

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI PADA PASIEN RISIKO PERILAKU**  
**KEKERASAN DENGAN *SKIZOFRENIA***



**Disusun Oleh:**  
**ZAMI'AH ELFA RINI**  
**NIM. 2317039**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**STUDI DOKUMENTASI PADA PASIEN RISIKO PERILAKU**  
**KEKERASAN DENGAN *SKIZOFRENIA***

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program  
Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

ZAMI’AH ELFA RINI

NIM: 2317039

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangandibawah ini:

Nama : Zami'ah Elfa Rini

Nim : 2317039

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri bukan merupakan mengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya asui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan KARYA TULIS ILMIAH ini hasil jiplakan, maka saya tersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 16 Juli 2020

Pembuatan pernyataan



Zami'ah Elfa Rini

NIM : 2317039

**KARYA TULIS ILMIAH  
STUDI DOKUMENTASI PADA PASIEN RISIKO PERILAKU  
KEKERASAN DENGAN *SKIZOFRENIA***

OLEH :  
ZAMI'AH ELFA RINI  
NIM: 2317039

Telah dipertahankan di depan Dewan Karya Tulis Ilmiah  
Akper "YKY" Yogyakarta Pada tanggal 01 Juli 2020

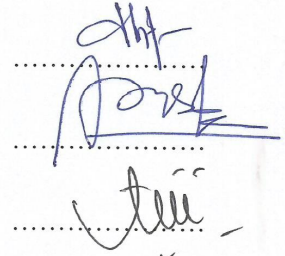
Dewan penguji :

Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep

Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep

Prastiwi Puji Rahayu, S.Kep. Ns.,M.Kep.Sp.Kep.J

Tanda Tangan



Mengesahkan  
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta

  
Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIK 1141 03 052

## MOTTO

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu kesulitan) yang lain hanya kepada Tuhan Mu-lah hendaknya kamu berharap.” (QS. Alam-Nasyrah : 6-8).

“Niscaya Allah akan meninggalkan orang-orang yang beriman diantara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.”(QS. Al Mujadalah 158:11).

“Jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu dan sesungguhnya yang demikian itu sangat berat kecuali bagi orang-orang yang khusuk.” (QS. Al-Baqoroh: 45).

## PERSEMBAHAN

1. Yang pertama saya persembahkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan juga hidayah-Mu.
2. Ibuku (Suyatmi) dan Bapakku (Yazit) yang selalu senantiasa memberikan dukungannya baik secara moral maupun materil.
3. Adikku (Ifsal Yasmiko Fauzi) terimakasih atas semangat dan keceriaan yang telah kalian berikan.
4. Teman dekatku 'Wisnu Wicaksono' terima kasih atas semangat dan juga kasih sayang yang telah kamu berikan selama ini.
5. Sahabat dekatku (Arlita, Fia, Nurul, Yesi, Lela, Mita, Ike, Umi, Venti, Hanum, Nia) terima kasih atas kehebohan dan juga support yang kalian berikan, tidak merasa jenuh bila ada kalian.
6. Teman-teman seperjuanganku terima kasih atas kebersamaan kita selama ini, semoga persahabatan kita tidak akan lekang oleh waktu, good luck guys!!!
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji dan syukur Penulis panjatkan kepada Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada Penulis sehingga Penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“STUDI DOKUMENTASI RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN DENGAN *SKIZOFRENIA*”**.

Dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini banyak pihak yang membantu Penulis. Disini Penulis ingin mengucapkan terimakasih banyak terhadap :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
2. Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Dosen Pembimbing dan penguji ujian akhir program yang dengan sabar telah mencurahkan tenaga, pikiran dan kesabaran dalam memberikan bimbingan, pengarahan, saran-saran kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
3. Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Dosen Pembimbing dan penguji ujian akhir program yang dengan sabar telah sabar serta memberikan nasehat dan bimbingan serta saran-saran kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Prastiwi Puji Rahayu, S.Kep.Ns.M.Kep.Sp.Kep.J. selaku Dosen Penguji yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

5. Yazit dan Suyatmi selaku orang tua penulis yang tiada hentiselalu memberikan do'a dan semangat kepada penulis.
6. Seluruh Dosen dan Staf karyawan Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan yang sangat bermanfaat di masa mendatang.
7. Anggun Dian Pertiwi yang sudah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Teman-teman mahasiswa dan semua yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini Penulis masih banyak kekurangan dan dalam pelaksanaannya banyak mengalami hambatan-hambatan karena keterbatasan waktu. Kemampuan dan pengetahuan untuk itu Penulis mengharapkan saran serta kritik yang membangun dari pembaca. Harapan Penulis, semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan Penulis khususnya.

Atas bantuan yang telah diberikan, penulis mengucapkan banyak terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Yogyakarta, 01 Juni 2020

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTTO.....	v
PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
ABSTRAK .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
D. Ruang Lingkup .....	5
E. Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TUJUAN PUSTAKA.....	7
A. Landasan Teori.....	7
1. Gambaran Umum Skizofrenia.....	7
2. Gambaran Umum Resiko Perilaku Kekerasan.....	13
3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan RPK.....	20
B. Kerangka Teori .....	37
BAB III METODE PENELITIAN.....	38
A. Rancangan Penelitian .....	38
B. Subjek Penelitian.....	38
C. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	38
D. Definisi Operasional.....	39
E. Instrumen Penelitian .....	39
F. Teknik Pengumpulan Data.....	39
G. Analisa Data.....	40
H. Etika Penulisan.....	41
I. Alur Penulisan.....	42
BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN .....	43
A. Gambaran Kasus.....	43
B. Pembahasan .....	46
BAB V PENUTUP .....	52
A. Kesimpulan .....	52
B. Saran .....	52
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	39
-------------------------------------	----

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Rentang Respon Marah.....	16
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	37
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	42

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan penelitian

Lampiran 2 Bukti Bimbingan

Lampiran 3 Data dokumen asuhan keperawatan KTI mahasiswa yang telah lulus yang digunakan sebagai dokumen studi kasus

Zami'ah Elfa Rini. (2020). Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Dengan *Skizofrenia*

Pembimbing : Tenang Aristina, Nunung Rachmawati

## ABSTRAK

Fenomena gangguan jiwa saat ini mengalami peningkatan sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah. Berdasarkan data dari World Health Organisasi (WHO) ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. Pasien dengan risiko perilaku kekerasan jika tidak ditangani dengan serius dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan yang bertujuan untuk melukai orang yang disebabkan karena adanya konflik dan permasalahan pada seseorang baik secara fisik maupun psikologis. Data angka kejadian gangguan jiwa skizofrenia pada bulan 01 November- 03 Februari 2020 sebanyak 34 pasien yang terdiri dari pasien risiko perilaku kekerasan 27 orang dengan presentase 4,5%, waham 1 orang dengan presentase 0,16%, gangguan sensori persepsi halusinasi 3 orang dengan presentase 0.16%, perilaku kekerasan 1 orang dengan presentase 0,16%, resiko bunuh diri 1 orang dengan presentase 0,16%, defisit perawatan diri 1 orang dengan presentase 0,16%. Tujuan penulisan studi dokumentasi ini untuk mengetahui gambaran risiko perilaku kekerasan pada pasien Tn.K dengan *skizofrenia* di Wisma Gatotkaca Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta dan mengetahui gambaran mengenai pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Metode penelitian menggunakan metode deskriptif kualitatif yang menggambarkan suatu kasus dengan memanfaatkan laporan asuhan keperawatan pada tahun 2017. Dari hasil studi dokumentasi diperoleh bahwa setiap proses keperawatan yang dilakukan Tn.K sudah sesuai dengan teori. Kesimpulan Karya Tulis Ilmiah ini adalah setelah melakukan studi dokumentasi, penulis mendapatkan gambaran proses keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.

Kata Kunci: Gangguan Jiwa, Melatih Asertif, Perilaku Kekerasan.

