

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA An. S DENGAN MASALAH
“RESIKO PERILAKU KEKERASAN” DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HEBEPHRENIC SKIZOFRENIA (F20) DENGAN TERAPI TEKNIK
RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG MAWAR (IPCU)
DI RSJ dr. RADJIMAN WIDIODININGRAT LAWANG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Oleh :

**ANA MUNG TADZIROTUL MAGHFIROH, S.Kep
22101006**

**PROGA STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER**

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA An. S DENGAN MASALAH
“RESIKO PERILAKU KEKERASAN” DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HEBEPHRENIC SKIZOFRENIA (F20) DENGAN TERAPI TEKNIK
RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG MAWAR (IPCU)
DI RSJ dr. RADJIMAN WIDIODININGRAT LAWANG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Pesyaratan Memperoleh Gelar Profesi Ners



Oleh :

ANA MUNG TADZIROTUL MAGHFIROH, S.Kep

22101006

**PROGA STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER**

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA An. S DENGAN MASALAH "RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HEBEPHRENIC SKIZOFRENIA (F-20) DENGAN TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM DIRUANG MAWAR (IPCU) DI RSJ dr. RADJIMAN WIDIODININGRAT LAWANG MALANG

Nama Lengkap : Ana Mungtadzirotul Maghfiroh

NIM : 22101006

Jurusan : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan

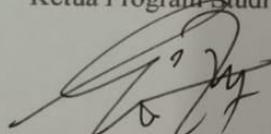
Dosen Pembimbing :

Nama Lengkap : Zidni Nuris Yuhbaba, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN : 0728049001

Menyetujui,

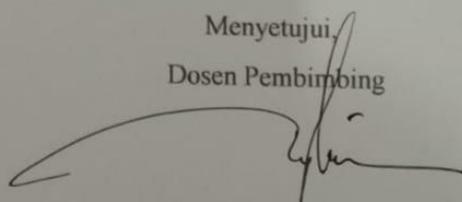
Ketua Program Studi Profesi Ners


(Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep)

NIDN. 0720028703

Menyetujui,

Dosen Pembimbing


(Zidni Nuris Yuhbaba, S.Kep., Ns., M.Kep)

NIDN. 0728049001

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA An. S DENGAN MASALAH
"RESIKO PERILAKU KEKERASAN" DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HEBEPHRENIC SKIZOFRENIA (F-20) DENGAN TERAPI TEKNIK
RELAKSASI NAFAS DALAM DIRUANG MAWAR (IPCU)
DI RSJ dr. RADJIMAN WIDIODININGRAT LAWANG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh :

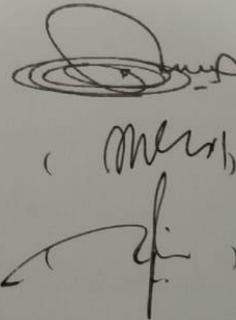
ANA MUNG TADZIROTUL MAGHFIROH

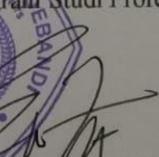
22101006

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dalam ujian sidang karya ilmiah akhir ners pada tanggal 13 Desember 2023 dan telah di terima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk meraih gelar NERS pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember.

DEWAN PENGUJI

Penguji 1 : (Iskandar, S.Kep.,Ns.,M.kep)
NIP. 1976 07 14199 7031003
Penguji 2 : (M.Elyas Arif Budiman, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN. 0710029203
Penguji 3 : (Zidni Nuris Yuhbaba, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN. 0728049001



Ketua Program Studi Profesi Ners

(Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep)
NIDN. 07020028703

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : ANA MUNGTAZIROTUL MAGHFIROH

NIM : 22101006

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah (KIA) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An. S Dengan Masalah “Resiko Perilaku Kekerasan” Dengan Diagnosa Medis Hebephrenic Skizofrenia (F-20) Dengan Terapi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Diruang Mawar (IPCU) Di RSJ dr. Radjiman Widiodyaningrat Lawang” yang saya tulis ini adalah benar-benar hasil karya sendiri bukan karya plagiat, kecuali dalam pengutipan substansi yang saya tulis, dan belum pernah diajukan di instansi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai sikap ilmiah yang saya junjung tinggi. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah saya merupakan hasil plagiat, maka saya siap menerima sanksi atas perbuatan saya tersebut. Demikian pertanyaan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan dengan penuh kesadaran tanpa tekanan maupun paksaan dari pihak manapun.

Jember, 30 November 2023

Yang Menyatakan



(Ana Mungtazirotul maghfiroh)

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan ridho- Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas Karya Ilmiah Akhir (KIA) dengan judul “Asuhan Keperawatan Jiwa Pada An. S dengan Masalah “Resiko Perilaku Kekerasan” dengan Diganosa Hebephrenic Skizofrenia (F-20) Dengan Tearpi Teknik Relaksasi Nafas Dalam di Ruang Mawar (IPCU) di RSJ dr. Radjiman Widiodynamicrat Lawang” Penyusunan KIA ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih pada :

1. Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes selaku Rektor Universitas dr. Soebandi Jember
2. Apt. Lindawati Setyaningrum, M.Farm selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember
3. Emi Eliya Astutik, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember
4. Iskandar, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji utama Karya Ilmiah Akhir (KIA)
5. M.Elyas Arif Budiman, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji kedua Karya Ilmiah Akhir (KIA)
6. Zidni Nuris Yubaba, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing Karya Ilmiah Akhir (KIA)
7. Koordinator dan tim pengelolah Karya Ilmiah Akhir (KIA)
8. Program Profesi Ners Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember

Penulis menyadari adanya kekurangan dalam materi maupun teknik penulisan dalam penyusunan KIA ini, sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan tugas akhir ini.

Jember, 30 November 2023

Penulis

PUBLIKASI TUGAS AKHIR

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ana Mungtadzirotul Maghfiroh, S.Kep

NIM : 22101006

Program Studi : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas dr. Soebandi Jember Hak **Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non exclusive RoyaltyFree Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : Asuhan Keperawatan Jiwa Pasa An. S dengan Masalah “Resiko Perilaku Kekerasan” dengan Diagnosa Medis Hebephrenic Skizofrenia (F20) Dengan Terapi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Diruang Mawar (IPCU) Di RSJ dr. Radjiman Widioningrat Lawang.

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas dr. Soebandi Jember berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelolah dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilih Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Fakultas Kesehatan, Universitas dr. Soebandi Jember

Pada Tanggal : 13 Desember 2023

Yang menyatakan

Ana Mungtadzirotul Maghfiroh, S.Kep

ABSTRAK

Maghfiroh, Ana Mungtadzirotul* Yubaba, Zidni Nuris**2023. **Asuhan Keperawatan Jiwa Pasa An. S dengan Masalah “Resiko Perilaku Kekerasan” dengan Diagnosa Medis Hebephrenic Skizofrenia (F20) Dengan Terapi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Diruang Mawar (IPCU) Di RSJ dr. Radjiman Widioningrat Lawang.** Karya Ilmiah Akhir Program Studi Profesi Ners Universitas dr. Soebandi Jember.

Latar Belakang : Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernafasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amik, serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain. **Metode :** Penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan observasi dan wawancara pada pasien resiko perilaku kekerasan yang diberikan menggunakan terapi teknik nafas dalam. **Hasil dan Pembahasan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dengan durasi selama 10 menit pasien mampu mengontrol marah dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam. **Kesimpulan :** Setelah diberikan terapi teknik nafas dalam pasien mampu mengontrol emosinya, sudah lebih tenang, rileks.

Kata Kunci : Terapi Relaksasi Nafas Dalam, Resiko Perilaku Kekerasan

*Peneliti

**Pembimbing

ABSTRACT

Maghfiroh, Ana Mungtadzirutul* Yubaba, Zidni Nuris**2023. **Psychiatric Nursing Care in An. S with the problem of "Risk of Violent Behavior" with a medical diagnosis of Hebephrenic Schizophrenia (F20) with Deep Breathing Relaxation Technique Therapy in the Mawar Room (IPCU) at RSJ dr. Radjiman Widioningrat Lawang.** Final Scientific Work of the Nursing Profession Study Program at Dr. University. Soebandi Jember.

Background: The risk of violent behavior is an angry response expressed by making threats, injuring oneself or others and can damage the surrounding environment. Signs and symptoms of risk of violent behavior can include changes in cognitive, affective, physiological, behavioral and social functions. In the physical aspect, blood pressure increases, pulse rate and breathing increase, irritability, anger, irritability, and can injure yourself or others. **Method:** This research was carried out by observing and interviewing patients at risk of violent behavior who were given using deep breathing technique therapy. **Results and Treatment:** After carrying out nursing procedures for 3 days with a duration of 10 minutes, the patient was able to control anger by using deep breathing relaxation techniques. **Conclusion:** After being given deep breathing technique therapy, the patient was able to control his emotions, was calmer and more relaxed.

Keywords: Deep Breathing Relaxation Therapy, Risk of Violent Behavior

*Author

**Advisor

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Medis	7
2.1.1 Definisi Skizofronia	6
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Manifestasi Klinis	9
2.1.4 Penatalaksanaan.....	11
2.2 Konsep Keperawatan Perilaku Kekerasan	11
2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan.....	11
2.2.2 Etiologi.....	12

2.2.3 Mekanisme Koping	13
2.2.4 Manifestasi Klinis	14
2.2.5 Pohon Masalah	16
2.2.6 Penatalaksanaan.....	16
2.2.7 Rentang Respon Marah	17
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan	17
2.3.1 Pengkajian	17
2.3.2 Pohon Masalah	23
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	23
2.3.4 Rencana Keperawatan	23
2.3.5 Tindakan Keperawatan	24
2.3.6 Evaluasi Keperawatan	24
2.4 Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam	25
2.4.1 Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam	25
2.4.2 Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam	25
2.4.3 Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam	26
2.4.4 Mekanisme Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan.....	27
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN	28
3.1 Pengkajian	28
3.2 Alasan Masuk.....	28
3.3 Riwayat Penyakit Sekarang (Faktor Presipitasi)	28
3.4 Riwayat Penyakit Dahulu (Faktor Predisposisi).....	29
3.5 Pengkajian Psikososial (sebelum dan sesudah sakit)	30
3.6 Pemeriksaan Fisik	31
3.7 Status Mental.....	32
3.8 Kebutuhan Persiapan Pulang.....	36
3.9 Mekanisme Koping	36
3.10 Masalah Psikososial dalam Lingkungan	36
3.11 Aspek Pengetahuan.....	39

3.12 Aspek Medis.....	39
3.13 Analisa Data	40
3.14 Daftar Masalah	41
3.15 Pohon Masalah.....	41
3.16 Prioritas Diagnosa Keperawatan	42
RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN	42
STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN.....	43
IMPLEMENTASI DAN EVALUASI.....	46
ANALISA PROSES INTERAKSI.....	59
BAB 4 PEMBAHASAN	63
4.1 Analisa Karakteristik Pasien.....	63
4.2 Analisa Keperawatan Utama Sesuai Judul	63
4.3 Analisa Intervensi pada Diagnosa Keperawatan Utama	64
4.4 Analisa Implementasi Keperawatan sesuai Dengan Hasil Penelitian.....	65
4.5 Analisa Evaluasi Hasil Intervensi.....	66
BAB 5 PENUTUP.....	67
5.1 Kesimpulan.....	67
5.2 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pohon Masalah	15
Gambar 2.2 Rentang Respon Perilaku Kekerasan.....	16
Gambar 2.3 Pohon Masalah	23
Gambar 3.1 Pohon Masalah	40

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rentang Respon Resiko Perilaku Kekerasan	16
Tabel 3.1 Analisa Data.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Terapi Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di RS
Jiwa Bandar Lampung

Lampiran 2 Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Pengontrolan Marah Dengan Pasien
Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan Di Wilayah Desa Maleber Kabuoaten
Cianjur

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan stabilitas emosional (Stuart, 2016). Gangguan jiwa adalah pola pikir atau psikologis yang ditunjukkan oleh pasien yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan sosial atau konflik dengan Masyarakat (Madhani dan Kartina, 2020).

