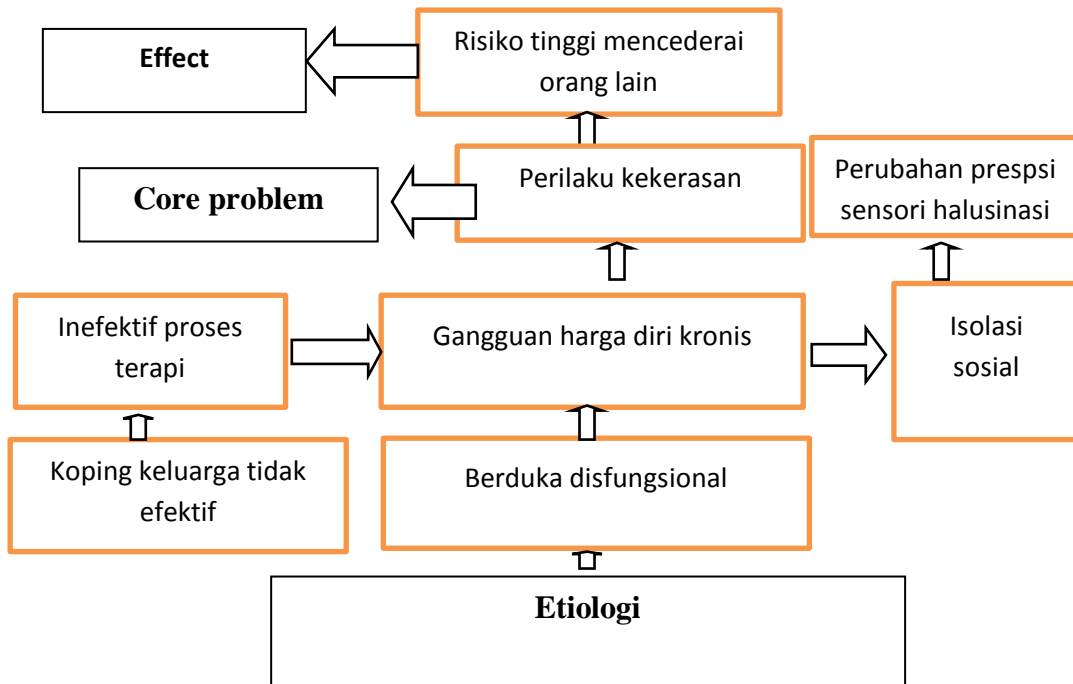
- a. Data objektif ialah data yang ditemukan secara nyata. Data ini di dapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat
- b. Data subjektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang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

2.1.2 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 tidak efektif

Pohon Masalah

Stuart dan Sundeen(1997) dalam Yosep (2010.250)



Gambar 2.2. Pohon Masalah Perilaku Kekerasan

2.2.4 Perencanaan Keperawatan

Table 2.2, Intervensi keperawatan pada perilaku kekerasan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
	Perilaku kekerasan	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien mau menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum 5. Klien mau kontak mata 6. Klien	1. Beri salam/panggil nama klien 2. Sebut nama perawat sambil jabat tangan 3. Jelaskan maksud hubungan interaksi 4. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat 5. Beri rasa aman dan sikap 6. Lakukan kontrak singkat tapi sering	Hubungan saling percaya merupakan landasan utama dalam rencana intervensi keperawatan selanjutnya.

			mengetahui nama perawat 7. Menyediakan waktu untuk kontak		
		2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.	1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, dari lingkungan/orang lain).	1. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya 2. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel/kesal 3. Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau member penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien.	◆ Menentukan mekanisme koping yang dimiliki oleh klien dalam menghadapi masalah selain itu sebagai landasan awal dalam menyusun intervensi berikutnya.
		3. Klien dapat mengidentifikasi atau	1. Anjurkan klien	1. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang	◆ Untuk mengetahui hal yang dialami

		mengungkapkan perasaan saat mara/jengkel tanda perilaku kekerasan dan menyimpulkannya.	mengungkapkan apa yang dialami saat marah/jengkel. 2. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien 3. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien.	Dialami saat marah/jengkel 2. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien 3. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien	dan dirasa saat jengkel ◆ Untuk mengetahui tanda-tanda klien jengkel/kesal ◆ Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan klien dan lingkungan sekitar ◆ Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengetahui secara garis besar tanda-tanda marah/kesal
		4. Klien dapat mengidentifikasi	1. Klien dapat	1. Anjurkan klien untuk mengungkapkan	◆ Mengeksplorasi perasaan klien terhadap

		<p>perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.</p>	<p>mengungkapkan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p> <p>2. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan</p> <p>3. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah atau tidak.</p>	<p>perilaku kekerasan yang pernah dilakukan klien</p> <p>2. Ajak klien untuk menceritakan perasaan setelah tindakan kekerasan terjadi</p> <p>3. Bicarakan dengan klien apakah cara yang klien lakukan masalahnya selesai</p>	<p>perilaku kekerasan yang biasa dilakukan</p> <p>◆ Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif</p> <p>◆ Dapat membantu klien dapat menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah.</p>
		<p>5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p>	<p>1. Klien dapat menjelaskan akibat dari cara kekerasan yang</p>	<p>1. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien terhadap diri sendiri orang lain dan</p>	<p>◆ Membantu klien untuk menilai perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> <p>◆ Dengan</p>

			digunakannya baik diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar.	lingkungan sekitar. 2. Bersama klien menyimpulkan akibat yang digunakan oleh klien	mengetahui akibat perilaku kekerasan diharapkan klien dapat merubah perilaku destruktif yang dilakukannya menjadi perilaku yang konduktif.
		6. Klien dapat mengidentifikasi cara respon konstrukif dalam kemarahan	1. Klien dapat menjelaskancara-cara sehat dalam mengungkapkan marahnya.	1. Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat 2. Jelaskan cara-cara sehat mengungkapkan kemarahannya. 3. Berikan pujian jika klien mengetahui cara lain yang sehat a. Secara fisik : tarik nafas dalam jika sedang kesal/ memukul bantal/ kasur atau olahraga atau pekerjaan yang	◆ Agar klien dapat memepelajari cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahannya ◆ Dengan mengidentifi- kasi cara yang konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan dapat membantu klien menemukan cara yang baik untuk

				<p>memerlukan tenaga</p> <p>b. Secara verbal : katakan bahwa anda sedang kesal/tersing-gung/ jengkel (saya kesal anda berkata seperti itu; saya marah karena mama tidak memenuhi keinginan saya).</p> <p>c. Secara social : lakukan dalam kelompok cara-cara marah yang sehat; latihan asertif latihan manajemen perilaku kekerasan.</p> <p>d. Secara spiri- tual; anjurkan klien sembayang berdoa ibadat lain; meminta pada tuhan untuk diberi kesabaran, mengadu pada tuhan kekerasan/ kejengkelan.</p>	<p>mengurangi kejengkelannya yang berpotensi menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.</p> <p>◆ Retoforcement positif dapat memotivasi klien dan meningkatkan harga dirinya</p> <p>◆ Berdiskusi dengan klien untuk memilih cara yang lain sesuai dengan kemampuan klien</p>
--	--	--	--	---	---

		7. Klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan	<p>1. Klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan.</p> <p>- fisik : tarik napas dalam, olahraga</p> <p>- verbal : secara langsung dengan tidak menyakiti</p> <p>- spiritual : sembayang atau berdoa serta kegiatan ibadah lain.</p>	<p>1. Bantu klien memilih cara yang paling tepat</p> <p>2. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara dipilih</p> <p>3. Bantu keluarga klien untuk menstimulasi cara tersebut roleplay</p> <p>4. Bantu reinforcement positif atau keberhasilan klien menstimulasi cara tersebut</p> <p>5. Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah Dipelajari saat Jengkel/marah</p>	<p>◆ Membantu klien dalam membuat keputusan terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya</p> <p>◆ Agar klien mengetahui cara marah yang konstruktif</p> <p>◆ Pujian dapat meningkatkan motivasi dan harga diri klien</p> <p>◆ Agar klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih nya jika ia sedang kesal</p>
		8. Klien mendapat dukungan dari keluarga.	1. Keluarga mampu mengerti dan ikut	1. Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap	◆ Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi akan