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Fenomena gangguan jiwa saat ini mengalami peningkatan sangat signifikan, dan setiap tahun di berbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa bertambah. Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) dalam Yosep (2013) ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. WHO mengatakan setidaknya ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental, dan masalah gangguan kesehatan jiwa yang ada di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius untuk dicermati. Salah satu faktor lain yang menyebabkan terjadinya gangguan jiwa adalah kurangnya pengetahuan keluarga tentang faktor presipitasi dan presdiposisi.

Meningkatnya prevalensi gangguan jiwa di Indonesia, maka diperlukan kebijakan pemerintah untuk mengatur hal tersebut. Menurut UU No.18 tahun 2014 Bab 1 pasal 1 ayat 1 kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Sedangkan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang telah di atur dalam UU Kesehatan jiwa no 18 tahun 2014 Bab I pasal 1 Ayat 3 adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. Salah satu masalah gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia.

Skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan gangguan proses berpikir dan tanggapan emosi yang lemah (Direja, 2011).

Sebagai bentuk tanggapan emosi yang lemah adalah Risiko perilaku kekerasan yang merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Dermawan dan Rusdi, 2013).

Pasien dengan risiko perilaku kekerasan perlu mendapatkan penanganan yang serius karena jika tidak akan menyebabkan resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan, resiko bunuh diri, bahkan dapat berakibat pada kematian. Tingginya angka kejadian resiko perilaku kekerasan dan melihat dampak yang akan ditimbulkan, semakin jelas bahwa peranan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik pada pasien tersebut sangatlah penting. Peranan perawat dalam menangani resiko perilaku kekerasan antara lain melakukan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi (Fitria, 2010).

Oleh sebab itu, perlu adanya peran dan upaya yang dilakukan perawat di Wisma Gatotkaca Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta diantaranya dengan menggunakan panduan asuhan keperawatan (PAK). Pasien telah dirawat sesuai dengan PAK, setelah kondisi membaik, selanjutnya dilakukan rehabilitasi, namun upaya-upaya tersebut dirasa masih

kurang berhasil dan belum membuahkan hasil dilihat dari banyaknya pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Iklima (2010) didapatkan bahwa dukungan keluarga terhadap penderita gangguan jiwa baik secara informasional, penilaian, instrumental dan emosional menunjukkan dukungan yang baik. Keluarga memberikan dukungan, perhatian, dan kasih sayang dengan merawat, melakukan pengobatan dan pengontrolan, baik minum obat maupun kontrol ke Rumah Sakit.

Berdasarkan studi pendahuluan di Wisma Gatotkaca Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta diperoleh data angka kejadian gangguan jiwa skizofrenia pada bulan 01 November- 03 Februari 2020 sebanyak 34 pasien yang terdiri dari pasien resiko perilaku kekerasan 27 orang dengan persentase 4,5%, waham 1 orang dengan presentase 0,16%, gangguan sensori persepsi halusinasi 3 orang dengan presentase 0.16%, perilaku kekerasan 1 orang dengan presentase 0,16%, resiko bunuh diri 1 orang dengan presentase 0,16%, defisit perawatan diri 1 orang dengan presentase 0,16%.

Berdasarkan data tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan Penelitian Gambaran risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan *Skizofrenia*.

## **B. Rumusan Masalah**



Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah kasus diatas adalah “Bagaimana Studi Dokumentasi Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan dengan *Skizofrenia*”.

### **C. Tujuan Studi Kasus**

Tujuan pada penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus :

#### 1. Tujuan umum

Mengetahui Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan Skizofrenia.

#### 2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian risiko perilaku kekerasan
- b. Mengetahui hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis Keperawatan risiko perilaku kekerasan
- c. Mengetahui hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan risiko perilaku kekerasan
- d. Mengetahui hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan risiko perilaku kekerasan
- e. Mengetahui hasil dokumentasi mengenai Evaluasi dan Pendokumentasi risiko perilaku kekerasan

### **D. Ruang Lingkup**

Studi dokumentasi kasus ini termasuk dalam lingkup keperawatan jiwa. Dalam studi dokumentasi kasus materi yang dibahas adalah studi dokumentasi risiko perilaku kekerasan pada pasien Tn.K dengan *skizofrenia* yang dirawat di RSJ Grhasia Yogyakarta di Wisma Gatotkaca dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus 2017.

#### **E. Manfaat Studi Kasus**

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat :

##### **1. Teoritis**

Menambah pengetahuan di bidang keperawatan jiwa khususnya dalam pelaksanaan Gambaran Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan skizofrenia Di Ruang Gatotkaca Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta.

##### **2. Praktis**

###### **a. Pasien risiko perilaku kekerasan**

Mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan.

###### **b. Perawat Wisma Gatotkaca RSJ Yogyakarta**

Dapat memberikan acuan perawat dalam menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan.

###### **c. Bagi Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY**

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya pada pasien

d. Bagi Institusi

Dapat digunakan sebagai bahan memperluas pengetahuan khususnya bagi mahasiswa Akper “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan proses belajar pada keperawatan jiwa.

e. Penulis

Dapat menambah wawasan pengetahuan, ketrampilan, dan memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

f. Bagi Keluarga

Sebagai sumber informasi bahwa keluarga juga mempunyai peran penting dalam proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa.

## **BAB II**

## TINJAUAN PUSTAKA

### A. Landasan Teori

#### 1. Gambaran Umum Skizofrenia

##### a) Definisi

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi pasien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Direja, 2011). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi atau waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berpikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari (Maslim, 2013).

Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak dan merupakan penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosial pasien (Yosep, 2010). Menurut Hawari (2009) skizofrenia berasal dari dua kata yaitu “*skizo*” yang artinya retak atau pecah (*split*) dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Dengan demikian orang yang menderita gangguan jiwa skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau kepribadian (*splitting of personality*).

##### b) Tanda dan gejala

Menurut Hawari (2009) gejala-gejala pada pasien skizofrenia dapat dibagi dalam 2 kelompok yaitu gejala positif dan gejala negatif.

#### 1. Gejala positif

Gejala positif merupakan gejala yang mencolok, mudah dikenali, mengganggu keluarga dan masyarakat serta merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa pasien berobat. Gejala-gejala positif yang diperlihatkan pasien skizofrenia yaitu:

- a) Delusi atau waham, yaitu suasana keyakinan yang tidak rasional (tidak masuk akal). Meskipun telah dibuktikan secara obyektif bahwa keyakinan itu tidak rasional, namun pasien tetap meyakini kebenarannya.
- b) Halusinasi, yaitu pengalaman panca indra tanpa rangsangan atau stimulus. Misalnya pasien mendengar suara-suara atau bisik-bisikan di telinganya padahal tidak ada sumber dari suara atau bisikan itu.
- c) Kekacauan alam pikir, yaitu dapat dilihat dari isi pembicaraannya. misalnya bicara kacau, sehingga tidak dapat diikuti alur pikirannya.

#### 2. Gejala negatif skizofrenia

- a. Gejala negatif skizofrenia merupakan gejala yang tersamar dan tidak mengganggu keluarga ataupun masyarakat, olehkarenanya pihak keluarga seringkali terlambat

membawa pasien berobat. Gejala-gejala yang di perlihatkan yaitu :

- b. Alam perasaan (*affect*) tumpul dan mendatar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- c. Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*)
- d. Kontak emosional amat "miskin", sukar diajak bicara, pendiam.
- e. Pasif atau apatis, menarik diri dari pergaulan sosial
- f. Sulit dalam berfikir abstrak.
- g. Pola pikir stereotip

#### c) Etiologi

Menurut (Keliat, 2011) ada beberapa penyebab skizofrenia antara lain:

- 1) Faktor genetik, belum teridentifikasi secara spesifik namun pengaruh lokasi kromosom 6 pada gen dengan kromosom 4, 8, 15, 22 berhubungan dengan terjadi skizofrenia.
- 2) Faktor keturunan atau bawaan merupakan faktor penyebab yang tidak besar pengaruhnya bagi munculnya gangguan skizofrenia
- 3) Ketidakseimbangan neurotransmit (*dopamin dan glutamate*)

- 4) Faktor lingkungan seperti kurang gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran, stres pada kondisi lingkungan dan stigma (penyebab kekambuhan pasien skizofrenia).

d) Klasifikasi skizofrenia

Menurut Marasmis (2009), klasifikasi skizofrenia dibagi kedalam beberapa jenis, yaitu :

1) Skizofrenia paranoid

Merupakan suatu penyakit mental kronis dimana seseorang kehilangan kontak dengan kenyataan/realita. Gambaran umum skizofrenia paranoid adalah adanya delusi (waham) dan mendengar hal-hal yang tidak nyata.