Secara global prevalensi perilaku kekerasan sekitar 24 juta kasus dan >50% diantaranya tidak mendapat penanganan. Sebuah tinjauan yang dilakukan diberbagai Rumah Sakit didunia melaporkan bahwa prevalensi pasien perilaku kekerasan bervariasi di setiap negara. Paling tinggi dilaporkan di Swedia sebanyak 42,90%, diikuti Inggris 41,73%, Australia 36,85%, Kanada 32,61%, Amerika Serikat 31,92%, Belanda 24,99%, Norwegia 22,32%, Itali 20,28%. Sementara paling rendah dilaporkan di Jerman yaitu 16,06 (Bowers et.al. 2011). Sedangkan di Indonesia, menurut data Nasional Indonesia 2017, prevalensi pasien perilaku kekerasan dilaporkan sekitar 0,8% per 10.000 penduduk atau sekitar 2 juta orang (Pardede et al., 2020; Siauta et al., 2020). Jumlah yang dirawat pada triwulan keempat (oktober, November, dan Desember) 2014 terdapat 1015 pasien (727 laki-laki dan 288 perempuan) pasien yang MRS. Perilaku kekerasan merupakan diagnosa yang terbanyak pertama yaitu 538 pasien (53,01%) terdiri dari pasien laki-laki sebanyak 458 orang dan perempuan sebanyak 80 orang. Terjadi peningkatan jumlah pasien yang dirawat pada triwulan keempat sebanyak 117 pasien (13%), dan

peningkatan jumlah pasien dengan diagnosa keperawatan perilaku kekerasan sebanyak 56 pasien (11,62%), dengan rata-rata hari rawat pasien dengan diagnosa perilaku kekerasan adalah 7-8 hari (Bidper RSJ RW, 2014).

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antar 15-25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan perilaku kekerasan banyak sekali.

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat menjadi dua bentuk yaitu sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Utari dan Kartina, 2020). Resiko perilaku kekerasan lebih banyak dijumpai pada Perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Estimasi menyatakan bahwa sebesar 1,1 perilaku kekerasan terjadi pada Perempuan dan 0,9 terjadi pada laki-laki. Resiko perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernafasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amik, serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Pardede, Siregar, dan Hulu, 2020).

Intervensi pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan pemberian SP 1 cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan memukul bantal serta menyalurkan energi, SP II dengan pemberiaan obat, SP III melatih dengan

cara verbal, SP IV dengan cara spiritual. Intervensi tersebut dilakukan kepada pasien dengan diberikan jadwal kegiatan sehari-hari dalam upaya mengevaluasi kemampuan pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan (Prasetya, 2018). Teknik yang dapat dilakukan dengan mudah dan dapat dilakukan dimana saja adalah teknik relaksasi nafas dalam.

Teknik relaksasi nafas dalam adalah suatu teknik dalam terapi perilaku untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Teknik ini dapat digunakan bagi pasien tanpa bantuan terapis dan mereka dapat melakukannya untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dialaminya pada kehidupan sehari-hari. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat atau dalam. Keteraturan dalam bernafas menyebabkan sikap mental dan badan rileks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya menjadi kaku (Wiramihardja, 2017).

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan pada pasien yang mengalami masalah gangguan kejiwaan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang telah dijelaskan, maka didapatkan rumusan masalah penelitian ini “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada An. S dengan resiko perilaku kekerasan diruang Mawar Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Widiodiningrat Lawang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan pada An. S dengan resiko perilaku kekerasan di Ruang Mawar di RSJ dr. Radjiman Widioningrat Lawang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Pengkajian Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Mawar RSJ dr Radjiman Wediodingrat Lawang.
2. Mengidentifikasi Diagnosa Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Mawar RSJ dr Radjiman Wediodingrat Lawang.
3. Mengidentifikasi Rencana Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Mawar RSJ dr Radjiman Wediodingrat Lawang.
4. Mengidentifikasi Tindakan Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Mawar RSJ dr Radjiman Wediodingrat Lawang.
5. Mengidentifikasi Evaluasi Keperawatan pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Ruang Mawar RSJ dr Radjiman Wediodingrat Lawang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan informasi juga pengalaman bagaimana cara memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Manfaat Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mampu melakukan dan penerapan aplikasi teori dalam menghadapi klien dengan resiko perilaku kekerasan agar bisa menimbulkan efektifitas yang diharapkan.

b. Manfaat Bagi Institusi

Sebagai bahan kepustakaan dan sumber bacaan untuk meningkatkan kualitas Pendidikan keperawatan khususnya dengan resiko perilaku kekerasan.

c. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

d. Bagi Profesi Keperawatan

Kegiatan ini bisa menjadi salah satu sumber referensi dalam bidang keperawatan terutama terkait manajemen resiko perilaku kekerasan. Selain itu, profesi keperawatan diharapkan juga bisa mengkaji secara menyeluruh baik dari aspek fisik maupun psikologis, dan mengembangkan intervensi yang

tepat dalam mengatasi adanya kekambuhan yang muncul pada klien yang telah pulang dari rumah sakit.

e. Bagi Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan dan peduli terhadap kondisi pasien-pasien disekitarnya, salah satunya terhadap orang dengan gangguan kesehatan mental dan keluarganya. Masyarakat diharapkan mampu memberi dukungan dan semangat kepada mereka, karena dukungan dan respon positif yang diberikan akan sangat berarti dalam membantu mereka untuk menyesuaikan diri di tengah masyarakat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah (split), dan “*frenia*” yang artinya jiwa dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) (Yosep, 2016). Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai dimana mana sejak dahulu kala. Sebelum Kraepelin tidak ada kesatuan pendapat mengenai berbagai gangguan jiwa yang sekarang dinamakan skizofrenia (Sutejo, 2016). Gangguan skizofrenia adalah sekelompok psikotik yang mempengaruhi area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Natsir, 2017).

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatri mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Maramis, 2015). Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antar 15-25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi.

Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan perilaku kekerasan banyak sekali.

2.1.2 Etiologi

Menurut Yosep (2016) ada beberapa teori yang menguraikan faktor-faktor yang menjadi penyebab skizofrenia hebefrenik, yaitu :

a. Diastasis Stres Model

Teori ini menggabungkan antara faktor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehinggadapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga faktor tersebut saling mempengaruhi secara dinamis.

b. Faktor Biologis

Dari faktor biologis dikenal suatu hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dipaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia. Penelitian terbaru juga menunjukkan pentingnya neurotransmitter lain termasuk serotonin, norepinefrin, glutamate dan *Gamma Aminobutyric Acid* (GABA). Selain perubahan yang sifatnya neurokimiawi, penelitian menggunakan *ST SCAN* ternyata ditemukan perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atropi koteks atau atropi otak kecil (*cerebellum*), terutama pada penderita skizofrenia

Faktor genetic telah dibuktikan secara meyakinkan resiko Masyarakat umum 1% pada orang tua resiko 5% pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah dipisahkan dari orang tua sejak lahir, anak dari kedua orangtua

skizofrenia 40%. Pada kembar monizigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12%.

c. Faktor Psikososial

Menurut Prabowo (2015) teori yang terkait faktor psikososial yaitu :

1. Teori Perkembangan

Ahli teori Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia.

2. Teori Belajar

Menurut teori ahli belajar (*learning theory*), anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yang buruk selama anak-anak.

3. Teori Keluarga

Tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia. Namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsi.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Stuart (2016) perjalanan skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu :

a. Fase Prodromal

Pada fase ini biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi

jelas. Gejala tersebut meliputi : fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan "orang ini tidak seperti dulu". Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya.

b. Fase Aktif

Pada fase aktif gejala positif/ psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkohernsi, waham, perilaku kekerasan disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, apabila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan.

c. Fase Residual

Pada fase ini gejala-gejalannya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/ psikotiknya sudah berkurang. Sudah disamping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase diatas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan bicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial).

Gejala skizofrenia hebefrenik dapat dibagi menjadi dua kelompok menurut Bleuler dalam Keliat (2019) yaitu :

1. Gejala Primer : gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan, autism
2. Gejala Sekunder : waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

2.1.4 Penatalaksanaan

Menurut Purwaningsih & Karlina (2015) penatalaksanaan skizofrenia antara lain:

a. Psikofarmaka

Pada dasarnya semua obat anti psikosis mempunyai efek primer (efek klinis) yang sama pada dosis ekuivalen, perbedaan utama pada efek sekunder (efek samping : sedasi, otonomik, ekstrapiramidal).

b. Psikoterapi

Psikoterapi suportif individual atau kelompok sangat membantu mempersiapkan pasien kembali kemasyarakat, selain itu sangat baik untuk mendorong pasien bergaul dengan orang lain, pasien lain, perawat dan dokter.

2.2 Konsep Keperawatan Perilaku Kekerasan

2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan

Konsep dasar perilaku kekerasan merupakan hal yang penting dalam memahami fenomena kekerasan yang dapat terjadi dalam berbagai konteks kehidupan manusia. Perilaku kekerasan melibatkan tindakan yang disengaja dan memiliki tujuan untuk menyakiti, merugikan, atau mengintimidasi individu atau kelompok lain. Untuk memahami lebih dalam, kita dapat merinci beberapa elemen kunci yang terkait dengan perilaku kekerasan ini (Nur Fajariyah, 2023). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Hal tersebut dilakukan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah yang tidak konstruktif.

2.2.2 Etiologi

Adapun beberapa faktor penyebab perilaku kekerasan (Witojo & Widodo, n.d. 2015) seperti :

1. Faktor Predisposisi

a. Faktor Biologis

- a) Teori dorongan Naluri (*Instuctual drive theory*) teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.
- b) Teori psikomatik pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga, sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat marah.

b. Faktor Psikologis

- a) Teori Agresif Frustrasi (*Frustration aggression theory*) teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustrasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustrasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.
- b) Teori perilaku (*Behavioral Theraphu*) kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. Reinforcement yang diterima melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan didalam maupun diluar rumah.

c) Teori Eksistensi (*Existential Theory*) salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

2. Faktor Preipitasi

Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stressor yang berasal dari luar maupun dari dalam. stressor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lainlain. Stressor yang berasal dari dalam dapat berupa, kehilangan keluarga atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain-lain. Selain itu, Lingkungan yang kurang kondusif, seperti penuh penghinaan, seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

2.2.3 Mekanisme Koping

Mekanisme koping perilaku kekerasan adalah bentuk respons yang sangat tidak sehat terhadap situasi stres, tekanan, atau ketidakpuasan yang dialami individu. Dalam konteks ini, individu merespons situasi sulit atau konflik dengan menggunakan perilaku agresif atau kekerasan sebagai cara untuk mengatasi atau menghadapi perasaan negatif mereka. Meskipun mungkin terlihat sebagai upaya untuk mengatasi stres, ini adalah bentuk mekanisme koping yang sangat merugikan, baik bagi individu yang bersangkutan maupun bagi orang lain yang terlibat. Beberapa contoh mekanisme koping perilaku kekerasan meliputi:

1. Kemarahan Fisik

Individu yang kesulitan mengendalikan kemarahan mereka mungkin merespons dengan tindakan fisik, seperti memukul, menendang, atau

merusak bendabenda di sekitar mereka. Ini bisa berakibat pada cedera fisik atau bahkan tindakan kekerasan yang lebih serius.