		<p>Dapat : keluarga dalam menyebutkan mengontrol cara perilaku kekerasan .</p>	<p>berpartisipasi dalam perawatan pasien.</p>	<p>apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini. 2. Jelaskan peran serta keluarga merawat klien 3. Jelaskan cara merawat klien: terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif, sikap tenang bicara tenang dan pelan, membantu klien mengenal penyebab masalah 4. Bantu kelu- argamendemos- trasikan cara merawat klien 5. Bantu kelurgamengu- ngkapkan pera- saannya setelah melakukan demonstrasi</p>	<p>memungkinkan keluarga untuk melakukan penilaian terha- dap perilaku kekerasan ◆ Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien sehingga keluarga terlibat dalam pera- watan klien ◆ Agar keluar- ga dapat merawat klien dengan perilaku kekerasan ◆ Agar keluarga mengetahui cara merawat klien</p>
--	--	--	---	--	--

					<p>melalui demonstrasi yang dilihat keluarga secara langsung</p> <p>◆ Mengeksplorasi perasaan keluarga setelah melakukan demonstrasi</p>
		<p>9. Klien dapat menggunakan/menyebut obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu, dan dosis). Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan.</p>	<p>1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu dan efek sampingnya.</p> <p>2. Klien mempragakan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan.</p>	<p>1. Jelaskan jenis obat yang diminum klien pada keluarga</p> <p>2. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugianberhenti minum obat tanpa seizin dokter</p> <p>3. Jelaskan prinsip benar minum obat baca nama yang tertera pada botol</p>	<p>◆ Klien dan keluarga dapat mengetahui nama-nama obat yang diminum oleh klien</p> <p>◆ Klien dan keluarga dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien</p> <p>◆ Klien dan keluarga mengetahui prinsip benar</p>

			<p>3. mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi meminum obat.</p>	<p>obat,dosis obat,waktu dan cara minum</p> <p>4. Apakah klien minta obat dan minum tepat waktu</p> <p>5. Anjurkan klien melaporkan pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan</p> <p>6. Beri pujian,jika klien minum obat dengan benar.</p>	<p>agar tidak terjadi kesalahan dalam mengomsumsi obat</p> <p>◆ Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya minum obat dan dengan kesadaran sendiri</p> <p>◆ Mengetahui efek samping sendiri mungkin sehingga tindakan dapat dilakukan segera mungkin untuk menghindari komplikasi</p> <p>◆ Beweinfoecement positif dapat memotivasi keluarga dan klien.</p>
--	--	--	---	---	--

2.2.5 Implementasai keperawatan

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95) implementasi merupakan tahap perawat memulai kegiatan dan melakukan tindakan-tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah pada pasien berdasarkan intervensi yang ada pada kasus teori dengan menyelesaikan strategi pelaksanaan, strategi pelaksanaan yang telah dibuat yaitu sebagai berikut, (SP 1: Bina hubungan saling percaya, SP 2 : Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, SP 3 : Pasien dapat mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel tanda perilaku kekerasan, SP 4 : Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, SP 5 : Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, SP 6 : Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengkapkan kemarahan, SP 7 : Pasien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan , SP 8: Keluarga Pasien dapat menyebutkan cara mengontrol dan cara merawat perilaku kekerasan, SP 9 : Pasien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu dan efek, dosis) Dan dapat minum obat sesuai program pengobatan.)

2.2.6 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 yaitu S (subjektif) : Data subjektif berisi data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari pasien. O (objektif) : Data objektif adalah data yang dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik. A (assessment) : Analisis dan interpretasi berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera. P (plan) : Perencanaan merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut. Dengan kriteria hasil sebagai berikut : Strategi Pelaksanaan 1 : Pasien mampu membina hubungan saling percaya

dengan kriteria hasil : Klien mau membalas salam, Klien mau menjabat tangan, Klien mau menyebutkan nama, Klien mau tersenyum, Klien mau kontak mata, Klien mengetahui nama perawat, Menyediakan waktu untuk kontak

Strategi Pelaksanaan 2 : Pasien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dengan kriteria hasil : Klien dapat mengungkapkan perasaannya, Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, dari lingkungan/orang lain).

Strategi Pelaksanaan 3 : Pasien mampu mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel tanda perilaku kekerasan dengan kriteria hasil : Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami saat marah/jengkel, Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien, Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien.

Strategi Pelaksanaan 4 : Pasien mampu mengidentifikasi kekerasan yang pernah dilakukan dengan kriteria hasil : Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan, Klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah atau tidak

Strategi Pelaksanaan 5 : Pasien mampu mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang pernah dilakukan dengan kriteria hasil : Klien dapat menjelaskan akibat dari cara kekerasan yang digunakannya baik diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar

Strategi Pelaksanaan 6 : Pasien mampu mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan dengan kriteria hasil : Klien dapat menjelaskancara-cara sehat dalam mengungkapkan marahnya.

Strategi Pelaksanaan 7 : Pasien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil : Klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik : tarik napas dalam, olahraga, verbal : secara langsung dengan tidak menyakiti, spiritual : sembayang atau berdoa serta kegiatan ibadah lain.

Strategi Pelaksanaan 8 : Keluarga mampu menyebutkan cara mengontrol dan cara merawat perilaku kekerasan dengan kriteria hasil : Keluarga mampu mengerti dan ikut berpartisipasi dalam perawatan pasien.

Strategi Pelaksanaan 9 : Pasien mampu menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu dan efek) dan mampu minum obat sesuai program pengobatan dengan kriteria hasil : Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu dan efek sampingnya, Klien memperagakan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang di tetapkan, mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi meminum obat.

BAB III

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil studi kasus

3.1.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus.

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 27 sampai 30 Mei 2019 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Naimata, yang beralamat di Kelurahan Iliba, Kecamatan Oebobo Kota Kupang. Rumah sakit ini dipimpin oleh dokter dan terdiri dari 5 dokter umum 1 jiwa, 32 tenaga perawat, 2 tenaga apoteker, 7 tenaga gizi, 8 tenaga TPP, 3 tenaga CS dan 2 tenaga laundry. Pada saat pengambilan data pasien perilaku kekerasan penulis melakukan di ruang perawatan (isolasi).

3.1.2 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019, berdasarkan pengkajian didapatkan data sebagai berikut : Pasien berinisial Ny. H.G berjenis kelamin perempuan berusia 55 tahun lahir pada tanggal 10 oktober 1963 menganut agama Kristen katolik, pasien bersatus sebagai seorang janda, pendidikan terakhir SMA, tinggal di Lasiana, dan pasien masuk rumah sakit jiwa naimata kupang pada tanggal 22 Mei 2019.

Keluhan utama saat masuk rumah sakit adalah keluarga mengatakan pasien dibawa karena mengamuk, marah-marah, mendengar suara bisikan ingin membunuhnya, bicara dan tertawa sendiri.

Keluhan utama saat pengkajian Pasien mengatakan merasa terancam, tidak berguna, jengkel, dendam pada seseorang, dan ingin membunuhnya.

Riwayat penyakit pasien pernah mengalami gangguan jiwa kurang lebih 10 tahun yang lalu, pasien sembuh namun kambuh lagi. Pasien hanya dirawat dirumah saja dengan obat-obatan medis dan tradisional selama satu bulan saja lalu pasien sembuh dan pada tanggal 22 Mei 2019 pasien masuk rumah jiwa naimata kupang, pengobatan yang di dapatkan sebelumnya

kurang berhasil karena pasien kambuh lagi. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan adalah keluarga mengatakan pasien stress karena ibunya meninggal pada bulan Maret 2019 setelah itu pasien mulai menyendiri, bicara dan tertawa sendiri serta marah-marah tidak jelas.