2) Skizofrenia hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara usia 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi (*double personality*). Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia hebefrenik, waham dan halusinasinya banyak sekali.

3) Skizofrenia katatonik

Timbulnya pertama kali antara usia 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

#### 4) Skizofrenia residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dan skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non verbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

#### 5) Skizofrenia simplek

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplek adalah kelangkaan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasinya jarang ditemukan.

#### e) Penatalaksanaan

Menurut Maramis (2009) penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan skizofrenia meliputi :

##### 1) *Holoperidol*

###### a) Indikasi

Berdaya berat dalam kemampuan menilai dalam fungsi netral serta dalam fungsi kehidupan sehari-hari.



b) Efek samping

Sedasi, gangguan otonomik (hipotensi, parasimpatik, mulut kering, kesulitan miksi, dan defekasi, gangguan irama jantung)Kontra indikasi

Penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, dan kelainan jantung

2) Trihexyphenidyl

a) Indikasi

Segala jenis penyakit parkinson, termasuk pada encephalitis dan idiopatik

b) Efek samping

Mulut kering, penglihatan kabur, pusing, mual, muntah, binggung.

c) Kontra indikasi

Hipertensi terhadap THP, psikosis berat dan obstruksi saluran cerna

3) Chlorpromazine (CPZ)

a) Indikasi

Untuk sindrom yaitu berdaya berat dalam kemampuan menilai realitas, kesadaran dari terganggu, waham, halusinasi, gangguan perasaan, dan perilaku yang aneh atau tidak terkendali, tidak mampu bekerja, hubungan sosial dan melakukan kegiatan rutin.

b) Efek samping

Sedasi, gangguan otonomik (hipertensi, parasimpatik, mulut kering, kesulitan dalam miksi defekasi, aritmia).

c) Kontra indikasi

Penyakit hati, penyakit darah, epilepsi, dan kelainan jantung.

2. Gambaran Umum Risiko Perilaku Kekerasan

a. Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis yang dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan (Dermawan & Rusdi, 2013). Risiko perilaku kekerasan menurut Kusumawati dan Hartono (2011) adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan aduh, gelisah yang tidak terkontrol.

b. Etiologi

Menurut Stuart (2013), masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

1) Faktor predisposisi

a) Faktor biologis

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

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat. Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga, sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b) Faktor psikologis

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

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

(2) Teori perilaku (*behavioral theory*)

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

(3) 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.

### C. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam. Stresor dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Stresor 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, tindak kekerasan, dapat memicu perilaku kekerasan.

### c. Tanda dan Gejala

Menurut Dermawan & Rusdi (2013) tanda dan gejala pada pasien perilaku kekerasan yaitu :

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Pandangan tajam
- 3) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 4) Mengepalkan tangan
- 5) Bicara kasar
- 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- 7) Mengancam secara verbal dan fisik
- 8) Melempar atau memukul benda/ orang lain



- 1) Subliminasi : menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas remas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- 2) Proyeksi : menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerja. Terbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
- 3) Represi : mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat benci pada orang tua yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh tuhan. Sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
- 4) Reaksi formasi : mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebih lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya

seseorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.

- 5) Displacement : melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang mulanya membangkitkan emosi itu. Misalnya : timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

#### f. Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2014) penatalaksanaan medis pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu :

##### 1) Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada bisa menggunakan dosis efektif rendah contohnya trifluoperasineestelazine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan transquilizer bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

##### 2) Terapi okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja. Terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk

melakukan kegiatan dan mengemmbalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan itu bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

### 3) Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer) dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat di tingkatkan secara optimal.

### 4) Terapi somatik



Terapi yang diberikan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, terapi adalah perilaku pasien.

#### 5) Terapi kejang listrik

Terapi kejang listrik atau elektronik convulsive (ECT) adalah bentuk terapi kepada pasien dengan menimbulkan kejang grand mal dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang menangani *skizofrenia* membutuhkan 20- 30 kali tetapi biasanya dilaksanakan adalah setiap 2-3 hari sekali (seminggu dua kali).

### 3. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Nursalam (2011) dinyatakan, asuhan keperawatan adalah rangkaian suatu kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada individu, kelompok ataupun masyarakat. Sedangkan proses keperawatan adalah metode yang terorganisir dan sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki respon terhadap manusia sebagai keluarga dan masyarakat.

Proses keperawatan sendiri terdapat 6 tahapan yaitu:

#### a. Pengkajian (Kusumawati, 2010)

Pengkajian perilaku kekerasan merupakan suatu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dari kerugian yang di timbulkan penanganan

pasien perilaku kekerasan perlu dilakukan secara tepat dan cepat oleh tenaga yang profesional.

Kaji faktor prediposisi dan presipitasi, serta kondisi pasien sekarang. Kaji riwayat keluarga dan masalah yang dihadapi pasien. Jelaskan tanda dan gejala pasien pada tahap marah, krisis atau perilaku kekerasan, dan kemungkinan bunuh diri. Muka merah, tegang, pandangan mata tajam, mondar mandir, memukul, memaksa, irritable, sensitive dan agresif.

#### 1) Pengumpulan data

Pengumpulan data tugas akhir ini menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

##### (a) Observasi

Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan observasi terhadap atau memantau klien secara langsung dan dengan melakukan asuhan keperawatan dimana terhadap interaksi antara penulis dengan klien.

##### (b) Wawancara

Pengumpulan data dilakukan dengan cara tanya jawab dan anamnesis kepada klien atau orang terdekat klien dan kepada tenaga kesehatan lainnya

Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

##### 1) Aspek biologis

Respon fisiologis karena kegiatan system syarat otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, takikardi, muka merah, pupil menebal, pengeluaran urin meningkat. Pada gejala yang sama seperti meningkatnya kewaspadaan ketegangan otot seperti rahang terkatuk, tangan dikepal, tubuh kaku dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

2) Aspek emosional

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

3) Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagian suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara pasien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan bagaimana informasi di proses, di klarifikasi dan diintegrasikan.

4) Aspek sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep, rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan

orang lain. Klien sering kali menyalurkan kemarahannya dengan mengkritik tingkah laku orang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata kasar yang berlebih disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari oranglain, menolak mengikuti aturan.

#### 5) Aspek spiritual

Kepercayaan nilai moral mempengaruhi hubungan individu, dengan lingkungan. Hal ini bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang memantifestasi dengan moral dan rasa tidak berdosa.

Dari uraian tersebut dijelaskan bahwa perawat perlu mengkaji individu secara komprehensif, meliputi aspek bio, psiko, dan spiritual.