2. Intimidasi atau Pelecehan

Dalam situasi konflik, beberapa individu mungkin mencoba mengatasi ketidakpuasan mereka dengan mengintimidasi atau melecehkan orang lain secara verbal atau fisik. Ini menciptakan lingkungan yang tidak aman dan merugikan dalam hubungan personal maupun lingkungan kerja.

3. Perilaku Merusak

Sebagai respons terhadap stres atau ketidakpuasan, individu mungkin merusak properti, barang-barang, atau benda-benda yang berharga. Tindakan merusak ini dapat merugikan diri sendiri dan orang lain.

4. Kekerasan Diri

Terkadang, mekanisme koping kekerasan juga bisa mengarah pada tindakan kekerasan terhadap diri sendiri, seperti cedera diri atau percobaan bunuh diri.

Hal ini mencerminkan tingkat distress yang tinggi dan perlu penanganan medis serius.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari mekanisme koping perilaku kekerasan mencakup beragam tanda dan gejala yang dapat dikenali dalam perilaku individu yang merespons stres, konflik, atau ketidakpuasan dengan cara agresif atau kekerasan (Siauta et al., 2020). Mekanisme koping ini mengungkapkan berbagai tingkat keparahan, dan manifestasi klinisnya akan berbeda dari satu individu ke individu lainnya. Namun, beberapa aspek umum dari manifestasi ini termasuk:

1. Agresif Fisik

Salah satu tanda utama dari mekanisme koping ini adalah keterlibatan individu dalam tindakan fisik agresif. Ini bisa mencakup memukul, menendang, merusak barang-barang, atau bahkan melukai fisik diri sendiri dalam situasi ketidakmampuan mengendalikan emosi.

2. Agresif Verbal

Individu yang mengadopsi mekanisme koping kekerasan seringkali menggunakan katakata kasar, ancaman, penghinaan, atau bahasa yang merendahkan untuk mengintimidasi atau menyakiti orang lain secara verbal. Agresi verbal ini dapat menciptakan suasana yang tidak sehat dalam komunikasi interpersonal.

3. Kemarahan Eksplosif

Kemarahan yang eksplosif dan sulit dikendalikan sering menjadi karakteristik perilaku individu ini. Mereka mungkin merespons situasi dengan kemarahan yang mendalam dan meledak-ledak tanpa kontrol diri yang memadai.

4. Kerusakan Properti

Perilaku merusak juga sering terlihat, di mana individu merusak barang-barang atau properti sebagai bentuk ekspresi dari ketidakmampuan mengatasi stres.

5. Intimidasi dan Pelecehan

Individu dapat mencoba mengintimidasi atau melecehkan orang lain sebagai cara untuk mencapai tujuan mereka atau untuk merasa lebih berkuasa. Ini menciptakan hubungan yang tidak seimbang dan merugikan.

6. Ketidakstabilan Hubungan

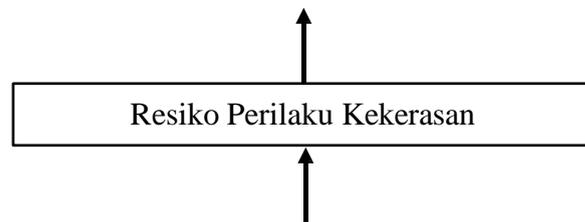
Mekanisme koping kekerasan seringkali mengakibatkan hubungan sosial yang tidak stabil. Orang yang bersangkutan mungkin mengalami isolasi sosial karena perilaku agresif mereka.

7. Kekerasan Diri

Dalam kasus yang lebih serius, mekanisme koping kekerasan dapat berubah menjadi tindakan kekerasan terhadap diri sendiri, seperti cedera diri atau bahkan percobaan bunuh diri. Ini mencerminkan tingkat distress yang sangat tinggi.

2.2.5 Pohon Masalah

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



Gangguan Konsep Diri Harga Diri Rendah

Sumber : Sutejo, 2017

Gambar 2.1 Pohon Masalah

2.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan untuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Untuk terapi non medis seperti terapi generalis, Untuk mengenal masalah perilaku kekerasan secara fisik : Nafas dalam dan pukulan bantal, minum obat yang teratur, berkomunikasi verbal dengan baik, Spiritual: Beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok.

2.2.7 Rentang Respon Marah

Menurut Yosep, (2016) dalam Elvits (2018) orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “ Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 Rentang respon Perilaku Kekerasan

Menurut (Keliat, 1996 dalam Puja 2017)

Tabel 2.1 Rentang respon kekerasan

Asertif	Frustrasi	Pasif	Agresif	Kekerasan
Klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.	Klien gagal mencapai tujuan kepuasan atau saat marah dan dapat menemukan alternatif.	Klien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berbahaya dan menyerah.	Klien mengekspresikan secara fisik, tetapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.	Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang control, disertai amuk, merusak lingkungan.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan wawancara. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Pengkajian kesehatan mental melalui wawancara atau anamnesis harus memperhatikan respon verbal dan nonverbal klien. Respon ini dapat menjadi gambaran, tanda dan gejala perilaku dan emosional klien. Tanda dan gejala adalah temuan objektif yang dapat diobservasi (contoh : feke yang terbatas).

Gejala atau simptom adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh klien (perasaan sedih atau mudah lelah). Kerana itu ketempilan wawancara pada klien oleh tenaga kesehatan berperan penting untuk memperoleh kelengkapan dan kevalidasian pengkajian (Wuryaningsih, E, W., Windarti, H, D., Dewi, E, Deviantony, F., & Kurniyawan, 2018).

Ada dua jenis anamnesis yaitu alloanamnesis atau heteroanamnesis dan autoanamnesis. Alloanamnesis merupakan pemeriksaan yang diperoleh dari selain klien yang bersangkutan yaitu bisa pada keluarga klien untuk mengetahui riwayat klien dengan baik. Autoanamnesis merupakan pemeriksaan atau wawancara yang dilakukan pada klien atau yang bersangkutan (Wuryaningsih, E, W., Windarti, H, D., Dewi, E, Deviantony, F., & Kurniyawan, 2018).

Pengkajian adalah unsur utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologi, psikologis, sosial dan spiritual (Keliat, Budi Ana 1998:3) dalam (Elvita, 2018).

1. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 – 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan sd.

2. Alasan masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain.

3. Faktor predisposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakandari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan criminal. Menanyakan pada klien

tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, Adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan.

4. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

5. Psikososial

a. Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah.

2) Identitas diri

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan.

3) Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

4) Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka akan cenderung menunjukkan amarahnya.

5) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perikau kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal perilaku kekerasan marah yang tidak bisa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah.

6. Status mental

a) Penampilan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya, rambut tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam.

b) Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketu, berbicara dengan kata-kata kotor.

c) Aktivitas motoric

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah jalan mondar mandir.

d) Afek dan emosi

Untuk klien perilaku kekerasan afek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membanting barang-barang atau melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak.

e) Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensif bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar, bermusuhan dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Cenderung menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain.

f) Presepsi/ sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami persepsi sensori sebagai penyebab.

7. Proses pikir

a. Proses pikir (arus pikir)

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirnya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasi yang cenderung menyenangkan dirinya.

b. Isi pikirnya

Pada klien perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman.

8. Tingkat kesadaran

Pada klien perilaku kekerasan tidak sadar, bingung, dan apatis, terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat kesadarannya bingung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

9. Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang

10. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tagang, kegelisahan.

11. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif

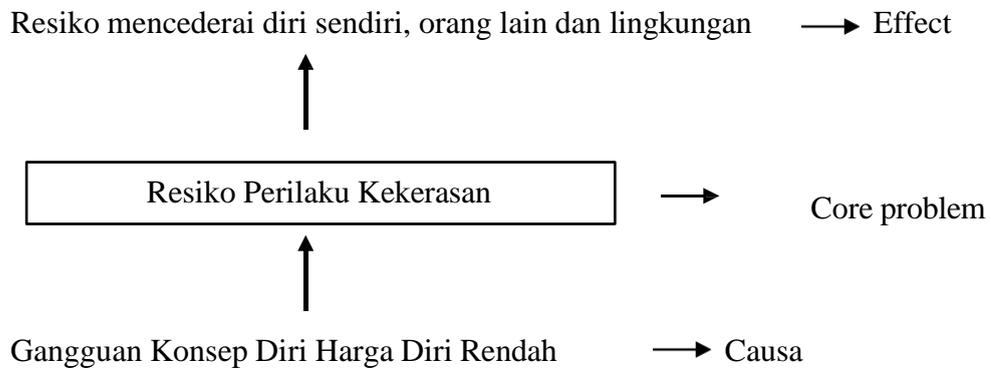
12. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan atau klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyatakan hal-hal diluar dirinya menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah.

13. Mekanisme koping

Mekanisme koping klien perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan dengan menggunakan cara maladaptive seperti minum alcohol, merokok reaksi lambat atau berlebihan. Menghidar, mencederai diri sendiri atau lainnya.

2.3.2 Pohon Masalah



Sumber : Sutejo, 2017
Gambar 2.3

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

2.3.4 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Resiko Perilaku Kekerasan	TUK 1 : 1. Klien dapat melakukan BHSP Kriteria Hasil : 1. Klien mampu menjawab salam 2. Klien mampu berjabat tangan 3. Klien mampu menyebutkan nama dan tersenyum 4. Klien mampu melakukan kontak mata dengan perawat 5. Klien mampu mengetahui nama perawat	Intervensi : Bina Hubungan Saling Percaya Tindakan : 1. Beri salam setiap hendak melakukan interaksi 2. Perkenalkan nama perawat, dan nama panggilan perawat, serta tujuan berkenalan 3. Tanyakan nama klien dan panggilan kesukaan 4. Tanyakan perasaan klien dan 14 kontak mata dengan perawat 5. Buat kontrak interaksi selanjutnya
	TUK 2 : 1. Mengidentifikasi Penyebab Kekerasan Kriteria Hasil : 1. Klien mampu mengungkapkan perasaannya	Intervensi : 1. Berikan kesempatan mengungkapkan perasaan 2. Bantu klien mengungkapkan perasaan jengkel/ kesal

	2. Klien mampu mengungkapkan rasa jengkelnya	3. Dengarkan ungkapan rasa marah dan perasaan bermusuhan klien dengan sikap tenang.
	TUK 3 : 1. Mengidentifikasi cara mengontrol kekerasan Kriteria Hasil : 1. Klien mampu mengungkapkan perasaannya	Intervensi: 1. Bantu memilih cara yang paling tepat 2. Bantu mengidentifikasi manfaat cara yang telah dipilih 3. Beri informasi positif atas keberhasilan yang di capai dalam simulasi
	TUK 4 : 1. Menggunakan obat dengan benar (sesuai program) Kriteria Hasil: 1. Klien dapat menyebutkan obat-obat yang diminum dan kegunaannya	Intervensi: 1. Diskusikan dengan klien tentang obat (dosis obat, frekuensi, efek samping) 2. Berikan informasi tentang klien obat

2.3.5 Tindakan Keperawatan

Adapun Implementasi Keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi yang dilakukan yaitu SP 1 sampai SP 3 dan dengan mengajari Klien untuk melakukan pukulan bantal.

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Adapun Evaluasi Keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif. Diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat dengan benar . Format

evaluasi untuk menilai kemampuan pasien keluarga dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan (Waluyo & Nabella, 2022).

2.4 Konsep Teknik Relaksasi Nafas Dalam

2.4.1 Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi adalah suatu teknik dalam terapi perilaku untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Teknik ini dapat digunakan bagi pasien tanpa bantuan terapis dan mereka dapat melakukannya untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dialaminya pada kehidupan sehari-hari. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan pasien dengan memejamkan mata dan bernafas dengan perlahan dan nyaman (Smelzer et al, 2010)

Relaksasi nafas dalam merupakan upaya untuk mengurangi ketegangan jiwa. Latihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensita yang lebih lambat atau dalam. Keteraturan dalam bernafas menyebabkan sikap mental dan badan yang rileks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya menjadi kaku (Wiramihardja, 2007).