Genogram : pasien adalah anak pertama dari sepuluh bersaudara diantaranya laki-laki ada empat orang dan perempuan ada enam orang, pasien sudah menikah dan memiliki satu orang anak laki-laki namun suami pasien sudah meninggal, dan kedua orang tua pasien dan suami juga sudah meninggal. Pasien dan anak laki-lakinya tinggal serumah, dan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Pengkajian konsep diri didapatkan data sebagai berikut : Citra tubuh : pasien mengatakan merasa cantik, Identitas : pasien mengatakan pasien adalah seorang janda yang di tinggal mati oleh suaminya, Peran : pasien mengatakan dia gagal dalam menjalankan peran sebagai ibu dari anak laki-lakinya, Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh, Harga diri : pasien mengatakan kalau dia tidak berguna.

Pengkajian Hubungan social didapatkan orang yang berarti bagi pasien adalah anak laki-lakinya, pasien ikut ambil peran dalam kelompok/masyarakat dengan mengikuti koor/paduan suara di gereja, dan pasien tidak memiliki hambatan saat berhubungan dengan orang lain.

Pengkajian status mental didapatkan data sebagai berikut : penampilan : pasien tidak rapi (rambut kotor, acakan-acakan) dan cara berpakaian seperti biasanya, Pembicaraan : nada bicara kasar, suara tinggi, membentak dan menggunakan kata-kata kotor, Aktivitas motorik : pasien terlihat gelisah dimana pasien tidak tenang, jalan mondar-mandir, kadang duduk, kadang tidur, kadang jalan-jalan, Alam perasaan : Pasien terlihat ketakutan pada orang baru atau benda-benda yang dipegang oleh perawat, Afek : Labil dimana pasien kadang marah-marah, kadang menangis, kadang tertawa sendiri, Interaksi selama wawancara : Pasien mudah tersinggung dan curiga pada orang baru saat berbicara, Persepsi : Halusinasi pendengaran dimana pasien mendengar bisikan yang mengatakan ingin membunuhnya tapi sekarang tidak sering mendengarnya lagi, Isi pikir : waham curiga, Arus

pikir : Tangensial dan perverasi dimana pasien bicara berbelit-belit namun tidak sampai pada tujuan dan sering mengulang pembicaraannya mengenai seseorang yang melakukan suangi terhadap pasien, Tingkat kesadaran : Pasien sadar penuh, mampu mengingat kejadian di masa lampau, nama orang atau perawat, dan tau dimana tempat dia berada, Tingkat Konsentrasi : Pasien mudah beralih dari satu pembicaraan ke pembicaraan lain, Kemampuan penilaian : gangguan ringan dimana pasien mampu mengambil keputusan sederhana namun dengan bantuan orang lain, Daya tilik diri : pasien mengingkari penyakit yang diderita dan menyalahkan orang lain dimana pasien mengatakan kalau penyakitnya itu akibat guna-guna/suangi dan menyalahkan orang lain atas penyakitnya.

Pengobatan yang didapatkan pasien adalah yang pertama Haloperidol 2x2,5 mg dengan Indikasi sebagai berikut : meredakan gejala skizofrenia, mengobati gerakan dan ucapan spontan yang tidak terkontrol pada penderita, meredakan gangguan mania atau perasaan senang yang luar biasa dan begitu aktif, membantu mengobati tindakan agresi dan menurunkan pikiran negative dan halusinasi. Kontraindikasi sebagai berikut : Alergi terhadap obat, pasien depresi berat, penderita supresi sumsum tulang, memiliki penyakit jantung, penderita gangguan fungsi hati kronis, pasien koma, dan pasien lansia yang memiliki penyakit dimensia. Yang kedua Trihexyphenidil dengan Indikasi sebagai berikut : mengobati kekakuan, tremor, kejang, dan control otot yang buruk. Kontraindikasi : Riwayat alergi, gangguan fungsi jantung atau penyakit jantung, penyakit glaucoma sudut tertutup, pembesaran prostat, gerakan usus yang terhambat atau melambat (ileus).

3.1.2.1 Analisa data

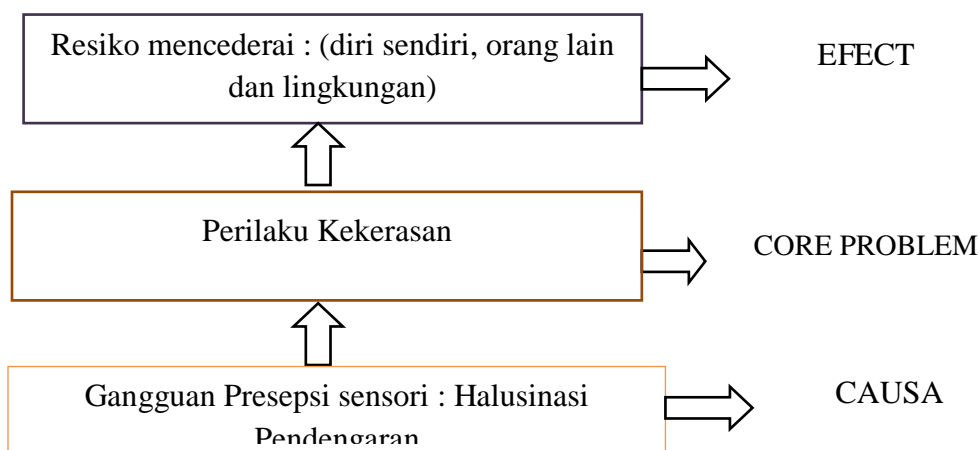
Tanggal 27 Mei 2019 analisa data pertama : Data Subyektif : Pasien mengatakan merasa terancam dengan Orang baru dan benda-benda yang dipegang oleh perawat jengkel, menyalahkan orang lain, dendam, dan benci terhadap seseorang. Data Objektif: Tatapan mata tajam, Marah-marah saat dikaji, Mengamuk, Wajah tegang, Gelisah, Nada bicara kasar dengan suara

tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor, Pasien mudah terlihat curiga.

Analisa data kedua : Data Subyektif : Pasien mengatakan mendengar bisikan yang mengatakan ingin membunuhnya dan suara itu tidak sering muncul. Data Objektif : Pasien tampak marah-marrah, Mudah tersinggung, Terlihat bicara sendiri dan tertawa sendiri.

Analisa data yang ketiga : Data Subyektif : Pasien mengatakan merasa terancam dengan Orang baru dan benda-benda yang dipegang oleh perawat jengkel, menyalahkan orang lain, dendam, dan benci terhadap seseorang. Data Objektif: Tatapan mata tajam, Marah-marrah saat dikaji, Mengamuk, Wajah tegang, Gelisah, Nada bicara kasar dengan suara tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor, Pasien mudah terlihat curiga.

3.1.2.2 Pohon Masalah



Gambar 3.1 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan.

3. 1.3 Diagnosa keperawatan

Tanggal 27 Mei diagnosa yang diangkat berdasarkan analisa data adalah sebagai berikut : Perilaku kekerasan, Gangguan persepsi sensori : Halusinasi Pendengaran, dan Resiko mencederai (diri sendiri, orang dan lingkungan

- **Prioritas diagnosa**

1. Perilaku kekerasan

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 27 Mei 2019 intervensi yang di buat adalah sebaagi berikut : Bina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel tanda perilaku kekerasan, Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, Mengidentifikasi 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.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 27 Mei 2019 strategi pelaksanaan yang dilakukan adalah membina hubungan saling percaya.

Pada tanggal 28 Mei strategj pelaksanaan yang dilakukan adalah mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

29 Mei 2019 strategi pelaksanaan yang dilakukan adalah mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel pada tanda perilaku kekerasan untuk.