Pengkajian pasien dengan resiko perilaku kekerasan :

- a) Identitas pasien
- b) Alasan masuk dan diagnosa medis
- c) Faktor predisposisi (riwayat gangguan jiwa, pengobatan sebelumnya, trauma, pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan)
- d) Pemeriksaan fisik
- e) Psikologi : konsep diri (gambaran diri, identifikasi diri, genogram), hubungan sosial, spiritual

- f) Status mental ( penampilan, aktifitas motorik,alam perasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi,isi pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian daya tilik diriKebutuhan perencanaan pulang(kemampuan pasien memenuhi kebutuhan, kegiatan hidup sehari-hari,tidur )
- g) Penggunaan obat
- h) Pemeiharaan kesehatan
- i) Aktifitas di dalam rumah
- j) Aktifitas di luar rumah
- k) Mekanisme koping
- l) Masalah psikososial dan lingkungan
- m) Aspek medis

## 2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarkat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Direja (2011) Faktor yang berhubungan dengan masalah perilaku kekerasan, menurut Direja (2011) antara lain sebagai berikut :

1. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
2. Stimulus lingkungan
3. Status mental
4. Putus obat

### 3) Perencanaan resiko perilaku kekerasan

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan menurut Sutejo (2017) :Tujuan Umum/ Tujuan Khusus (TUK/TUM)

#### 1. TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya

Rasional:

Kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap klien

TUM :

Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi :

Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat melalui:

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

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik :

- a) Mengucapkan salam terapeutik . sapa klien dengan ramah, baik verbal ataupun non verbal
- b) Berjabat tangan dengan klien
- c) Perkenalkan diri dengan sopan
- d) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai kllien
- e) Jelaskan tujuan pertemuan
- f) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien, tunjukkan sikap

2. TUK 2 : klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan

Rasional :

Menentukan mekanisme koping yang dimiliki oleh klien dalam menghadapi masalah. Selain itu, juga sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya

Kriteria evaluasi :

Setelah 3X pertemuan klien dapat :

- 1) Menceritakan penyebab terjadinya perilaku kekerasan yang dilakukannya
- 2) Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal, baik dari diri sendiri maupun lingkungannya

Intervensi :

Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :

a) Diskusikan dengan klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau rasa jengkelnya.

b) Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien

3. TUK 3 : klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Rasional :

Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan klien dan lingkungan sekitarnya.

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x pertemuan, klien dapat menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan secara :

- 1) Fisik : mata merah, tangan menggepal, ekspresi tegang dan lain-lain
- 2) Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar
- 3) Sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan

Intervensi :

- a) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi
- b) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi emosionalnya saat terjadi perilaku kekerasan
- c) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan
- d) Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan



3. TUK 4 : klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.

Rasional :

Melihat mekanisme koping klien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi

Kriteria evaluasi :

Setelah 3 x pertemuan, klien menjelaskan

- 1) Jenis- jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya
- 2) Perasaannya saat melakukan kekerasan
- 3) Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah

Intervensi :

- a) Diskusikan dengan klien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini
- b) Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya.
- c) Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan terjadi
- d) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami teratasi.

5. TUK 5 : klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan

Rasional :

Membantu klien melihat dampak yang di timbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan klien

Kriteria evaluasi :

Setelah 3x pertemuan, klien dapat menjelaskan akibat yang timbul dari tindakan kekerasan yang dilakukannya:

- 1) Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll
- 2) Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll
- 3) Lingkungan : barang atau benda – benda rusak, dll

Intervensi :

Diskusikan dengan klien akibat negatif atau kerugian dari cara tindakan kekerasan yang dilakukan pada :

- a) Diri sendiri
  - b) Orang lain/ keluarga
  - c) Lingkungan
6. TUK 6 : klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah

Rasional :

Menurunkan perilaku yang destruktif yang berpotensi menciderai klien dan lingkungan sekitar

Kriteria evaluasi :

Klien dapat menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah

Intervensi :

Setelah 3x pertemuan, klien dapat menjelaskan cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah

- 1) Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat
  - 2) Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui klien
  - 3) Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan
    - a) Cara fisik : Nafas dalam, pukul bantal, atau kasur, olahraga
    - b) Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan oranglain
    - c) Sosial : latihan asertif dengan orang lain
    - d) Spiritual : sembahyang/ doa, zikir, meditasi, sesuai dengan keyakinan agamanya masing-masing
7. TUK 7 : klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan
- Rasional :
- Keinginan untuk marah yang tidak bisa diprediksi waktunya serta siapa yang akan memicunya meningkatnya kepercayaan diri klien serta asertifitas (ketegasan) klien saat marah/jengkel.
- Kriteria evaluasi :
- Setelah 3x pertemuan, klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, dan spiritual dengan cara :

1) Fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal/Kasur  
Verbal : mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain  
tanpa menyakiti

2) Spiritual : zikir/doa, medikasi sesuai agamanya

Intervensi:

a) Diskusikan cara yang mungkin dipilih serta anjurkan klien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya

b) Latih klien mempragakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih

c) Jelaskan manfaat cara tersebut

d) Anjurkan klien menirukan peragaan yang dilakukan

e) Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna

f) Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel

8. TUK 8 : klien mendapat dukungan keluarga untuk

mengontrol resiko perilaku kekerasan

Rasional :

keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi klien

dan merupakan bagian penting dari rehabilitasi klien.

Kriteria evaluasi:

- 1) Menjelaskan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan  
Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan

Intervensi :Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan.

- a) Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan
- b) Jelaskan pengertian, akibat, dan cara merawat klien resiko perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga
- c) Peragakan cara merawat klien ( menangani pk)
- d) Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang cara perawatan terhadap klien
- e) Beri pujian kepada keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan

9. TUK 9 : klien menggunakan obat sesuai program yang telah di tetapkan

Rasional :

- a) Menyesuaikan program pengobatan klien
- b) Obat dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan klien dan dapat membantu penyembuhan klien
- c) Mengontrol kegiatan klien minum obat dan mencegah klien putus obat

Kriteria evaluasi:Manfaat minum obat

- 1) Kerugian tidak minum obat
- 2) Nama obat
- 3) Bentuk dan warna obat
- 4) Dosis yang diberikan kepadanya
- 5) Waktu pemakaian
- 6) Cara pemakaian
- 7) Efek yang dirasakan
- 8) Klien menggunakan obat sesuai program

Intervensi :

- 1) Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat
- 2) Jelaskan kepada klien :
  - a) Jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat)
  - b) Dosis yang tepat untuk klien
  - c) Waktu pemakaian
  - d) Cara pemakaian
  - e) Efek yang akan dirasakan oleh klien
- 3) Anjurkan klien untuk:
  - a) Minta dan gunakan obat yang tepat waktu
  - b) Laporkan ke perawat /dokter jika mengalami efek yang tidak biasa
  - c) Beri pujian terhadap disiplin klien menggunakan obat
- 4) Pelaksanaan keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Kusumawati, 2010).

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan di tunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Fokus tahap pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional (Nikmatur, 2016)

Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan :

1) Independen

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

2) Interdependen

Suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

3) Dependen

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.

## 5) Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien (Nursalam, 2011).

Menurut Nursalam (2011) ada dua komponen evaluasi, yaitu:

### a. Evaluasi proses

Aktivitas dari proses keperawatan dari hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses dilakukan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektifitas intervensi tersebut.

### b. Evaluasi hasil

Perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan. Evaluasi hasil ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan SOAP sebagai pola pikir