2.4.2 Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Menurut (Setyodi,2011) tujuan teknik relaksasi nafas dalam yaitu :

1. Pasien mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman
2. Pasien tidak mengalami stress
3. Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan
4. Mengurangi kecemasan yang ada

2.4.3 Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

1. Tutup mata perlahan-lahan
2. Pasien menarik nafas dalam dan panjang, mengisi paru dengan udara
3. Kemudian dalam perhitungan ketiga hirup udara lalu dihembuskan perlahan-lahan. Lakukan hitungan bersama pasien
4. Pasien dapat bernafas kembali dengan normal
5. Ulangi kegiatan menarik nafas dalam dan menghembuskannya. Biarkan hanya kaki dan telapak kaki yang rileks. perawat meminta pasien untuk mengosentrasi pikiran pada kakinya yang terasa ringan dan hangat.
6. Pasien mengulangi Langkah keempat dan mengonsentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung, dan kelompok otot yang lain.
7. Setelah seluruh tubuh pasien merasa rileks dan nyaman, anjurkan untuk bernafas perlahan-lahan.
8. Terapi diberikan sebanyak tiga kali selama tiga hari dengan waktu 15 menit.

2.4.4 Mekanisme Teknik Relasasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan

Relaksasi merupakan upaya untuk mengurangi ketegangan, pertama-tama pada jasmani, yang pada akhirnya mengakibatkan mengendurnya ketegangan pada jiwa. Terapi relaksasi nafas dalam ini tidak saja menyebabkan efek menenangkan fisik tetapi dapat juga menenangkan pikiran. Oleh karena itu teknik relaksasi nafas dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemam[uan konsentrasi, kemampuan mengntrol diri, dan menurunkan emosi.

Relaksasi nafas dalan dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan, dimana relaksasi nafas dalam merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphin enkafalin. Dilepaskannya hormon endorphin dan

memperkuat daya tahan tubuh, dan menurunkan agitasifitas dalam hubungan antar manusia.

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian

Tanggal MRS : 14 – 09 – 2023
Tanggal Dirawat di Ruangan : 14 – 09 – 2023
Tanggal Pengkajian : 19 – 09 – 2023
Ruang Rawat : Mawar
Nama : An. S (L/P)
Umur : 14 Tahun
Alamat : Kediri
Pendidikan : SD
Agama : Islam
Status : Belum menikah
Pekerjaan : Pelajar
JenisKel. : Perempuan
No CM : -

3.2 ALASAN MASUK

a. DataPrimer

Pasien dibawa kesini karena sering melakukan kekerasan dan juga sering memukul bapaknya, ketika diajak berbicara sering berbicara kotor yang pandangan mudah teralihkan, tangan menggepal, mata melotot

b. DataSekunder

Perawat mengatakan bahwa pasien adalah pasien lama dengan riwayat kekerasan waktu pertama datang Bersama keluarga dan yang kedua datang bersama petugas dinas sosial

c. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pasien saat dikaji selalu marah-marah ketika diajak berbicara dan tidak jelas apa yang dibicarakan tidak jelas.

3.3 RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (FAKTOR PRESIPITASI)

Menurut perawat pasien dibawa ke RSJ lawang pada tanggal 14 September 2023 oleh petugas dinas sosial dikarenakan pasien gelisa, teriak-teriak sulit diarahkan sejak 2 minggu, pasien marah-marah lagi sejak 1 bulan lalu memberat 2 minggu ini sering ngomel-ngomel, bicara ngelantur, banyak bicara, merusak barang-barang, memukul siapa saja yang mendekat, sulit diarahkan dan sulit diajak control ke RSJ dan lalu keluarga menyerahkan pasien ke pihak dinas sosial.

3.4 RIWAYAT PENYAKIT DAHULU (FAKTOR PREDISPOSISI)

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

- Ya
- Tidak

Jika Ya, Jelaskan kapan, tanda gejala/keluhan :

Pasien ketika dikaji perilaku tidak sesuai dengan anak seusianya dan dulu pernah dirawat di RSJ dr Radjiman Widiodynamicrat Lawang.

2. Faktor Penyebab/Pendukung :

a. Riwayat Trauma

	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1. Aniaya fisik	14 Tahun	Ayah	√
2. Aniaya seksual
3. Penolakan
4. Kekerasan dalam keluarga
5. Tindakan kriminal

Jelaskan:

Pasien pernah mendapat bullyin pada teman temannya waktu disekolah dan sering diolok-olok oleh temennya

Diagnosa Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

b. Pernah melakukan upaya / percobaan / bunuh diri

Jelaskan:

Pasien tidak pernah mengakui percobaan bunuh diri

Diagnosa Keperawatan : -

c. Pengalaman masalah yang tidak menyenangkan (peristiwa kegagalan, kematian, perpisahan)

Jika ada jelaskan :

Pasien mempunyai riwayat bullying saat masih disekolah dan menyebabkan pasien suka marah-marah dan tidak percaya diri

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

d. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

- Ya
- Tidak

Jika ya Jelaskan

Pasien tidak mengalami penyakit fisik

Diagnosa Keperawatan : -

e. Riwayat Penggunaan NAPZA

Pasien memiliki riwayat mengonsumsi minuman keras dan merokok

Diagnosa Keperawatan : -

3. Upaya yang telah dilakukan terkait kondisi di atas dan hasilnya :

Jelaskan :

Perawat ruangan mengatakan pasien pernah di bawa ke RSJ oleh keluarganya dan pasien kambuh lagi marah-marah sulit diarahkan dan keluarga menyerahkan pasien ke pihak dinas sosial lalu oleh dinas sosial dibawa ke RSJ untuk melakukan pengobatan kembali.

Diagnosa Keperawatan : kesiapan peningkatan kesehatan

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Anggotakeluarga yang gangguan jiwa ?

Ada

Tidak

Jika ada :

Hubungankeluarga : -

Gejala : -

Riwayat pengobatan : -

Diagnosa Keperawatan : -

3.5 PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL (Sebelum dan sesudah sakit)

1. Genogram:

Jelaskan:

Pasien dibawa ke RSJ oleh pihak dinas sosial waktu pengkajian tidak bertemu oleh pihak dinas sosial

Diagnosa Keperawatan :

2. Konsep Diri

a. Citra tubuh :

Pasien mengatakan sudah menyukai semua bentuk tubuhnya. Saat ditanya terkait bagian tubuh yang dirasa paling disukai dan tidak disukai, pasien mengatakan semua disukai dan paling disukai adalah matanya dan tidak disukai telapak tangannya karena mengelupas kulitnya dan pasien menyadari bahwa dirinya suka marah-marah

b. Identitas :

Pasien mengenalkan dirinya sebagai An.S seorang perempuan yang berumur 14 tahun dan masih sekolah.

c. Peran :

pasien mengatakan dirinya sebagai seorang anak. Dan pasien ada keinginan untuk pulang.

d. Ideal diri :

Pasien mengakui dirinya sebagai pelajar dan mengalami bullying sampai pasien berhenti sekolah dan pernah masuk ke RSJ dr Radjiman Widiadinigrat Lawang

e. Harga diri :

Pasien mengatakan malu karena pernah dapat bullying waktu masih disekolah, pasien merasa tidak percaya diri

Diagnosa Keperawatan : Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti/terdekat

Pasien tidak mau menjawab siapa orang terdekatnya

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat dan hubungan sosial

Pasien mengatakan pernah mengikuti latihan sepak bola waktu masih sekolah dan di RSJ pasien suka bermain bola

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien kesulitan berinteraksi dengan orang lain karena bicara yang tidak bisa dimengerti

Diagnosa Keperawatan :

4. Spiritual

a. Agama

Pasien mengatakan dia adalah seorang yang beragama Kristen, namun perawat ruangan mengatakan pasien adalah seorang muslim

b. Pandangan terhadap gangguan jiwa

Pasien mengatakan bahwa dirinya mengalami sakit karena sering mendapat bullying dari teman-temannya

Diagnosa Keperawatan: Gangguan Identitas Diri.

3.6 PEMERIKSAAAN FISIK

1. Keadaan umum

Pasien composmentis, dengan GCS 4/5 K/U lemah. Kontak mata tidak ada dan focus mudah teralihkan. Pasien tampak lusuh.

2. Kesadaran (Kuantitas)

Composmentis dengan GCS 4/5

3. Tanda vital:

TD : 82/52 mm/Hg

N : 94 x/menit

S : 36,3 C^o

P : 20 x/menit

4. Ukur:

BB : 39 Kg

TB : 145 Cm

5. Keluhan fisik:

Jelaskan :

Pasien tanpa lemas dan sejak tadi pagi BAB lebih dari 3x dengan konsistensi cair

Diagnosa Keperawatan : Diare

3.7 STATUS MENTAL

1. Penampilan (Penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan)

Jelaskan:

Pasien berpenampilan sesuai dengan usianya tanpa berpakaian rapi dan sudah mandi dan bersih

Diagnosa Keperawatan: -

2. Pembicaraan (Frekuensi, Volume, Jumlah, Karakter) :

Jelaskan:

Frekuensi : Cepat

Volume : Nada bicara pasien tinggi dan tidak mampu mengontrol bicaranya

Jumlah : seperlunya dan perlu ditanya berulang ulang

Karakter : kata-kata bersambung

Diagnosa Keperawatan: Gangguan Komunikasi Verbal

3. Aktifitas motorik/Psikomotor

Kelambatan :

Hipokinesia, hipoaktifitas

Katalepsi

Sub stupor katatonik

Fleksibilitas sereal

Jelaskan:

Pasien melakukan Gerakan yang minimal, dan tidak memiliki minat untuk melakukan aktivitas hanya diam ditempat tidur saja

Peningkatan :

- Hiperkinesia,hiperaktifitas
- Stereotipi
- Gaduh Gelisah Katatonik
- Mannarism
- Katapleksi
- Tik
- Ekhopraxia
- Command automatism
- Grimace**
- Otomatisma
- Negativisme
- Reaksikonversi
- Tremor
- Verbigerasi
- Berjalankaku/rigid
- Kompulsif :sebutkan

Jelaskan:

Pasien tanpak kurang gerak dan penurunan aktivitas

Diagnosa Keperawatan : Intoleransi Aktivitas

4. *Mood* dan Afek

a. *Mood*

- Depresi**
- Khawatir
- Ketakutan
- Anhedonia
- Euforia
- Kesepian
- Lain lain

Jelaskan

Pasien tanpak emosi ketika diajak berbicara

b. Afek

- Sesuai
- Tidak sesuai
- Tumpul/dangkal/datar
- Labil**

Jelaskan:

Emosi pasien saat menjawab pertanyaan perawat tanpak labil dengan emosi yang berubah-ubah dengan cepat

Diagnosa Keperawatan : Koping tdiak efektif

5. Interaksi Selama Wawancara

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

Jelaskan:

Kontak mata kurang, klien sering tiba-tiba melamun atau melihat area sekitar. Tidak ada kontak mata dengan lawan berbicara selama wawancara.