30 Mei 2019 strategi pelaksanaan yang dilakukan adalah mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan sampai Pasien dapat menyebutkan obat-obatan yang di minum belum bisa dilakukan karena pasien masih dalam fase akut dan masih dirawat di ruangan isolasi.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan satu hari saja yaitu pada tanggal 30 mei 2019 sebagai berikut : Strategi Pelaksanaan yang pertama adalah pasien dapat membina hubungan saling percaya di dukung dengan data subyektif : pasien menjawab salam, pasien menyebutkan nama : saya Ny. H.

G. Umur: 55 thn, jenis kelamin: perempuan, pekerjaan : IRT, status : janda yang ditinggal mati oleh suaminya pendidikan : SMA, data objektif : Pasien mau berabat tangan, senyum. Lanjut ke Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

Strategi Pelaksanaan yang kedua adalah pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan di tandai dengan data subyektif : pasien mengatakan pasien marah karena disuanggi oleh seseorang dan ingin membunuhnya data objektif : pasien terlihat mampu mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel dengan marah-marah, nada suar keras, membentak, dan tatapan mata tajam. Lanjut ke Strategi Pelaksanaan yaitu pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

Strategi Pelaksanaan yang ke tiga adalah pasien dapat mengidentifikasi atau mengungkapkan perasaan saat marah/jengkel pada tanda perilaku kekerasan di tandai dengan 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. Lanjut ke Strategi Pelaksanaan yang ke empat yaitu pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.

Strategi Pelaksanaan yang ke empat pasien tidak dapat melakukan Strategi Pelaksanaan yang ke empat karena berdasarkan situasi dan kondisi pasien dimana pasien masih dalam fase akut dan masih dirawat di ruang isolasi namun ditandai dengan data subyektif : Pasien mengatakan tidak tau akibat dari perilaku kekerasan dan tidak ingin bicara banyak data objektif : pasien terlihat tidak mau bicara, tatapan mata tajam, dan mengalihkan pembicaraan saat berbicara. Strategi Pelaksanaan empat terus menerus sampai pasien mampu melakukan Strategi Pelaksanaan yang ke empat baru lanjut ke Strategi Pelaksanaan yang ke lima yaitu pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan sampai Strategi Pelaksanaan

yang ke Sembilan yaitu pasien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian keluarga mengatakan pasien masuk rumah sakit karena mengamuk, marah-marah, mendengar suara bisikan ingin membunuhnya, bicara dan tertawa sendiri. Keluhan utama saat pengkajian pada pasien adalah pasien merasakan terancam, tak berguna, dendam pada seseorang, dan ingin membunuhnya, tatapan mata tajam, wajah tegang, jalan mondar-mandir, nada bicara kasar, suara tinggi, membentak dan menggunakan kata-kata kotor, pasien juga menyerang orang yang baru atau benda yang dipegang oleh perawat, pasien menyalahkan seseorang yang di angapnya melakukan suangi terhadap pasien. Pasien adalah anak pertama dari sepuluh bersaudara diantaranya laki-laki ada empat orang dan perempuan ada enam orang, pasien sudah menikah dan memiliki satu orang anak laki-laki namun suami pasien sudah meninggal, dan kedua orang tua pasien dan suami juga sudah meninggal. Pasien dan anak laki-lakinya tinggal serumah, tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan adalah keluarga mengatakan pasien stress karena ibunya meninggal pada bulan maret 2019 setelah itu pasien mulai menyendiri, bicara dan tertawa sendiri serta marah-marah tidak jelas.

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.97). Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95) Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan defensi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dengan tanda dan gejala perilaku kekerasan : Secara fisik :Muka marah dan tegang, Mata melotot/pandangan

tajam, Tangan menggepal, Rahang mengatup, Wajah memerah dan tegang. Postur tubuh kaku, Pandangan tajam, Mengatupkan rahang dengan kuat, Mengepalkan tangan, Jalan mondar-mandir-mandir. Secara verbal : bicara kasar, suara tinggi, membentak atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, mengumpat dengan kata-kata kotor, suara keras, ketus. Secara perilaku : melempar atau memukul benda/orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif. Emos : Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntun. Intelektual : Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme.

Menurut peneliti berdasarkan kasus nyata dan teori ada kesenjangan antara kasus nyata dan teori dimana pada kasus nyata ada beberapa tanda dan gejala yang berdasarkan teori tidak muncul pada pasien yaitu tangan menggepal, rahang mengatup, postur tubuh kaku, wajah memerah karena pasien sudah di rawat selama 1 minggu dan sudah mendapat pengobatan sehingga tanda dan gejala pada pasien sudah mulai berkurang.

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 disfungsi, Inefektif proses terapi, Koping keluarga inefektif.

Pada kasus nyata yang muncul pada pasien hanya 3 diagnosa diantaranya sebagai berikut : Perilaku kekerasan, Gangguan persepsi sensori : halusinasi, Resiko mencederai (diri sendiri, orang lain, lingkungan)

Diagnosa prioritas yang diangkat berdasarkan core problem pada pohon masalah adalah sebagai berikut : Perilaku kekerasan. Pada saat

pengkajian keluhan utama, dan tanda dan gejala pada pasien yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan pasien dengan perilaku kekerasan.

Menurut peneliti ada kesenjangan antara kasus teori dan kasus nyata karena pada nyata yang terdapat pada pasien hanya tiga diagnosa saja sedangkan pada kasus teori ada delapan diagnosa, kesenjangan tersebut ada karena pada kasus nyata pasien belum ada keluhan atau belum terlihat data yang mendukung untuk mengangkat diagnosa yang ada pada kasus teori.

3.2.3 Intervensi

Intervensi yang disusun untuk kasus nyata menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.9) ada pada kasus teori ada sembilan strategi pelaksanaan yang harus diselesaikan diantaranya adalah sebagai berikut : Bina hubungan saling percaya, Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Pasien dapat mengidentifikasikan perasaan saat marah/jengkel tanda perilaku kekerasan, Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, Pasien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan, Pasien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan, Keluarga Pasien dapat menyebutkan cara mengontrol dan cara merawat perilaku kekerasan, Pasien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu dan efek, dosis) Dan dapat minum obat sesuai program pengobatan.

Intervensi yang disusun di buat pada kasus adalah membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, dan mengungkapkan perasan marah/jengkel.

Berdasarkan intervensi yang peneliti lakukan, tidak ada kesenjangan antara konsep dasar teori dengan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi

Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti& Iskandar (2012.95) implementasi merupakan tahap perawat memulai kegiatan dan melakukan

tindakan-tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah pada pasien berdasarkan intervensi yang ada pada kasus teori.

Implementasi yang dilakukan peneliti untuk mengatasi perilaku kekerasan Ny. H.G yaitu Strategi Pelaksanaan satu membina hubungan saling percaya, Strategi Pelaksanaan dua adalah Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Strategi Pelaksanaan tiga Mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel pada tanda perilaku kekerasan Strategi Pelaksanaan empat Mengidentifikasi perilaku kekerasan sampai pasien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya belum bisa dilakukan karena pasien masih dalam fase akut dan masih di rawat di ruangan isolasi.

Menurut peneliti ada kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata karena pada konsep teori implementasi yang dilaksanakan harus sampai dengan Tujuan Khusus yang ke sembilan untuk mengatasi perilaku kekerasan Ny. H.G sedangkan pada kasus nyata pasien hanya mampu melakukan sampai dengan Tujuan Khusus yang ke tiga yaitu : mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel pada tanda perilaku kekerasan karena berdasarkan kondisi pasien yang masih fase akut dan masih di rawat di ruangan isolasi.

3.2.5 Evaluasi

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).