S : respon subjektif pasien

O : respon objektif pasien

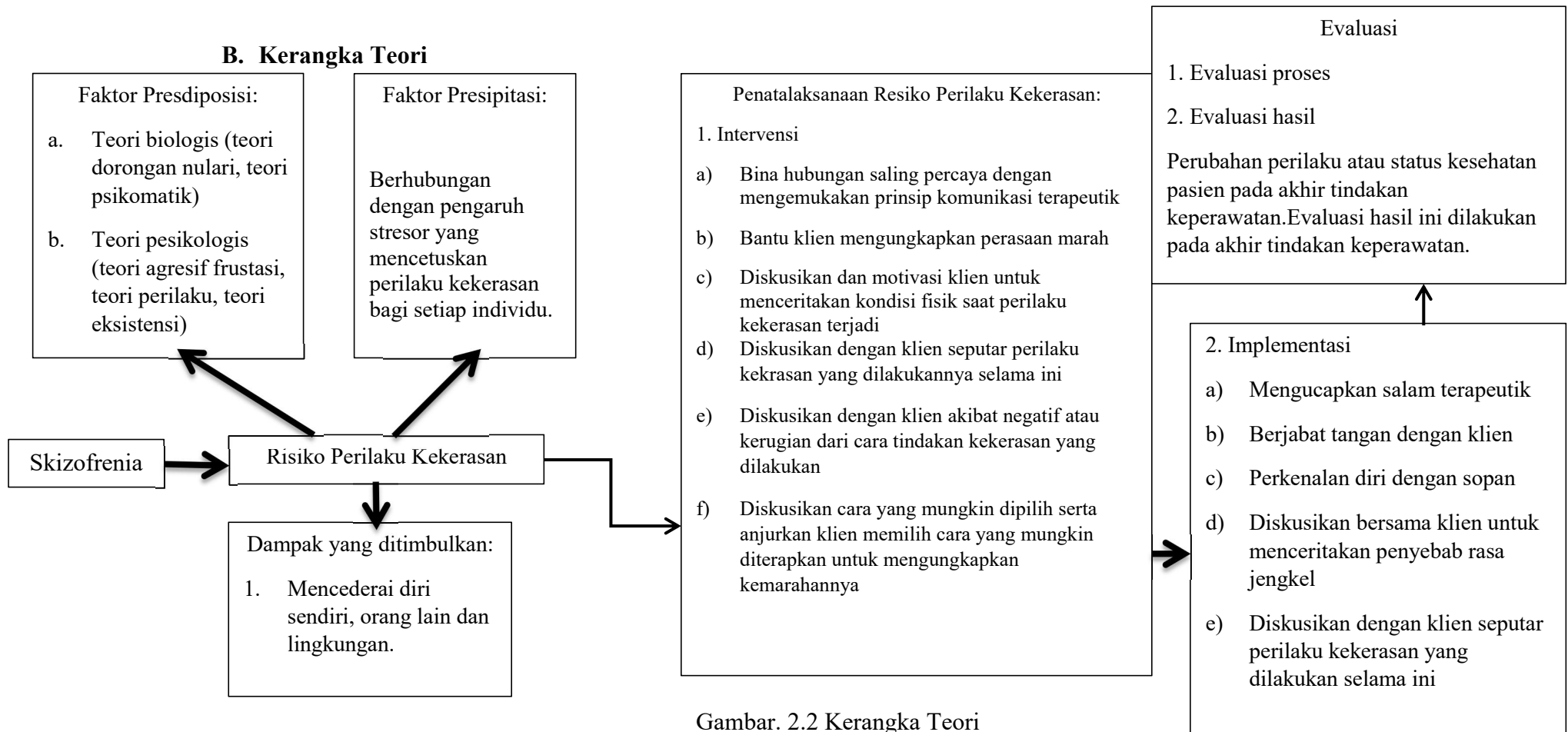
A : analisis terhadap data subjektif dan objektif

P : perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien



#### 6) Dokumentasi Keperawatan

Merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan perawat untuk menentukan diagnosis, perencanaan, tindakan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Hidayat, 2009).



Gambar. 2.2 Kerangka Teori

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis dan Rancangan penelitian menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan studi dokumentasi laporan asuhan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien Tn.K dengan *skizofrenia* di Wisma Gatotkaca Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta pada tahun 2017.

#### **B. Subjek Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan didalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa Anggun Dian Pertiwi yang sudah lulus tahun 2017.

#### **C. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Studi Kasus dilaksanakan di Kampus Akper "YKY" Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dengan penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

## D. Definisi Operasional

Tabel. 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional
Resiko perilaku kekerasan	suatu keadaan dimana seseorang rentan melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.
Skizofrenia	gangguan mental yang ditandai dengan gangguan proses fikir dan tanggapan emosi yang lemah.

## E. Instrumen Penelitian

Pada penelitian studi kasus ini, instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai human instrument berfungsi menetapkan focus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

## F. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan mengumpulkan data sekunder yakni dokumen yang dituliskan kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper "YKY" Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2017.

## **G. Analisa Data**

Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

## **H. Etika Penulisan**

Etika studi kasus ini meliputi:

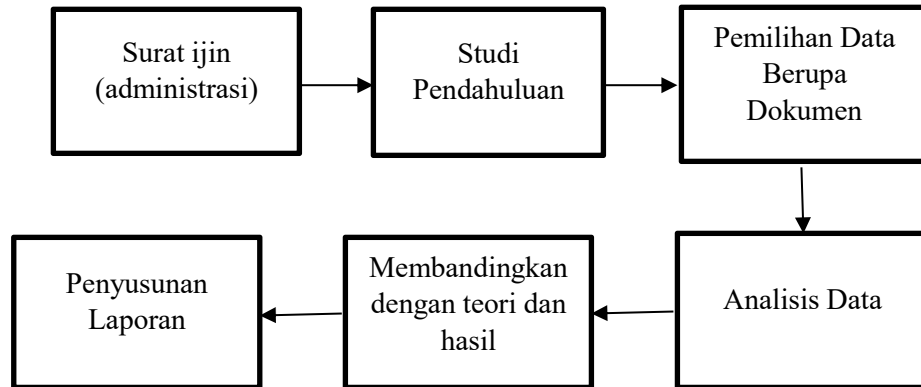
1. *Anonimity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Dalam hasil penulisan laporan, tidak disebutkan dengan jelas akan keterangan nama secara lengkap tetapi hanya menggunakan nama inisial.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi dari pasien dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan, informasi akan digunakan untuk Pendidikan dan apa bila di perlukan untuk proses hukum. Untuk penyimpana data di laptop, hardisk, maupun setelah data diprint akan diteliti simpan dengan sebai-baiknya (tidak diperjual belikan), hal ini peneliti dilakukan untuk menjamin supaya kerahasiaan mengenai pasien keluarga tetap terlindungi dan terprivasi.

## I. Alur Penelitian



Gambar.3.1 Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Hasil data dari studi dokumentasi yang diperoleh oleh peneliti pada studi kasus yang dilakukan oleh sdr Anggun Dian Pertiwi berupa Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn.K dengan *skizofrenia* di Wisma Gatotkaca Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta selama 2 shift dalam 2 hari pada tanggal 10 Juli-11 Juli 2017. Dari hasil data yang didapatkan menggunakan 5 proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. Untuk metode pengumpulan data menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

Tahap wawancara diketahui mengenai identitas pasien yang bernama Tn.K berjenis kelamin laki-laki berusia 34 tahun. Tn.K menganut agama islam, berpendidikan SMP, status belum kawin, yang beralamat di Krangean sorobayan, Gadingsari, Sanden, Bantul. Pada tanggal 19 Mei 2017 pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta, pasien mengatakan sesak nafas dan mengamuk dengan orang tua. Faktor presipitasi diperoleh data dari Rekam Medis (RM) pasien mondar-mandir, mengancam warga sekitar meminta rokok, pasien meresahkan warga. Hal ini yang sering menyebabkan pasien kambuh. Dari data tersebut pasien dianjurkan untuk dirawat inap dengan diagnosa medis f 20.0.

Dari dokumen saat sdr Anggun Dian Pertiwi melakukan pengkajian mengenai Risiko Perilaku Kekerasan pasien mengatakan sesak nafas dan mengamuk dengan orang tua. Setelah data yang didapat dari hasil pengkajian sdr Anggun Dian Pratiwi mendapatkan masalah diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan.

Hasil dari perencanaan diagnosa yang telah diangkat akan mengacu pada tujuan yang akan dicapai. Tujuan dalam jangka panjang menggambarkan perkembangan individu dalam proses adaptasi terhadap masalah, tujuan dalam jangka pendek mengidentifikasi hasil perilaku pasien setelah memenege menstimulus fokal dan kontekstual. Perencanaan yang dilakukan oleh sdr Anggun Dian Pertiwi meliputi: Bina hubungan saling percaya, Bantu pasien mengungkapkan perasaan marahnya, Bantu pasien mengungkapkan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialaminya, Diskusikan dengan pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukannya, Diskusikan akibat/kerugian dari perilaku kekerasan yang dilakukan pasien.

Pada tahap rencana ini terdapat enam kali interaksi yang dilakukan, interaksi yang pertama adalah membina hubungan saling percaya, yang kedua mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, yang ketiga mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, keempat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, kelima mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, keenam mengajarkan pasien cara mengontrol marah dengan nafas dalam dan mendemonstrasikan cara fisik yang ke 2 pukul bantal.