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Interaksi Sosial

6. Persepsi Sensorik

a. Halusinasi

- Pendengaran**
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penciuman

b. Ilusi

- Ada
- Tidakada

Jelaskan:

Pasien mengatakan mendapat bisikan dari jefri nicol untuk menggambar tanda love dan mendapat bisikan dari pacar riski arab diramal ditabrak montor yang tiba-tiba datang respon hanya diam

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Persepsi Sensori

7. Proses Pikir

a. ArusPikir:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Koheren | <input type="checkbox"/> Inkoheren |
| <input type="checkbox"/> Sirkumtansial | <input type="checkbox"/> Asosiai longgar |
| <input type="checkbox"/> tangensial | <input type="checkbox"/> <i>Flight of Idea</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Blocking</i> | <input type="checkbox"/> <i>Perseverasi</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Logorhoe</i> | <input type="checkbox"/> <i>Neologisme</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Clang Association</i> | <input type="checkbox"/> Main kata kata |
| <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Lain lain... |

Jelaskan:

Pasien saat berbicara arus pikirnya tidak nyambung, sulit dimengerti dan bicara ngelantur

b. Isi Pikir

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obsesif | <input type="checkbox"/> Fobia,sebutkan..... |
| <input type="checkbox"/> Ekstasi | <input type="checkbox"/> Waham: |
| <input type="checkbox"/> Fantasi | <input type="checkbox"/> Agama |
| <input type="checkbox"/> Alienasi | <input type="checkbox"/> Somatik/hipokondria |
| <input type="checkbox"/> Pikiran bunuh diri | <input type="checkbox"/> Kebesaran |
| <input type="checkbox"/> Preokupasi | <input type="checkbox"/> Kejar / curiga |
| <input type="checkbox"/> Pikiran isolasisosial | <input type="checkbox"/> Nihilistik |
| <input type="checkbox"/> Ide yang terkait | <input type="checkbox"/> Dosa |

- Pikiran Rendah diri
- Pesimisme
- Pikiran magis
- Pikiran curiga
- Sisip pikir
- Siar piker
- Kontrol pikir
- Lain lain :

Jelaskan:

Pasien merasakan rasa kecurigaan kepada semua orang

c. Bentuk pikir :

- Realistik
- Non realistik**
- Dereistik
- Otistik

Jelaskan:

Pasien menjawab pertanyaan tidak sesuai dengan apa yang ditanyakan

Diagnosa Keperawatan: Gangguan Komunikasi Verbal

8. Kesadaran

Orientasi (waktu, tempat, orang)

Jelaskan:

Klien dapat menjawab dengan benar pertanyaan terkait tanggal, tempat hari ini dan mengenal orang sekitar dengan benar.

Meninggi

Menurun:

- Kesadaran berubah**
- Hipnosa
- Confusion
- Sedasi
- Stupor

Jelaskan:

Kesadaran pasien berubah secara kualitatif, kesadaran yang tidak menurun tidak meninggi tidak normal

Diagnosa Keperawatan:

9. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan)
- Gangguan daya ingat jangka menengah (24 jam - ≤ 1 bulan)**
- Gangguan daya ingat pendek (kurun waktu 10 detik sampai 15 menit)

Jelaskan:

Pasien tidak mampu mengingat dengan baik dan bicara selalu ngelantur

Diagnosa Keperawatan: Gangguan Memori

10. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

a. Konsentrasi

- Mudah beralih**
- Tidak mampu berkonsentrasi

Jelaskan:

Pada saat dikaji pasien sering tiba-tiba melamun atau mengantuk dan konsentrasi mudah teralih

b. Berhitung

Jelaskan:

Pasien bisa berhitung dengan baik dan benar

Diagnosa Keperawatan: Konfusi Akut

11. Kemampuan Penilaian

- Gangguan ringan
- Gangguan bermakna

Jelaskan :

Pasien dapat mengambil keputusan mandiri ketika diberikan pilohan mau makan terlebih dahulu ataupun mandi dahulu, pasien memilih untuk makan dulu kemudian mandi

Diagnosa Keperawatan: -

12. Daya Tilik Diri

- Mengingkari penyakit yang diderita
- Menyalah kanhal-hal diluar dirinya

Jelaskan:

Pasien tidak merspon saat dikaji

Diagnosa Keperawatan: -

3.8 KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

- perawatan kesehatan,**
- transportasi,
- tempat tinggal.
- Keuangan dan kebutuhan lainnya.

Jelaskan:

Pasien melakukan ADL dibantu sebagian

2. Kegiatan Hidup Sehari hari

a. Perawatan diri

1) Mandi

Jelaskan :

Pasien mengatakan bahwa dirinya mandi 2x sehari

2) Berpakaian, berhias dan berdandan

Jelaskan :

Pasien menggunakan pakaian dengan baik dan rapi, namun pasien tidak berhias dan berdandan

3) Makan

Jelaskan :

Pasien makan sehari 3x sehari dan makan selalu tidak dihabiskan

4) Toileting (BAK, BAB)

Jelaskan :

Klien BAK sehari bisa 4-5 kali, BAB setiap pagi 1x sehari, pasien bisa pergi ke kamar mandi secara mandiri

Diagnosa Keperawatan: -

b. Nutrisi

Berapa frekwensi makan dan frekwensi kudapan dalam sehari.

Pasien makan 3x sehari jumlah yang dihabiskan tidak pernah dihabiskan kadang saparo

Bagaimana nafsu makannya

Nafsu makan terkadang berubah terkadang tidak nafsu makan

Bagaimana berat badannya.

IMT pasien masuk kedalam kategori normal

Diagnosa Keperawatan: -

c. Tidur

1) Istirahat dan tidur

Tidur siang, lama : 1 jam s/d 2 jam

Tidur malam, lama : 5 jam s/d 6 jam

Aktifitas sebelum/sesudah tidur : jalan-jalan , diam dikasur

Jelaskan

Pasien tidur sekitar 1-2 jam saat siang, tidur malam 5-6 jam. Pasien mengatakan tidak ada gangguan tidur.

2) Gangguan tidur

Insomnia

Hipersomnia

Parasomnia

Lain lain

Jelaskan : Tidak ada gangguan tidur

Diagnosa Keperawatan: -

3. Kemampuan lain lain

Mengantisipasi kebutuhan hidup

Pasien masih terganggu kepada keluarga

- ❑ Membuat keputusan berdasarkan keinginannya,
Pasien masih belum mengambil keputusan
- ❑ Mengatur penggunaan obat dan melakukan pemeriksaan kesehatannya sendiri.
Pasien belum mampu mengatur jadwal minum obat secara mandiri dan melakukan pemeriksaan secara mandiri

Diagnosa Keperawatan: -

4. Sistem Pendukung	Ya	Tidak
Keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teman sejawat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelompok sosial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan :

Pasien memiliki dukungan dari kelompok sosial

Diagnosa Keperawatan: -

3.9 MEKANISME KOPING

Jelaskan :

Pasien mengatakan jika suatu hal tidak sesuai dengan keinginannya pasien selalu meluapkan amarahnya

Diagnosa Keperawatan: Koping Tidak Efektif

3.10 MASALAH PSIKOSOSIALDAN LINGKUNGAN

- ❑ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya

Jelaskan :

pasien menyangkal adanya masalah dengan dukungan sosial. Menurut perawat menjelaskan bahwa keluarga pasien tidak mampu mengatasi anaknya dan diserahkan kepada dinas sosial

- ❑ Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya

Jelaskan :

Pasien mengatakan tidak pernah beradaptasi dengan lingkungan

- ❑ Masalah dengan pendidikan, spesifiknya

Jelaskan :

Pasien pernah sekolah waktu disekolah selalu mendapat bullying oleh temannya.

- ❑ Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya

Jelaskan :

Pasien masih belum pernah bekerja

- ❑ Masalah dengan perumahan, spesifiknya

Jelaskan :

Pasien jarang berkumpul dengan keluarganya

- ❑ Masalah dengan ekonomi, spesifiknya

Jelaskan :

Pasien masih belum memiliki penghasilan semua kebutuhan masih tergantung

- ❑ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya

Jelaskan :

Pasien susah untuk diajak control ke RSJ

- ❑ Masalah lainnya, spesifiknya

Jelaskan :

Pasien tidak pernah terlibat masalah hukum seperti dipenjara

Diagnosa Keperawatan:

3.11 ASPEK PENGETAHUAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan pengetahuan yang kurang tentang suatu hal?

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga saat ini tentang penyakit / gangguan jiwa, perawatan dan penatalaksanaannya faktor yang memperberat masalah (presipitasi), obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah tsb

- ❑ **Penyakit/gangguan jiwa**
- ❑ Sistem pendukung
- ❑ Faktor presipitasi
- ❑ Penatalaksanaan
- ❑ Lain-lain, jelaskan

Jelaskan :

Pasien mengatakan tidak mengetahui apa itu gangguan jiwa. Pasien mengatakan lebih suka sendirian yang artinya perlu penatalaksanaan tentang permasalahan sistem pendukung yaitu teman sebaya

Diagnosa Keperawatan: Defisit Pengetahuan

3.12 ASPEK MEDIS

1. Diagnosis Multi Axis

Axis I :

F20 1. Hebepfrenic Skizofrenia

Z91.1. Personal history of noncompliance with medical treatment and regimen

Axis II :

Axis III :

Axis IV :

Axis V :

2. Terapi Medis

Resperidone 2 mg S. 1-0-1-0 per oral

Klorpormasin 100 mg 0-1-0-1 tb oral

Frimania 200 mg 1-0-1-0 tb oral

Trifleuoprasine 5 mg 1-0-1-0 tb oral

Inj zypreksa 1 amp im pernah gelisah

3.13 ANALISA DATA

NO	DATA	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	DS: - Pasien sering melakukan kekerasan dan sering memukul bapaknya dan sering mendapat bulian pada teman temannya waktu masih sekolah DO: - Pasien saat diajak berbicara suka marah-marah dan mau memukul - Intonasi suara meninggi - Kontak mata tidak ada	Resiko Perilaku Kekerasan (D.0146)
2.	DS: - Pasien mengatakan mendapat bisikan dari jefri nicol untuk menggambar tanda love - Pasien mengatakan juga mendapat bisikan dari pacarnya riski arab diramal ditabrak motor DO: - Pasien tampak berbicara sendiri - Konsentrasi buruk - Respon tidak susai	Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran (D. 0085)
3.	DS: - Pasien merasakan rasa kecurigaan kepada semua orang DO: - Pasien tampak curiga - Isi pikir tidak sesuai realita - Isi pembicaraan sulit dimengerti	Waham curiga (D.0105)
4.	DS: - Pasien mengatakan jika suatu hal tidak sesuai dengan keinginannya pasien selalu meluapkan amarahnya DO: - Pasien jarang berbicara	Koping tidak efektif (D.0096)

	- Perilaku tidak asertif	
5.	DS: - Pasien mengatakan malu karena pernah mendapat bullian waktu masih sekolah dan merasa tidak percaya diri, malu - DO: - Pasien tanpak lusu - Ketika diajak berbicara kontak mata muda teralihkan	Harga Diri Rendah (D.0087)
6	DS : - Pasien mengatakan lebih suka menyendiri dan jarang bersosialisasi dengan orang lain DO: - Kontak mata kurang - Pasien sering malamun - Tidak ada kontak mata dengan lawan berbicara selama wawancara	Gangguan Interaksi Sosial (D.0118)

3.14 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Persepsi Sensori (Halusinasi pendengaran)
3. Waham curiga
4. Koping tidak efektif
5. Harga Diri Rendah
6. Gangguan interaksi sosial

3.15 POHON MASALAH



Gambar 3.1

3.16 PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Halusinasi Pendengaran
3. Harga diri rendah
4. Waham curiga
5. Koping tidak efektif
6. Gangguan interaksi sosial

Lawang, 29 September 2023

Perawat yang mengkaji,

Ana Mungtadzirotul Maghfiroh, S.Kep

NIM/NIRM: 22101006

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN JIWA
KLIEN DENGAN DIAGNOSA RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama : An. S

Ruang : Mawar

No CM :

Unit :