Strategi Pelaksanaan pertama yaitu pasien dapat membina hubungan saling percaya di dukung dengan data subyektif : pasien menjawab salam, pasien menyebutkan nama, data objektif : Pasien mau

berabat tangan, senyum. Lanjut ke Strategi Pelaksanaan 2 yaitu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

Strategi Pelaksanaan yang ke dua pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan di tandai dengan data subyektif : pasien mengatakan pasien marah karena disuangi oleh seseorang dan ingin membunuhnya data objektif : pasien terlihat mampu mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel dengan marah-maraha, nada suar keras, membentak, dan tatapan mata tajam. Lanjut ke Strategi Pelaksanaan 3 yaitu pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

Strategi Pelaksanaan yang ke tiga pasien mengidentifikasi atau mengungkapkan perasaan saat marah/jengkel pada tanda perilaku kekerasan di tandai dengan data subyektif : Pasien mengatakan tanda –tanda perilaku kekerasan adalah memukul orang lain atau barang-barang yang ada di sekitar dan marah-maraha tidak jelas data objektif : Pasien senyum dan menjelaskan kembali dengan baik. Lanjut ke Strategi Pelaksanaan ke empat yaitu pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.

Strategi Pelaksanaan yang keempat pasien tidak dapat melakukan Strategi Pelaksanaan yang ke empat karena berdasarkan situasi dan kondisi pasien masih dalam fase akut dan masih di rawat di ruangan isolasi subyektif : Pasien mengatakan tidak tau akibat dari perilaku kekerasan dan tidak ingin bicara banyak data objektif : pasien terlihat tidak mau bicara, tatapan mata tajam, dan mengalihkan pembicaraan saat berbicara. Ulangi Strategi Pelaksanaan yang ke empat terus menerus sampai pasien mampu melakukan Strategi Pelaksanaan yang ke empat baru lanjut ke Strategi Pelaksanaan lima yaitu mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan sampai pasien dapat menggunakan atau menyebutkan obat-obatan yang di minum dan kegunaannya.

Menurut peneliti tidak ada kesenjangan antara kasus teori dan kasus nyata karena evaluasi dilakukan berdasarkan konsep teori menurut (fitria 2009).

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Penulis kurang pengalaman dalam merawat orang dengan gangguan jiwa yang masih dalam fase akut dan menyelesaikan studi kasus, Keterbatasan dalam waktu perawatan pasien, Penulis kesulitan dalam mencari referensi terkait perilaku kekerasan dalam keperawatan jiwa, dan Pasien kurang kooperatif selama dalam perawatan

BAB IV

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Setelah peneliti melakukan asuhan keperawatan pada orang dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan yang masih dalam fase akut dan masih dirawat di ruang isolasi maka di simpulkan bahwa pasien dengan masalah perilaku kekerasan membutuhkan ketrampilan seorang perawat dalam melakukan perawatan pasien dengan perilaku kekerasan dimana butuh kesabaran, ketelitian, pengetahuan dalam merawat pasien dengan perilaku kekerasan dan yang paling penting adalah komunikasi terapeutik yang baik untuk bisa mengaplikasikan asuhan keperawatan pada perilaku kekerasan.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan membutuhkan komunikasi terapeutik yang baik agar dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien supaya bisa mengetahui informasi tentang data-data tentang masalah perilaku kekerasan, mendiagnosa, melakukan intervensi dan melakukan implementasi guna untuk mencapai asuhan keperawatan yang diharapkan, selain itu juga peran perawat dan keluarga sangat dibutuhkan untuk pelaksanaan tindakan, memotivasi pasien, dan juga keluarga ikut berpartisipasi dalam perawatan yang intensif.

4.2. Saran

4.2.1 Teoritis

Diharapkan untuk bisa meningkatkan ilmu pengetahuan dalam menyelesaikan masalah pada Pasien dengan gangguan perilaku kekerasan

4.2.2 Bagi Klien keluarga

Diharapkan keluarga mendapat pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus jiwa yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan. seperti cara untuk mengatasi perilaku kekerasan.

4.2.3 Bagi Institusi pendidikan

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat di gunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan politeknik kemenkes kupang dalam bidang keperawatan jiwa.

4.2.4 Bagi perawat

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat di jadikan dasar informasi dan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien gangguan perilaku kekerasan

4.2.5 Bagi institut Rumah Sakit Jiwa Naimata

Diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya mengatasi pasien dengan perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian kesehatan RI, 2014. UU Nomor 18 Tahun 2014 *tentang kesehatan jiwa*. Jakarta : 2014
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Damiayanti & Iskandar. (2012). *Asuhan keperawatan jiwa*. Bandung : Refika Aditama
- Fitria N. 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta: Salemba Medika
- Yusuf, dkk. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Nuratif. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta : Medication Jogja.
- Keliat, (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta : Salemba Medika.
- Yosep, (2010), *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT. Refika Aditama.

LAMPIRAN



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



PENGAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang rawat :Ruangan isolasi Tanggal dirawat: 22 mei 2019 Tanggal Pengkajian:
 27 mei 2019

I. IDENTITAS KLIEN

Nama Initial : Ny. H.G No. RM : 002983
 Umur : 55 tahun Status :Janda (cerai mati)
 Jenis Kelamin : Perempuan Pendidikan : SMA
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga Alamat :Lasiana

II. ALASAN MASUK

a. KeluhanUtamaSaat MRS:

Keluarga mengatakan pasien dibawa karena mengamuk, marah-marah, mendengar suara bisikan ingin membunuhnya, bicara dan tertawa sendiri.

b. KeluhanUtama Saat Pengkajian:

Pasien mengatakan merasa terancam, tidak berguna berguna, jengkel, dendam pada seseorang dan ingin membunuhnya.

c. RiwayatPenyakit :

pasien pernah mengalami gangguan jiwa kurang lebih 10 tahun yang lalu, pasien sembuh namun kambuh lagi. Pasien hanya dirawat dirumah saja dengan obat-obatan medis dan tradisional selama satu bulan saja lalu pasien sembuh dan pada tanggal 22 mei 2019 pasien masuk rumah jiwa naimata kupang

Keluarga pasien mengatakan pasien stress karena ibunya meninggal pada bulan maret

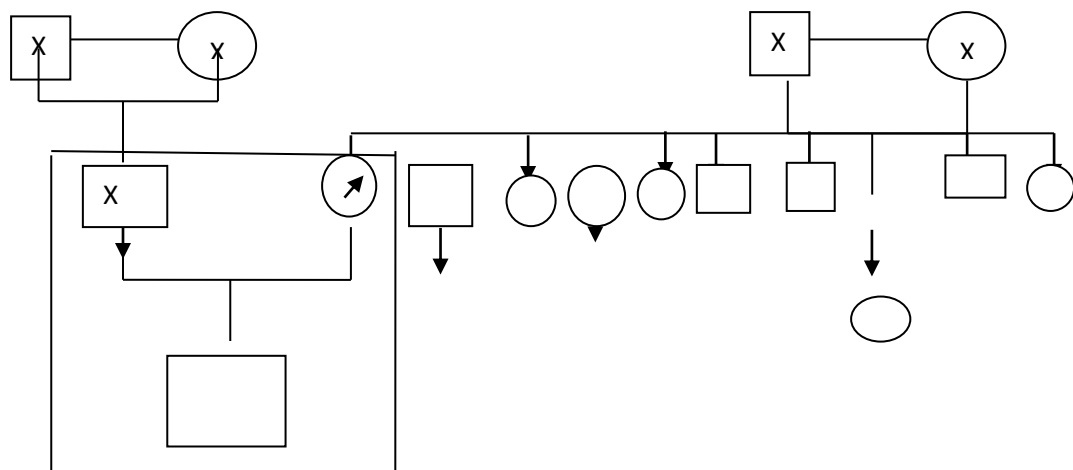
2019 setelah itu pasien mulai menyendiri, bicara dan tertawa sendiri serta marah-marah tidak jelas.