Implementasi yang sudah dilaksanakan terkait dengan Risiko Perilaku Kekerasan yang diangkat pada studi dokumentasi ini adalah hari pertama dilakukan pada hari senin tanggal 10 Juli 2017 pukul 09.00 wib yaitu memberi salam/memanggil nama setiap berinteraksi, menyebutkan nama sambil berjabat tangan dan mengatakan tujuan perawatan berinteraksi, menanyakan nama dan nama kesukaan pasien, memberikan sikap empati, dan jujur setiap kali berinteraksi, menjelaskan tentang kontrak yang akan dibuat, mendengarkan dengan penuh perhatian. Kemudian pertemuan kedua dilakukan pada hari yang sama yaitu senin tanggal 10 Juli 2017 namun pada jam yang berbeda 09.05 wib sdr Anggun Dian Pertiwi melakukan strategi pelaksanaan pada pasien Tn.K dengan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya, membantu pasien mengungkapkan penyebab perasaan marah. Pada pertemuan ketiga pada hari senin tanggal 10 Juli 2017 pukul 10.10 wib yaitu menganjurkan pasien untuk mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah, menyimpulkan bersama pasien tanda dan gejala marah/jengkel.

Pertemuan keempat pada hari senin tanggal 10 Juli 2017 pukul 10.12 wib yaitu menganjurkan pasien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, membicarakan dengan pasien apakah dengan cara yang dilakukan masalah selesai. Pertemuan kelima pada hari senin tanggal 10 Juli 2017 pukul 09.15 wib yaitu membicarakan akibat dari cara yang dilakukan pasien. Pada pertemuan keenam pada hari senin tanggal 10 Juli 2017 pukul 09.20 wib yaitu mendiskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan, memberi pujian atas kegiatan fisik yang biasa dilakukan pasien, mendiskusikan 2 cara latihan fisik mencegah

h perilaku kekerasan, member contoh tentang cara melakukan nafas dalam, member pujian atas keberhasilan pasien, tanyakan perasaan pasien setelah melakukan relaksasi nafas dalam, mendiskusikan kontrak waktu selanjutnya.

Selanjutnya pertemuan ketujuh pada hari selasa tanggal 11 Juli 2017 pukul 10.20 wib yaitu mendiskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan, mediskusikan cara latihan fisik yang ke 2 yaitu pukul bantal, mendiskusikan dan memberi contoh tentang cara memukul bantal, menanyakan perasaan pasien setelah berlatih memukul bantal, menganjurkan pasien menggunakan cara yang telah dipelajari, memberikan pujian atas kemampuan pasien tentang mendemonstrasikan memukul bantal, menanyakan perasaan setelah memukul bantal. Kemudian mengevaluasi pasien setelah mampu mengontrol marah/jengkel.

Evaluasi keperawatan pada dokumen yang terikat masalah keperawatan yang telah di angkat dan diobservasi selama 2shift dalam 2 hari yaitu, pada hari pertama pada pertemuan pertama masalah TUK 1 sudah teratasi ditandai dengan pasien mengatakan “namanya K, senang dipanggil K, senang bisa mengobrol dengan perawat”, dan pasien tampak tersenyum, mau berjabat tangan, menjawab salam dan kooperatif saat diajak berbicara. Hasil evaluasi yang didapat data bahwa pasien tampak tersenyum, mau berjabat tangan dan menjawab salam, kooperatif saat diajak berbicara.

Pada pertemuan ke dua masalah TUK 2 sudah teratasi ditandai dengan pasien mengatakan “penyebab marahnya dengan orang tua karena meminta rokok” dan pasien dapat mengungkapkan penyebab perilaku kekerasannya. Ke

mudian pada hari pertama pertemuan ketiga masalah TUK 3 teratasi sebagian ditandai dengan pasien mengatakan “sedikit tahu tentang tanda dan gejala marah yaitu dada berdebar” dan pasien terlihat hanya menyebutkan 1 tanda gejala, pasien kooperatif saat diajak berbicara. Pertemuan keempat masalah TUK 4 teratasi ditandai dengan pasien mengatakan “jika marah suka memecahkan barang dan dengan memecahkan kaca tidak akan menyelesaikan masalah” dan pasien kooperatif dan bias menyebutkan jika memecahkan kaca tidak akan menyelesaikan masalah.

Selanjutnya untuk pertemuan kelima pada masalah TUK 5 teratasi ditandai dengan pasien mengatakan “menyadari akibat dari memecahkan kaca tangannya sakit, kaca menjadi pecah dan orang tua marah, mau mempelajari cara lain untuk menyalurkan rasa marah” dan pasien mampu menjelaskan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan. Pertemuan keenam pada masalah TUK 6 teratasi sebagian ditandai dengan pasien mengatakan “lega setelah melakukan nafas dalam dan bersedia melakukan nafas dalam bila marah muncul” dan pasien dapat mempraktekkan nafas dalam. Pertemuan ketujuh pada hari ke dua pada masalah TUK 6 teratasi ditandai dengan pasien mengatakan “akan melakukan pukul bantal jika marah muncul dan akan melakukan pukul bantal secara rutin” dan pasien dapat mempraktekkan cara memukul bantal, pasien kooperatif saat diajak bicara, dapat memperagakan sesuai contoh.

## **B. Pembahasan**

Pada tahap pengkajian penulis mengumpulkan data berdasarkan dokumen yang ada meliputi identitas pasien dan penanggung jawab yaitu keluarga, riwayat kesehatan, faktor predisposisi, faktor partisipasi genogram, pemeriksaan fisik, psikososial, konsep diri, hubungan sosial, spiritual, status mental, kebutuhan perencanaan pulang, mekanisme koping. Dilihat dari data yang ada di dokumen tersebut menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hal ini sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Varcarolis (2010) dalam Wardayanti (2010) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan kemampuan coping yang dimiliki oleh pasien merupakan aspek yang harus digali selama pengkajian. Dengan ini dapat disimpulkan bahwa pengkajian merupakan tahapan awal dalam proses keperawatan, ketika data digali dan dikumpulkan dari data hasil pengkajian maka perawat akan mengetahui masalah-masalah yang sedang dihadapi oleh pasien.

Menurut Muhith (2015), bahwa perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan seperti muka merah dan tegang, mata melotot/pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan. Data subjektif yang didapat pada dokumen saat dilakukan pengkajian adalah Tn.K mengatakan penyebab marahnya dengan orang tua karena meminta rokok, jika marah suka memecahkan barang, dengan memecahkan

kaca tidak akan menyelesaikan masalah, pasien menyadari akibat dari memecahkan kaca tangannya sakit kaca menjadi pecah dan orang tua marah, pasien mau. Hasil observasi yang didapat data objektif pada dokumen tersebut adalah Tn.K tampak kooperatif saat diajak berbicara, pasien dapat mengungkapkan penyebab perilaku kekerasannya, pasien mampu menjelaskan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan. Kesimpulannya adalah hasil yang didapatkan dari Tn.K terdapat tanda dan gejala ada pada Tn.K dengan yang dijelaskan sudah sesuai dengan teori, dengan demikian pasien yang mengalami masalah pada risiko perilaku kekerasan jangan dianggap remeh karena jika pasien memiliki tanda dan gejala tersebut bisa membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar.

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan data-data yang diperoleh dari dokumen pada Tn.K salah satunya adalah risiko perilaku kekerasan. Diagnosa keperawatan berdasarkan teori Menurut Yosep (2010) dalam Damaiyanti&Iskandar (2012) ada 8 diagnosa keperawatan sebagai berikut: Risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik, risiko menciderai (diri sendiri, orang lain, lingkungan), perubahan persepsi sensori: halusinasi, isolasi sosial, berdukacita disfungsi, inefektif proses terapi, koping keluarga inefektif. Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang muncul hanya 3 yaitu: perilaku kekerasan, harga diri rendah, dan risiko perilaku kekerasan. Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat berdasarkan *core problem* adalah: risiko perilaku kekerasan. Alasan mengapa penulis mengangkat diagnosa risiko perilaku kekerasan sebagai *core problem* adalah berdasarkan data dan pengkajian keluhan utama, tan

da dan gejala yang paling menonjol adalah data yang menunjukkan pasien dengan risiko perilaku kekerasan. Hal ini sudah sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017), bahwa faktor yang beresiko: riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain.