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi									
1.	Resiko Perilaku Kekerasan	<p>Setelah dilakukan 3x pertemuan dengan pasien dapat mengenali resiko perilaku kekerasan diharapkan kontrol diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Kontrol diri (L.09076)</p> <table border="1" data-bbox="690 667 1223 799"> <thead> <tr> <th data-bbox="690 667 1089 711">Indikatot</th> <th data-bbox="1089 667 1156 711">SA</th> <th data-bbox="1156 667 1223 711">ST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="690 711 1089 756">Perilaku menyerang</td> <td data-bbox="1089 711 1156 756">2</td> <td data-bbox="1156 711 1223 756">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="690 756 1089 799">Perilaku agresif</td> <td data-bbox="1089 756 1156 799">2</td> <td data-bbox="1156 756 1223 799">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun / meningkat 2. Cukup menurun / cukup meningkat 3. Sedang 4. Meningkat / menurun 5. Cukup meningkat / cukup menurun 	Indikatot	SA	ST	Perilaku menyerang	2	4	Perilaku agresif	2	4	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali) 2. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis, pisau cukur) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 4. Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 6. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis, relaksasi nafas dalam, bercerita)
Indikatot	SA	ST										
Perilaku menyerang	2	4										
Perilaku agresif	2	4										

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
(Dibuat setiap kali sebelum Interaksi / pertemuan dengan Klien)

Hari Selasa Tanggal 19 September 2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Pasien sering marah-marah, ketika diajak berbicara tanpa marah dan nada bicara tinggi, pasien sering mendapat bisikan

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan
- f. Pasien dapat mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan secara fisik

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab marah
- c. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan
- g. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 (tarik nafas dalam)
- h. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 2 (pukul bantal atau Kasur)
- i. Mengajarkan cara membuat jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. Fase Orientasi

1. Salam terapeutik

“selamat pagi adek perkenalkan nama kakak Ana panggil Ana saja, saya mahasiswa yang dinas pagi ini diruangan ini nama adek siapa? Biasanya dipanggil adek siapa?”

2. Evaluasi / validasi

“bagaimana perasaan adek saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah?”

3. Kontrak

Topik : bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 (Tarik nafas dalam) dan fisik 2 (pukul bantal atau Kasur)

Waktu : berapa lama adek mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?

Tempat : dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat tidur saja?

b. Fase Kerja

“Apa yang menyebabkan adek marah?” Sebelumnya adek pernah marah juga? “Biasanya penyebabnya apa?” Samakah dengan yang sekarang? Pada saat penyebab marah itu ada seperti adek memukul bapaknya atau masalah lainnya apa yang adek rasakan?” Apakah adek merasakan kesal kemudian dada adek berdebar?” Mata melotot, rahang terkatup rapat dan tangan mengepal?” Setelah itu apa yang adek lakukan?” Ohh.. iya jadi adek marah-marah membanting barang-barang apakah dengan cara ini stress adek hilang?” Kira-kira apa kerugian cara yang adek lakukan?” Betul, keluarga jadi takut barang-barang berantakan dan pecah, menurut adek adakah cara lain yang lebih baik?” Maukah adek belajar cara mengungkapkan kemarahan adek dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?” Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan adek salah satunya adalah dengan cara fisik 1 (Tarik nafas dalam) dan fisik 2 (pukul bantal atau Kasur) jadi melalui cara fisik disalurkan rasa marah. ”ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan bagaimana kalau kita belajar cara mengontrol marah? “Begini adek kalau tanda-tanda marah tadi sudah dirasakan maka adek berdiri lalu Tarik nafas dari hidung tahan sebentar lalu keluarkan atau tiup perlahan lahan melalui mulut dan kalau masih ada rasa marahnya adek bisa melakukan dengan fisik 2 dengan cara adek bisa memukul bantal atau Kasur, nah bisa dilakukan sebanyak 5 kali. Bagus sekali adek sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?” Nah sebaiknya latihan ini adek lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu waktu rasa marah itu muncul adek sudah terbiasa melakukannya.

C. FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif (Klien)

Bagaimana perasaan adek setelah berbincang-bincang tentang kemarahan adek?

Evaluasi Objektif (Perawat)

Coba adek ulangi apa yang telah kita lakukan atau pelajari tadi

2. Rancana Tindak Lanjut

Jika adek merasa kesal dengan semua orang sebaiknya adek diskusikan dulu komunikasikan yang baik lalu jangan lupa relaksasi yang diajarkan tadi

3. Kontrak yang akan datang

Topik : bagaimana jika besok kita bertemu lagi untuk membahass ini lagi?

Waktu : adek kira-kira mau berdiskusi yang berapa?

Tempat : lalu dimana kita akan mengobrol kemabali adek?

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : An. S

Ruang : Mawar

No RM :

No Dx	Tanggal dan Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI												
	Selasa, 19 – 09 -2023 Jam : 09.00	<p>Melakukan SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan salaing percaya 2. Menanyakan penyebab resiko perilaku kekerasan 3. Menanyakan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menanyakan akibat resiko perilaku kekerasan 5. Mengajarkan cara mengontrol marah dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan fisik 2 (pukul bantal dan kasur) 6. Mengajarkan cara membuat jadwal kegiatan <p>Mengajarkan Teknik Relaksasi Nafas Dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta pasien untuk menutup matanya perlahan 2. Pasien menarik nafas dalam dengan panjang, untuk mengisi paru dengan udara 3. Kemudian dalam kehitungan ketiga hirup udara lalu dihembuskan perlahan-lahan 4. Minta pasien untu bernafas normal kembali 5. Ulangi nafas dalam-dalam dan buang nafas, biarkan tungkai dan telapak kaki rileks, dan minta pasien untuk memfokuskan pikiran. 6. Minta pasien mengulangi Langkah keempat dan mengosentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung, dan kelompok otot yang lainnya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering dibuly waktu sekolah - Suka marah-marah - Sering mendapat bisikan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien dapat membina hubungan saling percaya -Pasien dapat menjelaskan penyebab resiko perilaku kekerasan -Pasien dapat menyebutkan tanda-tanda resiko perilaku kekerasan - Pasien tidak kooperatif -Ketika diajak berbicara menjawab pertanyaan tidak jelas - Nada berbicara tinggi <p>A :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Indikator</th> <th style="width: 10%;">SA</th> <th style="width: 10%;">ST</th> <th style="width: 10%;">SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku menyerang</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Perilaku agresif</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Resiko perilaku kekerasan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Evaluasi SP 1</p>	Indikator	SA	ST	SC	Perilaku menyerang	2	4	3	Perilaku agresif	2	4	3
Indikator	SA	ST	SC												
Perilaku menyerang	2	4	3												
Perilaku agresif	2	4	3												

		<p>7. Setelah seluruh tubuh pasien merasa rileks dan nyaman, anjurkan untuk bernafas perlahan-lahan</p> <p>8. Diberikan sebanyak tiga kali selama 10 menit.</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih belum bisa mengontrol emosinya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih belum bisa mengikuti arahan perawat - Pasien tidak kooperatif <p>A :</p> <p>Teknik relaksasi nafas dalam belum terkontrol</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan teknik relaksasi nafas dalam</p>
--	--	---	--

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
(Dibuat setiap kali sebelum Interaksi / pertemuan dengan Klien)

Hari Kamis Tanggal 21 September 2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Pasien sudah sedikit tidak marah-marah, nada bicara masih tinggi, kontak mata kurang

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Pasien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan
- f. Pasien dapat mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan secara fisik

4. Tindakan Keperawatan

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab marah
- c. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan
- g. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 (tarik nafas dalam)
- h. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 2 (pukul bantal atau Kasur)
- i. Mengajarkan cara membuat jadwal kegiatan

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. Fase Orientasi

1. Salam terapeutik

“selamat pagi adek perkenalkan nama kakak Ana panggil Ana saja, saya mahasiswa yang dinas pagi ini diruangan ini nama adek siapa? Biasanya dipanggil adek siapa?”

2. Evaluasi / validasi

“bagaimana perasaan adek saat ini? Masih ada perasaan kesal atau marah?”

3. Kontrak

Topik : bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan latihan fisik 1 (Tarik nafas dalam) dan fisik 2 (pukul bantal atau Kasur)

Waktu : berapa lama adek mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?

Tempat : dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat tidur saja?

b. Fase Kerja

“Apa yang menyebabkan adek marah?” Sebelumnya adek pernah marah juga? “Biasanya penyebabnya apa?” Samakah dengan yang sekarang? Pada saat penyebab marah itu ada seperti adek memukul bapaknya atau masalah lainnya apa yang adek rasakan?” Apakah adek merasakan kesal kemudian dada adek berdebar?” Mata melotot, rahang terkatup rapat dan tangan mengepal?” Setelah itu apa yang adek lakukan?” Ohh.. iyaa jadi adek marah-marah membanting barang-barang apakah dengan cara ini stress adek hilang?” Kira-kira apa kerugian cara yang adek lakukan?” Betul, keluarga jadi takut barang-barang berantakan dan pecah, menurut adek adakah cara lain yang lebih baik?” Maukah adek belajar cara mengungkapkan kemarahan adek dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?” Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan adek salah satunya adalah dengan cara fisik 1 (Tarik nafas dalam) dan fisik 2 (pukul bantal atau Kasur) jadi melalui cara fisik disalurkan rasa marah. ”ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan bagaimana kalau kita belajar cara mengontrol marah? “Begini adek kalau tanda-tanda marah tadi sudah dirasakan maka adek berdiri lalu Tarik nafas dari hidung tahan sebentar lalu keluarkan atau tiup perlahan lahan melalui mulut dan kalau masih ada rasa marahnya adek bisa melakukan dengan fisik 2 dengan cara adek bisa memukul bantal atau Kasur, nah bisa dilakukan sebanyak 5 kali. Bagus sekali adek sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?” Nah sebaiknya latihan ini adek lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu waktu rasa marah itu muncul adek sudah terbiasa melakukannya.

c. FASE TERMINASI

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan

Evaluasi Subjektif (Klien)

Bagaimana perasaan adek setelah berbincang-bincang tentang kemarahan adek?

Evaluasi Objektif (Perawat)

Coba adek ulangi apa yang telah kita lakukan atau pelajari tadi

2. Rencana Tindak Lanjut

Jika adek merasa kesal dengan semua orang sebaiknya adek diskusikan dulu komunikasikan yang baik lalu jangan luoa relaksasi yang diajarkan tadi

3. Kontrak yang akan datang

Topik : bagaimana jika besok kita bertemu lagi untuk membahass ini lagi?

Waktu : adek kira-kira mau berdiskusi yang berapa?

Tempat : lalu dimana kita akan mengobrol kemabali adek?