I. PEMERIKSAAN FISIK

1. TTV: TD :110/70 mmHg; N : 78 X/mnt; S : 36 °C; P : 20 X/mnt
2. Ukur : BB :kg, TB :cm
3. Keluhan fisik : tidak ada keluhan fisik pada pasien

II. PSIKOSOSIAL

1. Genogram :



Jelaskan : pasien adalah anak 1 dari 10 diantaranya laki ada 4 dan perempuan ada 6, pasien menikah dan memiliki 1 orang anak laki-laki namun suami pasien sudah meninggal, orang tua pasien dan suami sudah meninggal. Pasien tinggal serumah bersama anak laki-lakinya.

2. Konsep diri
 - a. Citra tubuh : Pasien mengatakan bahwa ia cantik
 - b. Identitas : pasien mengatakan pasien adalah seorang janda yang di tinggal mati oleh suaminya.

- c. Peran : pasien mengatakan dia merasa gagal dalam menjalankan peran sebagai ibu dari anak laki-lakinya karena penyakit yang di deritanya.
 - d. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh.
 - e. Harga diri : Pasien mengatakan ia tak berguna
3. Hubungan sosial
- a. Orang yang berarti : pasien mengatakan orang yang saat ini berarti baginya adalah Anak laki-lakinya
 - b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : pasien raji mengikuti koor/paduan suara digereja
 - c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain :
Pasien mampu berkomunikasi dengan baik
4. Spiritual
- a. Nilai dan keyakinan : Pasien mengatakan bahwa ia menganut agama katolik
 - b. Kegiatan ibadah : Pasien rajin mengikuti koor/paduan suara di gereja.

III. STATUS MENTAL

1. Penampilan

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

Jelaskan : rambut pasien terlihat kotor, acak-acakan (tidak disisir), dan cara berpakaian seperti biasanya.

2. Pembicaraan

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cepat | <input type="checkbox"/> Inkoherensi |
| <input type="checkbox"/> Keras | <input type="checkbox"/> Lambat |
| <input type="checkbox"/> Gagap | <input type="checkbox"/> Membisu |
| <input type="checkbox"/> Tidak mampu memulai pembicaraan | |

Jelaskan :

Nada bicara kasar, suara tinggi, membentak, dan menggunakan kata-kata kotor

3. Aktivitas Motorik

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lesu | <input type="checkbox"/> Agitasi | <input type="checkbox"/> Tremor |
| <input type="checkbox"/> Tegang | <input type="checkbox"/> Tik | <input type="checkbox"/> Kompulsif |
| <input type="checkbox"/> Gelisah | <input type="checkbox"/> Grimasem | |

Jelaskan :

Pasien terlihat tidak tenang, mondar-mandir, kadang-kadang duduk, kadang tidur, kadang jalan-jalan.

4. Alam perasaan

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sedih | <input type="checkbox"/> Putus asa | <input type="checkbox"/> Gembira |
| <input type="checkbox"/> Ketakutan | <input type="checkbox"/> Kuatir | <input type="checkbox"/> berlebihan |

Jelaskan :

Pasien ketakutan pada orang baru atau benda-benda yang dipegang oleh perawat

5. Afek

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Datar | <input type="checkbox"/> Labil |
| <input type="checkbox"/> Tumpul | <input type="checkbox"/> Tidak sesuai |

Jelaskan :

Pasien kadang marah-marah, kadang menangis, dan kadang tertawa.

Pasien

6. Interaksi selama wawancara

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bermusuhan | <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung |
| <input type="checkbox"/> Tidak kooperatif | <input type="checkbox"/> Kontak mata kurang |

- Defensive
- Curiga

Jelaskan :

Pasien mudah tersinggung dan curiga pada orang baru dan saat wawancara

7. Persepsi

Halusinasi :

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan :

Pasien mengatakan mendengar bisikan yang mengatakan ingin membunuhnya, tapi sekarang tidak terlalu mendengarnya lagi.

8. Isi pikir

- Obsesi
- Phobia
- Hipokondria
- Depersonalisasi
- Ide yang terkait
- Pikiran magis
- Waham ()

9. Arus pikir

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

Jelaskan : bicara pasien berbelit-belit dan tidak sampai pada tujuan serta lebih sering mengulang pembicaraannya.

10. Tingkat Kesadaran

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

Jelaskan : pasien sadar penuh, mampu mengingat kejadian sebelumnya, mampu mengingat nama orang atau perawat, dan tau dimana tempat dia berada.

11. Memori

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

Jelaskan : pasien mampu mengingat semuanya dengan baik

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

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

Jelaskan : pasien mudah beralih dari satu topic ke topic lain.

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan : pasien mengalami gangguan penilaian ringan dimana pasien mampu mengambil keputusan sederhana namun dengan bantuan orang lain.

14. Daya tilik diri

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

Jelaskan : pasien mengatakan penyakitnya itu akibat dari guna-guna atau suanggi dan menyalahkan orang lain atas penyakitnya.

IV. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Ya Tidak

- Makanan
- Keamanan
- Perawatan kesehatan
- Pakaian
- Transportasi
- Tempat tinggal
- Uang

Jelaskan : pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan makan, keamanan, perawatan kesehatan, transportasi, tempat tinggal dan uang.

2. Kegiatan hidup sehari-hari

- | | | |
|-------------------|-------|-------|
| a. Perawatan diri | BT | BM |
| • Mandi | ..... | ..... |
| • Kebersihan | ..... | ..... |
| • Makan | ..... | ..... |
| • BAB / BAK | ..... | ..... |
| • Ganti pakaian | ..... | ..... |

Jelaskan : pasien mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan minimal.

b. Nutrisi

Apakah anda puas dengan pola makan anda ?

- Ya
- Tidak

Apakah anda memisahkan diri ?

- Ya, jelaskan :
- Tidak

Frekuensi makan sehari: 3 X

Frekuensi kudapan sehari : 3X

Nafsu makan :

- Meningkatkan
- Menurun
- Berlebihan
- Sedikit – sedikit

Berat Badan :

- Meningkatkan
- Menurun

BB terendah : 55 kg, BB tertinggi : 65 kg

Jelaskan : pasien mengalami penurunan berat badan dari 65kg menjadi 55kg

b. Tidur

Apakah ada masalah tidur ? Ya..... Tidak.....

Apakah merasa segar setelah bangun tidur ? Ya..... Tidak....

Apakah ada kebiasaan tidur siang ? Ya..... Tidak

Lama tidur siang :3 jam

Apa yang menolong tidur ?.

Tidur malam jam :20.00, bangun jam 03.00 pagi

Apakah ada gangguan tidur ?

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

Jelaskan : pasien terbangun terlalu pagi

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 :

4. Klien memiliki sistem pendukung

Keluarga : Ya : Tidak :

Terapis : Ya : Tidak :

Teman sejawat : Ya : Tidak :

Kelompok sosial : Ya: Tidak :

Jelaskan : keluarga yang mendukung pasien adalah anak laki-laki, perawat, dan tetangga terdekatnya.

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

- Ya
- Tidak

Jelaskan : pasien sangat menikmati hobinya saat bernyanyi.