Perencanaan data dokumentasi terhadap Tn.K selama 2 hari 2 shift dilakukan mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan keperawatan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan. Carpenito (2010), menyatakan bahwa perencanaan keperawatan adalah metode pemberian perawatan langsung pada pasien, (Sutejo, 2010). Menurut teori (Yosep, 2010), perencanaan untuk risiko perilaku kekerasan ada 9 TUK antara lain: Bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perilaku kekerasan, identifikasi perasaan saat marah/jengkel, tanda risiko perilaku kekerasan, identifikasi risiko perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, identifikasi akibat risiko perilaku kekerasan, identifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan, memperagakan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan, Keluarga Pasien dapat menyebutkan cara mengontrol dan cara merawat risiko perilaku kekerasan, menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis, waktu dan efek, dosis) Dan dapat minum obat sesuai program pengobatan. Hal ini sudah sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2019), bahwa kriteria hasil yang dapat dicapai yaitu: perilaku melukai diri sendiri atau orang lain, suara keras. Perencanaan pada diagnosa keperawatan yang dibuat sudah sesuai dengan Stand

ar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018), identifikasi metode penyelesaian masalah, diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri.

Intervensi yang dapat dilakukan oleh sdr Anggun Dian Pertiwi pada pasien adalah sebagai berikut mampu membalas salam, mau berjabat tangan, menyebutkan nama, pasien mau tersenyum, pasien mau kontak mata dengan perawat, dan pasien mampu mengetahui nama perawat, dapat mengungkapkan perasaannya dan pasien dapat mengemukakan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri lingkungan dan orang lain.) Berdasarkan intervensi yang penulis lakukan, terdapat kesamaan antara konsep dasar teori (Yosep, 2017) dengan kasus nyata Tn.K karena sdr Anggun Dian Pertiwi melakukan intervensi sesuai dengan teori dan merancang strategi pelaksanaan sesuai dengan keadaan pasien. Berdasarkan intervensi yang dilakukan pada data dokumen terdapat kesenjangan antara konsep dasar teori dengan pembahasan kasus perencanaan yang ada pada kasus Tn.K dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan adalah BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya), kepercayaan dari pasien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap pasien. Dukungan keluarga terdiri dari tiga komponen, yaitu: dukungan informasi, emosional, dan dukungan fasilitas (Kaplan dalam Freidman 2010). Perawat bisa menegakkan data sendiri dari pengkajian yang telah didapatkan dari pasien. Keperawatan merupakan tahap perawat memulai kegiatan dan melakukan tindakan-tindakan keperawatan dalam mengatasi masalah pada pasien berdasarkan implementasi yang ada pada kasus teori (Yosep, 2010). Hal ini tindakan keperawatan yang sudah ada pada

data dokumentasi sudah sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018), dengan menggunakan tindakan seperti: identifikasi metode penyelesaian masalah, diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri. Untuk intervensi pendukung seperti: dukungan pengungkapan perasaan, dukungan emosional.

Implementasi yang dilakukan oleh sdr Anggun Dian Pertiwi pada diagnosis risiko perilaku kekerasan pada dokumen yang dilakukan 2 shift dalam 2 hari sudah sesuai rencana tindakan yang dibuat. Hal ini sama dengan teori yang dikemukakan oleh Damayati & Iskandar (2014), bahwa dalam melaksanakan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat selama 2 hari yaitu membina hubungan saling percaya, melakukan pengkajian mulai dari identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, pemeriksaan fisik, konsep diri, masalah psikososial dan lingkungan, spiritual, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, dan tingkat pengetahuan pasien. Melakukan proses keperawatan dari membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi perasaan saat marah/jengkel, tanda dan perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.

Pada evaluasi tindakan diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan terlihat bahwa tindakan yang dilakukan sudah tercapai semua, sesuai yang dikemukakan oleh Yusuf, (2016) evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi proses yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan dan evaluasi hasil dilakukan



n dengan membandingkan respon pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

##### **1. Pengkajian**

Data utama yang didapatkan dari data yang dilakukan pengkajian pada Tn.K dengan Risiko Perilaku Kekerasan yaitu pasien mengatakan dirinya dibawa ke Rumah Sakit Jiwa karena sesak nafas dan mengamuk

dengan orang tua karena meminta rokok, pasien menyadari akibat dari memecahkan kaca tangannya sakit kaca menjadi pecah dan oaring tua marah, sehingga orang tua menginginkan pasien supaya bisa mengontrol marah.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul dengan data-data yang diperoleh dari kasus Tn.K salah satunya adalah diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan.

## 3. Intervensi

Perencanaan pada diagnosa Risiko Perilaku Kekerasan memiliki tujuan jangka panjang dan jangka pendek. Pada tahap perencanaan ini terlihat bahwa rencana yang dibuat tidak mencantumkan kolaborasi dengan keluarga.

## 4. Implementasi

53

Pada tahap pelaksanaan pada Tn.K dengan Risiko Perilaku Kekerasan belum dilakukan semua, hanya dilakukan sampai dengan TUK 6 dikarenakan pasien boleh pulang (BLPL).

## 5. Evaluasi

Evaluasi yang didapatkan selama 2 shift dalam 2 hari pada pasien Tn.K yaitu Risiko Perilaku Kekerasan sudah tercapai. Namun pada implementasinya sampai pada TUK 6 karena pasien sudah boleh pulang. Kemudian

dian dalam proses yang telah dilakukan belum tercapai dalam melibatkan keluarga karena terlihat bahwa pendokumentasi tidak merencanakan tindakan untuk mengkolaborasikan dengan keluarga pasien.

## **B. SARAN**

### 1. Bagi Praktisi

Diharapkan dapat memperoleh pengalaman dalam studi kasus tentang pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien *Skizofrenia*.

### 2. Bagi pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Mampu meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan

### 3. Bagi Keluarga Pasien

Sebagai sumber informasi bahwa keluarga juga mempunyai peran penting dalam proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa.

### 4. Bagi Perawat Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta

Dapat memberikan acuan perawat dalam menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan.

### 5. Bagi Pihak Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya pada pasien

6. Bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Dapat digunakan sebagai bahan memperluas pengetahuan khususnya bagi mahasiswa Akper “YKY” Yogyakarta dalam pelaksanaan proses belajar pada keperawatan jiwa.

7. Bagi Penulis

Dapat menambah wawasan pengetahuan, ketrampilan, dan memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Damayati, M., & Iskandar.(2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.Bandung : Refika Aditama.
- Direja, Ade Hermawan S. (2011).*Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*.Yogyakarta : Nuha Medika
- Iklima. 2010. Peran Orang Tua Dalam Proses Penyembuhan Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Herdjan Jakarta. *Naskah Publikasi*.UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.<http://repository.uinjkt.ac.id>
- Maslim, Rusdi. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujkan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V*.Cetakan 2 - Bagian Ilmu Kedokteran Unika Atma Jaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.

- Riskesdes.(2018). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Riskesdes Nasional*.
- Rudi dan Dermawan, D. (2013). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sutejo.(2017). *Keperawatan Jiwa*.Yogyakarta : Pustaka Baru
- Yosep, Iyus. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung:Refika Editama
- Kusumawati F. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Direja, Ade Hermawan S. (2013).*Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*.Yogyakarta : Nuha Medika
- Yosep, Iyus. (2013). *Keperawatan Jiwa*. Bandung:Refika Editama
- Notoatmodjo, soekidjo.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Yosep, L. Puspawati,N.N.,&Sirait,A. (2017) PengalamanTraumatikiPenyebab GangguanJiwa(Skizofrenia)Pasien di RSJ Cimahi.Majalah Kedokteran Bandung Volume 41 No.4 tahun 2009  
<http://dx.doi.org.10.15395/mkb.v41n4.253.194-200>
- Muhith, A., & Sandu, S. (2018). *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Yogyakarta: ANDI (Anggota IKAPI).
- Sutejo. (2010). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta Jiwa., 1-8 57
- Damayanti, Iskandar (2012) *AsuhanKeperawatanJiwa*. Bandung. PT.RefikaAditama
- Anggun Dian Pertiwi\_2017\_Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan\_Perpustakaan Akper YKY Yogyakarta.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurusan PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Retrieved from <http://inna-ppni.or.id>
- Tim Pokjo SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: definisi dan criteria hasil keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI <http://www.inna-ppni.or.id>



# LAMPIRAN







YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

### LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Zami'ah Elfa Rini

NIM : 2317039

Nama Pembimbing 1 :

Judul

KTI

: .....