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : An. S

Ruang : Mawar

No RM :

No Dx	Tanggal dan Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI												
	Kamis, 21 – 09 -2023 Jam : 09.00	<p>Melakukan SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan salaing percaya 2. Menanyakan penyebab resiko perilaku kekerasan 3. Menanyakan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan 4. Menanyakan akibat resiko perilaku kekerasan 5. Mengajarkan cara mengontrol marah dengan cara fisik 1 (tarik nafas dalam) dan fisik 2 (pukul bantal dan kasur) 6. Mengajarkan cara membuat jadwal kegiatan <p>Mengajarkan Teknik Relaksasi Nafas Dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minta pasien untuk menutup matanya perlahan 2. Pasien menarik nafas dalam dengan panjang, untuk mengisi paru dengan udara 3. Kemudian dalam perhitungan ketiga hirup udara lalu dihembuskan perlahan-lahan 4. Minta pasien untu bernafas normal kembali 5. Ulangi nafas dalam-dalam dan buang nafas, biarkan tungkai dan telapak kaki rileks, dan minta pasien untuk memfokuskan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering dibully waktu sekolah - Suka marah-marah - Sering mendapat bisikan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat membina hubungan saling percaya - Pasien dapat menjelaskan penyebab resiko perilaku kekerasan - Pasien dapat menyebutkan tanda-tanda resiko perilaku kekerasan - Pasien kooperatif - Ketika diajak berbicara menjawab pertanyaan dengan jelas - Nada berbicara sudah tidak tinggi <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Indikator</th> <th style="text-align: center;">SA</th> <th style="text-align: center;">ST</th> <th style="text-align: center;">SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku menyerang</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku agresif</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>A :</p> <p>Tujuan SP 1 teratasi</p> <p>P :</p> <p>P untuk pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan fisik 1 (tarik nafas dalam dan fisik 2 (pukul bantar dan Kasur) <p>P untuk perawat</p> <p>Ajarkan cara meminum obat 6</p>	Indikator	SA	ST	SC	Perilaku menyerang	2	4	4	Perilaku agresif	2	4	4
Indikator	SA	ST	SC												
Perilaku menyerang	2	4	4												
Perilaku agresif	2	4	4												

		<p>pikiran.</p> <p>6. Minta pasien mengulangi Langkah keempat dan mengosentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung, dan kelompok otot yang lainnya</p> <p>7. Setelah seluruh tubuh pasien merasa rileks dan nyaman, anjurkan untuk bernafas perlahan-lahan</p> <p>8. Diberikan sebanyak tiga kali selama 10 menit.</p>	<p>benar untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol marahnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah tampak lebih tenang - Pasien sudah bisa mengikuti arahan perawat <p>A :</p> <p>Teknik relaksasi nafas dalam terkontrol</p> <p>P :</p> <p>Hentikan teknik relaksasi nafas dalam</p>
--	--	---	--

--

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
(Dibuat setiap kali sebelum Interaksi / pertemuan dengan Klien)

Hari Jum'at Tanggal 22 September 2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien :

Pasien sudah dapat diajak mengobrol, berbicara pasien sudah tidak ada rasa marah, pasien sudah terkontrol, pasien sudah dapat berbicara dengan nyaman meskipun sedikit tidak dimengerti dan konsentrasi masih mudah teralihkan

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus (TUK)

- a. Pasien dapat mengevaluasi latihan fisik 1 dan fisik 2
- b. Menjelaskan cara mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan dengan obat
- c. Pasien dapat memasukkan pada jadwal kegiatan harian untuk latihan

4. Tindakan Keperawatan

- a. Mendiskusikan SP 1
- b. Mengajarkan 6 benar obat
- c. Menjelaskan jenis obat
- d. Menjelaskan kegunaan obat
- e. Menjelaskan dosis obat
- f. Menjelaskan frekuensi obat
- g. Menjelaskan cara meminum obat
- h. Menjelaskan konsistensi minum obat
- i. Mengajarkan cara membuat jadwal obat

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. FASE ORIENTASI

1. Salam Terapeutik

“Selamat pagi adek salwa, sesuai dengan janji saya kemarin kita hari ini bertemu lagi.”

2. Evaluasi / Validasi

Bagaimana adek salwa, sudah dilakukan latihan Tarik nafas? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur.

3. Kontrak

Topik : bagaimana kalau sekarang kita melakukan latihan tentang cara minum obat yang benar, ada 6 prinsip agar adek salwa bisa mengontrol emosi.

Waktu : berapa lama adek mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?

Tempat : Dimana enaknyanya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau ditempat kemarin? Ditempat tidur saja?

b. Fase Kerja

“Adek salwa apakah sudah dilakukan latihan fisik 1 (Tarik nafas dalam) dan fisik 2 (pukul bantal dan kasur)? “ Baik sekarang kita belajar cara minum obat dengan benar” adek obat yang warnanya merah jambu dosisnya 2mg untuk menenangkan pikiran adek dan obat warna putih dosisnya 100 mg agar adek tidak cemas, “ini diminum 2x sehari jam 07.00 dan 16.00, “obat harus diminum kalo adek tidak meminum obat nanti adek tidak bisa mengontrol emosi adek,” adek harus minum sesuai dengan ajuran dokter, “kalo adek meminum obat yang tadi saya sebutnya pikiran adek lebih tenang rasa halusinasi tidak ada lagi bisikan-bisikan yang terdengar. “adek juga dapat mengontrol emosi dengan cara Tarik nafas dan meminum obat. Adek sudah enak tidak ada rasa ingin memukul dan menendang lagi juga tidak ada lagi pikiran untuk melukai orang lain atau diri sendiri.

c. Fase Terminasi

1. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

Evaluasi Subjektif (Klien)

Bagaimana perasaan adek salwa setelah kita berbincang-bincang tentang cara minum obat yang benar

Evaluasi Objektif (Perawat)

Coba adek ulangi apa yang kita bicarakan barusan apakah adek salwa masih ingat?

2. Rencana Tindak Lanjut

Baik adek, besok kita bertemu kembali melihat sejauh mana adek melaksanakan cara minum obat dengan benar. Nanti jika sudah waktunya minum obat diminum obatnya

3. Kontrak yang akan datang

Topik : adek besok kita bertemu lagi ya untuk belajar cara yang ke 3 yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal

Waktu : kira-kira adek salwa mau berdiskusi jam berapa?

Tempat : lalu untuk tempat dimana kita akan mengobrol kembali adek?

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : An. S

Ruang : Mawar

No. RM :

No DX	TANGGAL & JAM	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI
	Jum'at 22 - 09 - 2023 Jam : 09.00	1. Mendiskusikan SP 1 (Latihan fisik 1 dan 2) 2. mengajarkan 6 benar minum obat 3. menjelaskan jenis obat 4. menjelaskan kegunaan obat 5. menjelaskan dosis obat 6. menjelaskan frekuensi obat 7. menjelaskan cara minum obat dengan benar 8. menjelaskan kontinuitas minum obat 9. mengajarkan cara membuat jadwal kegiatan	<p>S : “saya sudah melakukan latihan tarik nafas dan pukul bantal</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat melakukan latihan fisik 1 dan 2 2. Pasien dapat meminum obat 6 benar 3. Pasien dapat mengerti jenis obat yang diminum 4. Pasien dapat mengetahui kegunaan obat <p>A : Tujuan SP 1 teratasi</p> <p>P : P untuk pasien Latihan fisik 1 dan 2 , meminum obat dengan 6 benar</p> <p>P untuk perawat Ajarkan cara mengontrolPK secara verbal</p>

STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN
(Dibuat setiap kali sebelum Interaksi / pertemuan dengan klien)

Hari Sabtu Tanggal 23 September 2023

A. PROSES KEPERAWATAN

1. Kondisi Klien

Pasien kooperatif, tenang, sudah ada kontak mata saat berbicara

2. Diagnosa Keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan Khusus (TUK)

a. Mengevaluasi jadwal harian SP 1 dan SP 2

b. Melatih cara mencegah atau mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal

c. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, mengungkapkan dengan baik, dan meminta dengan baik

d. Mengajarkan cara Menyusun jadwal harian untuk latihan

4. Tindakan Keperawatan

a. Mendiskusikan SP 2

b. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal

c. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, meminta dengan baik

B. STRATEGI KOMUNIKASI DALAM PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN

a. Fase Orientasi

1. Salam Terapeutik

Selamat siang adek, sesuai janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi

2. Evaluasi / Validasi

Bagaimana adek, sudah dilakukan latihan tarik nafas, pukul bantal, dan meminum obat? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur ? coba saya liat jadwal hariannya

3. Kontrak

Topik : bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mengontrol marahnya?

Waktu : berapa lama adek mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?

Tempat :dimana enaknya kita berbincang bincang? Bagaimana kalau ditempat tidur saja?

b. Fase Kerja

“Sekarang kita latihan cara berbicara yang baik untuk mencegah marah, kalau marah sudah disalurkan melalui teknik nafas dalam/ pukul bantal dan minum obat sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah ada 3 caranya adek yang pertama meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah sudah tidak menggunakan kata-kata kasar, yang kedua jika ada yang menyuruh adek dan adek tidak ingin melakukan katakana “maaf saya tidak melakukannya” yang ketiga mengungkapkan perasaan kesal jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal adek dapat mengatakan “saya jika ingin marah karna perkataanmu itu” coba praktekan, bagus!

c. Fase Terminasi

1. Evaluasi Respon Klien Terhadap Tindakan Keperawatan

Evaluasi Subjektif (Klien)

Bagaimana perasaan adek setelah kita berbincang-bincang tentang cara mengontrol marah dengan cara yang baik?

Evaluasi Objektif (Perawat)

Cobak adek sebutkan kembali cara bicara dengan baik yang telah kita pelajari

2. Rencana Tindak Lanjut

Bagus sekarang mari kita masukkan kedalam jadwal, bis akita buat jadwalnya?

3. Kontrak yang akan datang

Topik : bagaimana kalau kita latihan cara lain untuk mencegah cara rasa marah yaitu dengan ibadah

Waktu : bagaimana kalau kita besok berbincang-bincang lagi?

Tempat : mau dimana adek? Bagaimana kalau ditempat yang sama?

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Nama : An. S

Ruang : Mawar

No RM :

No DX	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALAUSI
	<p>Sabtu, 23 – 09- 2023 Jam 13.00</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan SP 1 fisik 1 dan 2, SP 2 cara meminum obat 6 benar 2. Melatih cara mencegah atau mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal 3. Melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, dan meminta dengan baik 4. Mengajarkan cara Menyusun jadwal harian untuk latihan 	<p>S : Saya sudah melakukan tarik nafas dalam pukul bantal dan minum obat 6 benar</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mendiskusikan SP 2 b. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal c. Pasien mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, meminta dengan baik <p>A : Tujuan SP 2 teratasi</p> <p>P : P untuk pasien Latihan minum obat dengan 6 benar dan cara mengontrol emosi secara verbal</p> <p>P untuk perawat Ajarkan cara mengontrol resiko kekerasan dengan ibadah.</p>

ANALISA PROSES INTERAKSI

Inisial klien	: An. S	Nama Mahasiswa	: Ana Mungtadzirotul
Status interaksi perawat – klien	: SP 1	Tanggal	: 19 – 09 - 2023
Lingkungan	: Ruang diskusi berhadapan dengan pasien	Jam	: 09.00
Deskripsi klien	: Pasien tanpak tidak kooperatif	Bangsai	: Mawar
Tujuan (Berorientasi pada klien)	: Dapat membina hubungan saling percaya		

KOMINIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
P : Assalamuaikum perkenalkan nama saya perawat ana K : Waalaikumsalam	P : Kontak mata dan tersenyum K : Ketika diajak berbicara mata pasien mudah teralihkan	Ingin membuka percakapan dengan pasien dan bisa direspon dengan baik,perawat senang bisa dijawab oleh pasien	Masih ragu pada orang baru yang mengobrol dengannya, kontak mata kurang, wajah tanpak mau marah	Salam merupakan pembuka untuk memulai percakapan sehingga terjadi hubungan saling percaya
P : Nama adek siapa? Biasanya senang dipanggil siapa? K : Nama saya An. S dipanggil S saja	P : Berjabat tangan dan tersenyum K : Pasien menjulurkan tangan	Perawat memulai berkenalan dengan menjelaskan kedatangannya, berharap ada timbal balik	Memberi respon yang kurang terhadap pertanyaan yang diberikan oleh perawat	Memperkenalkan diri dapat menciptakan hubungan saling percaya