V. ASPEK MEDIS

Diagnosa Medis : Skizofernia Paranoid

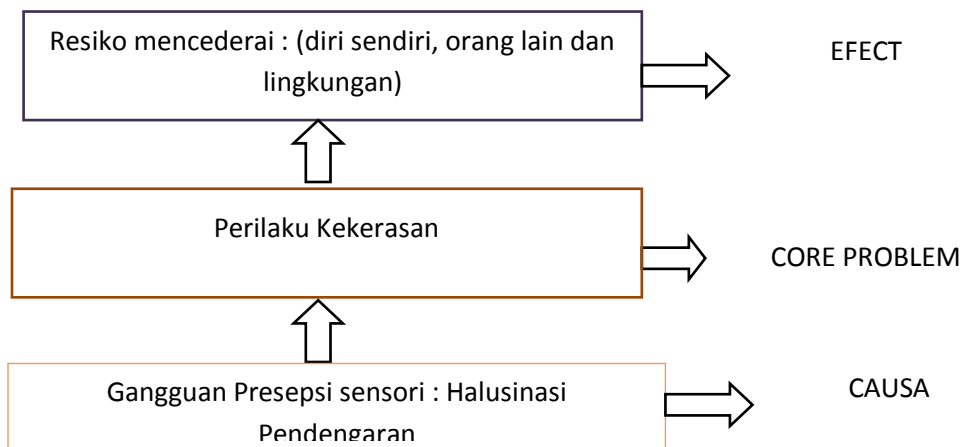
Terapi :

- Haloperidol 2x2,5 mg
- Trihexyphenidil 2x2 mg

- **Analisa data**

No	Data subyektif	Data obyektif	kesimpulan
1	Pasien mengatakan merasa terancam dengan Orang baru dan benda-benda yang dipegang oleh perawat jengkel, menyalahkan orang lain, dendam, dan benci terhadap seseorang.	<ul style="list-style-type: none"> - Tatapan mata tajam - Marah-marah saat dikaji - Mengamuk - Wajah tegang - Gelisah - Nada bicara kasar dengan suara tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor - Pasien mudah terlihat curiga 	Perilaku kekerasan
2.	Pasien mengatakan mendengar bisikan yang mengatakan ingin membunuhnya dan suara itu tidak sering muncul	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak marah-marrah - Mudah tersinggung - Terlihat bicara sendiri dan tertawa sendiri 	Gangguan persepsi sensorial : halusinasi pendengaran
3.	Pasien mengatakan merasa terancam dengan Orang baru dan benda-benda yang dipegang oleh perawat jengkel, menyalahkan orang lain, dendam, dan benci terhadap seseorang.	<ul style="list-style-type: none"> - Tatapan mata tajam - Marah-marah saat dikaji - Mengamuk - Wajah tegang - Gelisah - Nada bicara kasar dengan suara tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor, Pasien mudah terlihat curiga 	Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

- Rumusan / Pohon Masalah



2. Diagnosa keperawatan

1. Resiko mencederai: diri sendiri, orang lain dan lingkungan
2. Perilaku kekerasan
3. Gangguan presepsi sensori : halusinasi penglihatan

2.1. Prioritas diagnose

1. Perilaku kekerasan

3. Intervensi Keperawatan

Tang gal	Diagnos a Keperawatan	Perencanaan		Intervensi	Rasional
		Tujuan	Kriteria Hasil		
	Perilaku kekerasan	1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Klien mau membalas salam 2. Klien mau menjabat tangan 3. Klien mau menyebutkan nama 4. Klien mau tersenyum 5. Klien mau kontak mata 6. Klien mengetahui nama	7. Beri salam/panggil nama klien 8. Sebut nama perawat sambil jabat tangan 9. Jelaskan maksud hubungan interaksi 10. Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat 11. Beri rasa aman dan sikap 12. Lakukan kontrak singkat tapi sering	Hubungan saling percaya merupakan landasan utama dalam rencana intervensi keperawatan selanjutnya.

			perawat 7. Menyediakan waktu untuk kontak		
		2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.	1. Klien dapat mengungkapkan perasaannya 2. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, dari lingkungan/orang lain).	4. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya 5. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel/kesal 6. Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau member penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien.	◆ Menentukan mekanisme koping yang dimiliki oleh klien dalam menghadapi masalah selain itu sebagai landasan awal dalam menyusun intervensi berikutnya.
		3. Klien dapat	1.	4. Anjurkan klien	◆ Untuk

		<p>mengidentifikasi atau mengungkapkan perasaan saat mara/jengkel tanda perilaku kekerasan dan menyimpulkannya.</p>	<p>Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami marah/jengkel.</p> <p>2. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien</p> <p>3. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien.</p>	<p>mengungkapkan apa yang dialami saat marah/jengkel</p> <p>5. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien</p> <p>6. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien</p>	<p>mengetahui hal yang dialami dan dirasa saat jengkel</p> <p>◆ Untuk mengetahui tanda-tanda klien jengkel/kesal</p> <p>◆ Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan klien dan lingkungan sekitar</p> <p>◆ Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengetahui secara garis besar tanda-tanda marah/kesal</p>
		4. Klien dapat	1. Klien	4. Anjurkan klien	◆ Mengeksplorasi

		<p>mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.</p>	<p>dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</p> <p>2. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan</p> <p>3. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan masalah atau tidak.</p>	<p>untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan klien</p> <p>5. Ajak klien untuk menceritakan perasaan setelah tindakan kekerasan terjadi</p> <p>6. Bicarakan dengan klien apakah cara yang klien lakukan masalahnya selesai</p>	<p>perasaan klien terhadap perilaku kekerasan yang biasa dilakukan</p> <p>◆ Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruksi an destruktif</p> <p>◆ Dapat membantu klien dapat menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah.</p>
		<p>5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku</p>	<p>1. Klien dapat menjelaskan akibat dari cara</p>	<p>3. Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan klien</p>	<p>◆ Membantu klien untuk menilai perilaku kekerasan yang</p>

		kekerasan	kekerasan yang digunakannya baik diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sekitar.	terhadap diri sendiri orang lain dan lingkungan sekitar. 4. Bersama klien menyimpulkan akibat yang digunakan oleh klien	dilakukannya ◆ Dengan mengetahui akibat perilaku kekerasan diharapkan klien dapat merubah perilaku destruktif yang dilakukannya menjadi perilaku yang konduktif.
		6. Klien dapat mengidentifikasi cara respon konstruktif dalam kemarahan	1. Klien dapat menjelaskancara-cara sehat dalam mengungkapkan marahnya.	4. Tanyakan pada klien apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat 5. Jelaskan cara-cara sehat mengungkapkan kemarahannya. 6. Berikan pujian jika klien mengetahui cara lain yang sehat e. Secara fisik : tarik nafas dalam jika sedang kesal/ memukul bantal/	◆ Agar klien dapat memepelajari cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahannya ◆ Dengan mengidentifi-kasi cara yang konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan dapat membantu klien menemukan

				<p>kasur atau olaraga atau pekerjaan yang memerlukan tenaga</p> <p>f. Secara verbal : katakan bahwa anda sedang kesal/tersing-gung/ jengkel (saya kesal anda berkata seperti itu; saya marah karena mama tidak memenuhi keinginan saya).</p> <p>g. Secara social : lakukan dalam kelompok cara-cara marah yang sehat; latihan asentif latihan manajemen perilaku kekerasan.</p> <p>h. Secara spiri- tual; anjurkan klien sembayang berdoa ibadat lain; meminta pada tuhan untuk diberi kesabaran, mengadu pada</p>	<p>cara yang baik untuk mengurangi kejengkelannya yang berpotensi menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.</p> <p>◆ Retoforcement positif dapat memotivasi klien dan meningkatkan harga dirinya</p> <p>◆ Berdiskusi dengan klien untuk memilih cara yang lain sesuei dengan kemampuan klien</p>
--	--	--	--	--	--

				tuhan kekerasan/ kejengkelan.	
		7. Klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan	1. Klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan. - fisik : tarik napas dalam, olahraga - verbal : secara langsung dengan tidak menyakiti - spiritual : sembayang atau berdoa serta kegiatan ibadah lain.	6. Bantu klien memilih cara yang paling tepat 7. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara dipilih 8. Bantu keluarga klien untuk menstimulasi cara tersebut roleplay 9. Beweinforcement positif atau keberhasilan klien mensti-mulasi cara tersebut 10. Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah Dipelajari saat Jengkel/marah	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Membantu klien dalam membuat keputusan terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya ◆ Agar klien mengetahui cara marah yang konstruktif ◆ Pujian dapat meningkatkan motivasi dan harga diri klien ◆ Agar klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih nya jika ia sedang kesal