<p>P : Baiklah bagaimana kalok kita mengobrol biar saking kenal</p> <p>K : Iya</p>	<p>P : Duduk menghadap pasien dan berbicara</p> <p>K : Pasien menjawab pertanyaan kurang menghadap keperawat</p>	<p>Perawat menjalin keakrabannya dengan bertanya perasaan pasien saat ini</p>	<p>Pasien mau mengobrol dengan perawat tetapi masih kurang jelas apa yang dibicarakan</p>	<p>Topik sederhana dapat membantu mendekarkan diri antara perawat dengan pasien</p>
<p>P : Iya bagaimana perasaan adek hari ini</p> <p>K : Pasien tidak menjawab pasien tidak kooperatif</p>	<p>P : Perawat memandang pasien dengan tersenyum</p> <p>K : pasien bercerita tidak jelas</p>	<p>Perawat membina hubungan saling percaya dengan bertanya apa yang dirasakan hari ini</p>	<p>Pasien bercerita tetapi tidak jelas</p>	<p>Bertanya-tanya tentang kondisi pasien merupakan suatu bentuk care terhadap pasien</p>

ANALISA PROSES INTERAKSI

Inisial klien	: An. S	Nama Mahasiswa	: Ana Mungtadzirotul
Status interaksi perawat – klien	: SP 1	Tanggal	: 21 – 09 - 2023
Lingkungan	: Ruang diskusi berhadapan dengan pasien	Jam	: 09.00
Deskripsi klien	: Pasien kooperatif	Bangsai	: Mawar
Tujuan (Berorientasi pada klien)	: Dapat membina hubungan saling percaya		

KOMINIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN	RASIONAL
P : Assalamuaikum perkenalkan nama saya perawat ana K : Waalaikumsalam	P : Kontak mata dan tersenyum K : Ketika diajak berbicara mata pasien mudah teralihkan	Ingin membuka percakapan dengan pasien dan bisa direspon dengan baik, perawat senang bisa dijawab oleh pasien	Sudah tidak ada rasa kecurigaan terhadap orang baru, kontak mata masih mudah teralihkan	Salam merupakan pembuka untuk memulai percakapan sehingga terjadi hubungan saling percaya
P : Nama adek siapa? Biasanya senang dipanggil siapa? K : Nama saya An. S dipanggil S saja	P : Berjabat tangan dan tersenyum K : Pasien menjulurkan tangan	Perawat memulai berkenalan dengan menjelaskan kedatangannya, berharap ada timbal balik	Memberi respon yang kurang terhadap pertanyaan yang diberikan oleh perawat	Memperkenalkan diri dapat menciptakan hubungan saling percaya

<p>P : Baiklah bagaimana kalok kita mengobrol biar saking kenal</p> <p>K : Iya</p>	<p>P : Duduk menghadap pasien dan berbicara</p> <p>K : Pasien menjawab pertanyaan kurang menghadap keperawat</p>	<p>Perawat menjalin keakrabannya dengan bertanya perasaan pasien saat ini</p>	<p>Pasien sudah mau diajak mengobrol tetapi masih sedikit kurang dimengerti</p>	<p>Topik sederhana dapat membantu mendekarkan diri antara perawat dengan pasien</p>
<p>P : Iya bagaimana perasaan adek hari ini</p> <p>K : Pasien menjawab dengan kooperatif</p>	<p>P : Perawat memandang pasien dengan tersenyum</p> <p>K : pasien bercerita sudah Jelas</p>	<p>Perawat membina hubungan saling percaya dengan bertanya apa yang dirasakan hari ini</p>	<p>Pasien bercerita sudah sedikit jelas</p>	<p>Bertanya-tanya tentang kondisi pasien merupakan suatu bentuk care terhadap pasien</p>

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Analisa Karakteristik Pasien

Kasus kelolaan utama dalam karya ilmiah akhir ini adalah pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan sekitar 2 juta kasus dari >50% diantaranya tidak dapat penanganan. Skizofrenis hebefrenik atau disebut juga hebefrenik permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kenakak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan perilaku kekerasan banyak sekali.

Pengkajian dilakukan pada 1 responden, yaitu An.S (14 tahun) jenis kelamin Perempuan, beragama islam, dengan status belum menikah, dan masih bersekolah. Pengkajian dengan menggunakan metode wawancara dan observasi.

4.2 Analisa Masalah Keperawatan Utama Sesuai Judul

Masalah keperawatan utama sesuai judul pada kasus ini dengan kasus resiko perilaku kekerasan. Pengkajian dilakukan pada 1 responden, yaitu An.S (14 tahun), jenis kelamin Perempuan, beragama islam, dengan status belum menikah, dan masih bersekolah. Karya ilmiah akhir ini menggunakan metode wawancara dan observasi serta catatan rekam medis. Pengkajian dilakukan pada pasien diruang mawar (IPCU) RSJ dr. Radjiman Widiadinigrat Lawang. Dengan pemberian SPTK.

a. Resiko Perilaku Kekerasan

Definisi perilaku kekerasan menurut (SDKI DPP PPNI, 2018) Kemarahan yang diekspresikan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan.

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat menjadi dua bentuk yaitu sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Utari dan Kartina, 2020).

Menurut opini peneliti, tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta karena resiko perilaku kekerasan adalah respon terhadap stressor yang tidak dapat dikontrol ataupun dikendalikan yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan atau kemarahan tersebut sebenarnya ingin menyampaikan pesan, bahwa dia tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, dan merasa tidak dituruti atau diremehkan.

4.3 Analisa Intervensi Keperawatan pada Diagnosa Keperawatan Utama

Berdasarkan diagnosa resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah ditandai dengan pasien sering melakukan kekerasan memukul bapaknya. Maka penulis Menyusun rencana keperawatan dengan tujuan klien dapat membina hubungan saling percaya (BHSP), klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan, klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan dan klien dapat mencegah dan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik. Analisa intervensi berdasarkan (SIKI DPP PPNI, 2018) adalah pencegahan perilaku kekerasan. Dengan Observasi : monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali, monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan. Terapeutik : pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. Edukasi : latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif, latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis, relaksasi nafas dalam, bercerita).

Menurut opini peneliti tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta dikarenakan hal ini didukung pada buku (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) bahwa intervensi utama pada diagnose resiko perilaku kekerasan adalah pencegahan perilaku kekerasan dan terapi relaksasi nafas dalam.

4.4 Analisis Implementasi Keperawatan sesuai dengan hasil penelitian

Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan dengan diagnosa hebephrenic skizofrenia dengan intervensi teknik relaksasi nafas dalam. Relaksasi nafas dalam dapat mengatur emosi dan menjaga keseimbangan emosi, sehingga emosi marah tidak berlebihan.

Teknik relaksasi nafas dalam dapat dipercaya menurunkan ketegangan dan dapat memberikan ketenangan. Relaksasi nafas dalam dapat merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen (Zelianti, 2015).

Hasil dari intervensi sebelum dilakukan teknik relaksasi nafas dalam pasien masih marah-marah, mata melotot, tangan mengepal. Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan durasi selama 10 menit pasien sudah lebih tenang, rileks dan mampu mengontrol emosinya. Mekanisme teknik relaksasi nafas dalam ada beberapa yaitu yang pertama pada jasmani, yang pada akhirnya mengakibatkan mengendurnya ketegangan pada jiwa, yang kedua minta pasien untuk menutup mata perlahan-lahan, lalu yang ketiga minta pasien menarik nafas panjang mengisi paru dengan udara, dalam hitungan ketiga hirup udara lalu dihembuskan perlahan-lahan, yang keempat pasien mengonsentrasikan pikiran pada lengan, perut, punggung, dan kelompok otot lainnya, dan setelah tubuh pasien merasa rileks dan nyaman anjurkan untuk bernafas perlahan-lahan.

Menurut opini peneliti tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori kasus karena tetapi teknik relaksasi nafas dalam merupakan pilihan yang sangat efektif untuk

menurunkan kemarahan dan kecemasan. Kelebihan teknik relaksasi nafas dalam ini mudah dilakukan dan tidak ada efek samping apapun dan mampu menurunkan stress dan berbagai gejala yang berhubungan dengan kemarahan dan kecemasan.

4.5 Analisis Evaluasi Hasil Intervensi

Analisa evaluasi resiko perilaku kekerasan dimana peneliti melakukan intervensi kontrol diri dengan terapi nonfarmakologi teknik relaksasi nafas dalam didapatkan perkembangan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam pasien lebih tenang, rileks dan mampu mengontrol emosinya. Menurut (SLKI DPP PPNI, 2018) berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia intervensi utama yang bisa diambil dalam diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan adalah terapi teknik relaksasi nafas dalam dengan ekspektasi membaik.

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah sehingga pada akhirnya dapat mengendurkan ketegangan jiwa (Sari, 2019). Kelebihan dari teknik nafas dalam, selain menyebabkan efek yang menenangkan fisik juga dapat menenangkan pikiran. Oleh karena itu teknik nafas dalam dapat membantu pasien untuk meningkatkan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi dan depresi. Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas pernafasan yang lebih lambat dan dalam. Keberaturan bernafas menyebabkan otot lentur (Sari, 2019)

Menurut opini peneliti tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori bahwa penerapan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan kurang lebih 10 menit dalam 3 hari pada pasien resiko perilaku kekerasan dapat mengontrol emosi pasien, lebih tenang dan rileks.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Berdasarkan diagnosa Resiko perilaku kekerasan penulis Menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam Resiko perilaku kekerasan terkontrol, analisa intervensi dengan Observasi : monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis, benda tajam, tali), monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan. Terapeutik : pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. Edukasi : latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif, latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal (mis, relaksasi nafas dalam, bercerita).

5.2 Saran

1. Bagi institusi pelayanan kesehatan (Rumah Sakit)

Hal ini diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan kerja sama baik antara tim kesehatan maupun pasien, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal.

2. Bagi tenaga kesehatan khususnya perawat

Diharapkan selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien agar lebih maksimal.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan lebih berkualitas dan professional, terampil, inovatif, dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bowers, Len, Duncan Stewart, Chris Papadopoulos, Charlotte Dack, Jamie Ross, Husnara Khanom, and Debra Jeffery. 2011. "Inpatient Violence and Aggression: A Literature Review." 196
- Keliat, B.A, dkk.2019. Proses keperawatan Kesehatan Jiwa, edisi 2. Jakarta: ECG
- Madhani, Anggit, dan Irna Kartina. 2020. "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan." Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Natsir, M.. 2017. Ekonomi Moneter dan Kebanksentralan. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Pardede, Jek Amidos, LauraMariati Siregar, and Efendi Putra Hulu. 2020. "Efektifitas Behaviour Therapy Terhadap Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia." Jurnal Mutiara Ners 3(1):8–14.
- Prabowo,E.2015.Asuhan Keperawatan Jiwa,Yogyakarta:Medikal book.
- Stuart, G. W. (2016). Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Buku 1 & 2. 1st Indonesia edition, by Keliat & Pasaribu. Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Sari, R. D. (2019). Upaya Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengontrol Marah Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. Diii Keperawatan
- Sutejo. (2016). Keperawatan jiwa. Yogyakarta : Pustaka Bar
- Sutejo. (2017). Keperawatan jiwa. Konsep dan praktik asuhan keperawatan jiwa: Gangguan jiwa dan psikososial. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Siauta, Moomina, Hani Tuasikal, and Selpina Embuai. 2020. "Upaya Mengontrol Perilaku Agresif Pada Perilaku Kekerasan Dengan Pemberian Rational Emotive Behavior Therapy." Jurnal Keperawatan Jiwa 8(1):27. doi: 10.26714/jkj.8.1.2020.27-32
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

- Untari, dkk. 2020. "Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan." Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Witodjo & Widodo. Pengaruh Terapeutik Terhadap Penurunan Prilaku Kekerasan. Surakarta : Berita Ilmu Keperawatan ISSN; 2015
- Wiramiharja, 2017. Pengantar Psikologi Klinis, Bandung : PT Rafika Adhitama
- Yosep. 2016. Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing. Bandung: PT Refika Aditama.
- Zelianti, 2011. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Emosi Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang. Skripsi.