		<p>8. Klien mendapat dukungan dari keluarga.</p> <p>Dapat : keluarga dalam menyebutkan mengontrol cara perilaku kekerasan .</p>	<p>1. Keluarga mampu mengerti dan ikut berpartisipasi dalam perawatan pasien.</p>	<p>6. Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.</p> <p>7. Jelaskan peran serta keluarga merawat klien</p> <p>8. Jelaskan cara merawat klien: terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif, sikap tenang bicara tenang dan pelan, membantu klien mengenal penyebab masalah</p> <p>9. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien</p> <p>10. Bantu keluarga mengu-</p>	<p>◆ Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi akan memungkinkan keluarga untuk melakukan penilaian terhadap perilaku kekerasan</p> <p>◆ Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien sehingga keluarga terlibat dalam perawatan klien</p> <p>◆ Agar keluarga dapat merawat klien dengan perilaku</p>
--	--	---	---	--	---

				ngkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi	kekerasan <ul style="list-style-type: none"> ◆ Agar keluarga mengetahui cara merawat klien melalui demonstrasi yang dilihat keluarga secara langsung ◆ Mengeksplorasi perasaan keluarga setelah melakukan demonstrasi
		9. Klien dapat menggunakan/menyebut obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu, dan dosis). Klien dapat minum obat sesuai program	1. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, waktu dan efek sampingnya. 2. Klien memperagakan	7. Jelaskan jenis obat yang diminum klien pada klien keluarga 8. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugianberhenti minum obat tanpa seizin dokter	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Klien dan keluarga dapat mengetahui nama-nama obat yang diminum oleh klien ◆ Klien dan keluarga dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien

		pengobatan.	kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang di tetapkan. 3. mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi meminum obat.	<p>9. Jelaskan prinsip benar minum obat baca nama yang tertera pada botol obat,dosis obat,waktu dan cara minum</p> <p>10. Apakah klien minta obat dan minum tepat waktu</p> <p>11. Anjurkan klien melaporkan pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan</p> <p>12. Beri pujian,jika klien minum obat dengan benar.</p>	<p>◆ Klien dan keluarga mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengomsumsi obat</p> <p>◆ Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya minum obat dan dengan kesadaran sendiri</p> <p>◆ Mengetahui efek samping sendiri mungkin sehingga tindakan dapat dilakukan segera mungkin untuk menghindari komplikasi</p> <p>◆ Beweinfoecement positif dapat memotivasi keluarga danklien</p>
--	--	-------------	---	---	--

					serta dapat meningkatkan harga diri
--	--	--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

HARI/ TANGGAL	PERTEMUAN	KONDISI KLIEN	TUJUAN KHUSUS	TINDAKAN
Senin 27 mei 2019	1	<p>DS: pasien menjawab salam, dan menyebutkan nama “selamat pagi ibu perawat nama saya Ny. H. G. Umur: 55 thn, jenis kelamin: perempuan, pekerjaan : IRT, status : janda, pendidikan : SMA</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tatapan mata tajam - Marah-marah saat dikaji - Mengamuk - Wajah tegang - Gelisah - Nada bicara kasar dengan suara tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor, Pasien mudah terlihat curiga 	Membina hubungan saling percaya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam: pasien menjawab salam 2. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama pasien : pasien menyebutkan nama saya Ny. H. G. Umur: 55 thn, jenis kelamin: perempuan, pekerjaan : IRT, status : janda, pendidikan : SMA
Selasa 28	2	DS: pasien mengatakan	Klien dapat	1. Beri kesempatan untuk

mei 2019		<p>pasien marah karena disuanggi oleh seseorang. DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tatapan mata tajam - Marah-marah saat dikaji - Mengamuk - Wajah tegang - Gelisah - Nada bicara kasar dengan suara tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor 	<p>mengidentifikasi penyebab perasaan jengkel/kesal</p>	<p>mengungkapkan perasaannya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bantu pasien untuk mengungkapkan penyebab jengkel atau kesal
Rabu 29 mei 2019	3	<p>DS: pasien mengatakan pasien marah karena disuanggi oleh seseorang. DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tatapan mata tajam - Marah-marah saat dikaji - Mengamuk - Wajah tegang - Gelisah - Nada bicara kasar 	<p>Klien dapat mengidentifikasi atau mengungkapkan tanda-tanda perasaan saat marah/ jengkel Tanda perilaku kekerasan dan klien dapat Menyimpulkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Menganjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami saat marah/jengkel 8. Mengobservasi tanda perilaku kekerasan pada klien 9. Membantu menyimpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien

		dengan suara tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor		
Kamis 30 mei 2019	4	<p>DS: pasien mengatakan pasien marah karena disuanggi oleh seseorang.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tatapan mata tajam - Marah-marah saat dikaji - Mengamuk - Wajah tegang - Gelisah - Nada bicara kasar dengan suara tinggi serta membentak dan menggunakan kata-kata kotor 	Klien dapat Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan	<ol style="list-style-type: none"> 7. Mengajukan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan klien 8. Mengajak klien untuk menceritakan perasaan setelah tindakan kekerasan terjadi 9. Membicarakan dengan klien apakah cara yang klien lakukan masalahnya selesai

5. Evaluasi keperawatan

HARI/TA NGGAL	PERTE MUAN	TUJUAN KHUSUS	EAAVALUASI
Senin 27 mei 2019	1	Membina hubungan saling percaya	<p>S : Pasien menjawab salam, menyebutkan nama : saya Ny H.G umur 55 tahun jenis kelamin : perempuan, pekerjaan : ibu rumah tangga, status : janda pendidikan : SMA alamat : lasiana.</p> <p>O : Pasien mau berjabat tangan dan senyum</p> <p>A : Bina hubungan saling percaya tercapai</p> <p>P : Lanjutkan Strategi Pelaksanaan 2</p>
28 mei 2019	2	Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan	<p>S: pasien mengatakan pasien marah karena disuanggi oleh seseorang.</p> <p>O: pasien terlihat mampu mengungkapkan perasaan kesal atau jengkel dengan marah-marah, nada suar keras, membentak, dan tatapan mata tajam</p>

			<p>A: Strategi Pelaksanaan 2 Teratasi</p> <p>P: lanjutkan Strategi Pelaksanaan 3</p>
Rabu 29 mei 2019	3	Mengidentifikasi atau mengungkapkn tanda – tanda saat marah atau jengkel pada perilaku kekerasan dan menyimpulkannya.	<p>Strategi pelaksanaan 3</p> <p>S : Pasien mengatakan tanda –tanda perilaku kekerasan adalah memukul orang lain atau barang-barang yang ada di sekitar dan marah-marah tidak jelas</p> <p>O : Pasien senyum dan menjeaskan kembali dengan baik</p> <p>A : Strategi Pelaksanaan teratasi</p> <p>P : lanjutkan Strategi Pelaksanaan 4</p>
Kamis 30 mei 2019	4	Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.	<p>S : Pasien mengatakan tidak tau akibat dari perilaku kekerasan dan tidak ingin bicara banyak</p> <p>O : pasien terlihat tidak mau bicara, tatapan mata tajam, dan mengalihkan pembicaraan saat berbicara.</p> <p>A : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Ulangi Strategi Pelaksanaan 4</p>

Lampiran



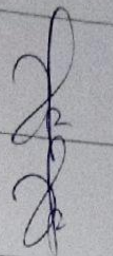
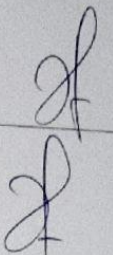
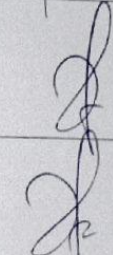
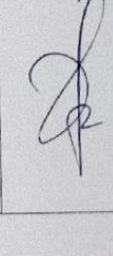
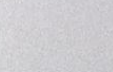
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
 SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI
 BIMBINGAN STUDI KASUS**

Nama Mahasiswa : Nasyahda A. Fatu Loasana
 Nim : PO530320116320
 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 Perbaiki 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	