.....

.....

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan&Nama	
					Pembimbing	Mhs

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan&Nama	
					Pembimbing	Mhs

Yogyakarta, 01 Juli 2020  
Pembimbing 1

(.....)



No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan&Nama	
					Pembimbing	Mhs

Yogyakarta, 01 Juli 2020  
Pembimbing 2

(.....)

## A. Pengkajian

Hari/Tanggal	: Senin, 10 juli 2017
Tempat	: Ruang Gatotkaca
Jam	: 08.00 WIB
Oleh	: Anggun Dian Pertiwi
Metode	: Wawancara, Observasi, Pemeriksaan Fisik, dan studi dokumentasi
Sumber data	: Klien, Studi Dokumentasi, Keluarga, Perawat

### 1. Identitas

#### a. Klien

Nama	: Tn "K"
Umur	: 34 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Status Perkawinan	: Belum menikah
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Pendidikan	: Sekolah Menengah Pertama (SMP)
Suku Bangsa	: Jawa/Indonesia
Alamat	: Kragean sorobayan, Gadingsari, Sanden, Bantul

Diagnosa Medis : f 20.0 (Skizofrenia Paranoid)

No.RM 064144

Tanggal Masuk RS : 19 Mei 2017

b. Penanggung Jawab

Nama : Ny. "W"

Umur : 59 tahun

Pekerjaan : Petani

Alamat : Kragean sorobayan, Gadingsari, Sanden,  
Bantul

Hubungan : Ibu

2. Alasan Masuk Rumah Sakit

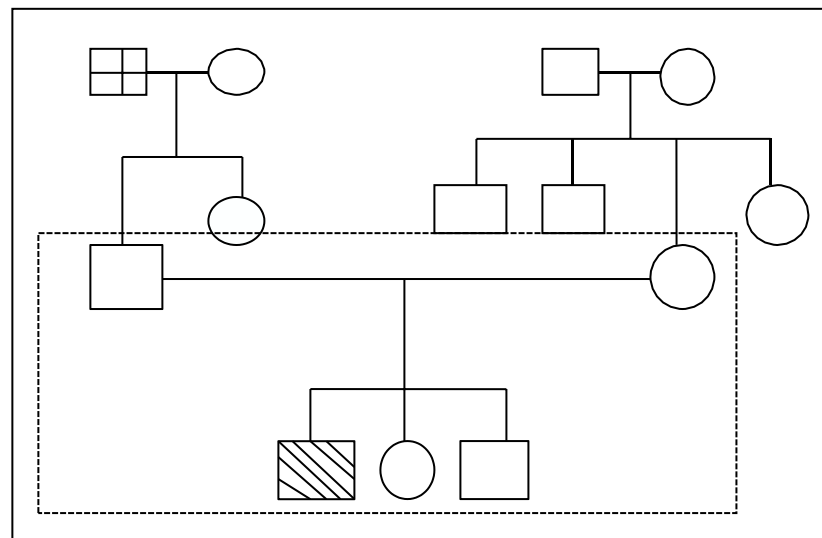
Klien mengatakan masuk RSJ Grhasia DIY karena sesak nafas dan mengamuk dengan orang tua. Berdasarkan data yang diperoleh dari keluarga klien masuk ke rumah sakit Grhasia DIY pada tanggal 19 Mei 2017 karena mengamuk, memecahkan kaca, sering meminta rokok belum habis lalu dibuang jika tidak diberi lagi klien marah tanganya mengepal seperti akan memukul, berbicara keras, tidak bisa mengontrol emosi, keluarga mengatakan klien susah tidur, mondar-mandir dan susah mandi.

### 3. Faktor Presipitasi

Berdasarkan data dari Rekam Medis (RM) diperoleh klien mondar-mandir, mengancam warga sekitar meminta rokok, klien meresahkan warga.

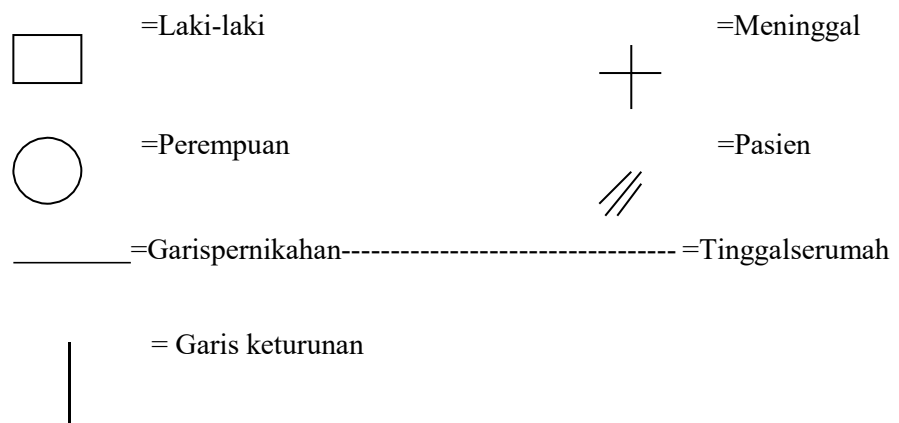
### 4. Faktor Predisposisi

Keluarga klien mengatakan klien sebelumnya pernah di rawat juga di RSJ Grhasia, klien sudah keluar masuk RSJ Grhasia sebanyak 3 kali sejak tahun 2015, jika berada di rumah, klien sering diejek tetangga dengan sebutan orang gila. Hal ini sering menyebabkan klien kambuh. Klien mengatakan tidak punya pengalaman yang tidak menyenangkan. Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.



Gambar 2. Genogram

Keterangan gambar



5. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda-tanda vital tanggal 10 juli 2017

Tekanan Darah : 126/67 mmHg

Suhu : 36,3°C

Nadi : 85x/menit

Respirasi : 20x/menit

b. Status Gizi

BB = 58kg

TB = 170cm

IMT =  $\frac{BB}{TB^2}$  =  $\frac{58}{(170)^2}$  =

IMT = 20,69 (Normal)



Nilai Standar

<18 : *UnderWeight*

18-25 : *NormalWeight*

25 : *OverWeight*

>30 : *Obesitas*

c. Keluhan Fisik

Saat pengkajian klien tidak ada keluhan fisik

6. Psikososial

a. Psikososial

1) Citra Diri

Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya karena semua pemberian Allah SWT.

2) Identitas Diri

Klien mengatakan sebelum dirawat menyadari dirinya seorang laki-laki dan dapat menyebutkan namanya. Klien menyadari dirinya seorang kakak yang pertama dari ke dua adiknya

Klien mengatakan sekarang klien seorang pasien di RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

3) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang ke rumah serta berkumpul dengan keluarga. Klien mengatakan ingin bisa ikut kerja bakti

#### 4) PeranDiri

Klien mengatakan di rumah berperan sebagai kakak dari adiknya dan berperan sebagai anak dari orang tuanya yang tugasnya berbakti pada orang tua

#### 5) Harga Diri

Klien mengatakan agak sedih karena tidak pernah ditengok olehkeluarganya.

#### b. HubunganSosial

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidup adalah orang tua.

Klien mengatakan kegiatan yang diikuti di masyarakat adalah kerja bakti setiap hari minggu.

#### c. Spiritual

Klien mengatakan beragama Islam dan meyakini agamanya yang dianutnya.Klien mengatakan menjalankan sholat meskipun masih belum 5 waktu.

### 7. StatusMental

#### a. Penampilan

Klien terlihat rapi, pemakaian baju sesuai, klien bersih, tidak bau badan

#### b. Pembicaraan

Klien berbicara sedikit cepat dankeras

c. Aktifitas Motorik

Klien sedikit gelisah saat membicarakan tentang keluarganya yang tidak menjenguknya

d. Alam Perasaan

Klien terlihat sedih karena belum dijemput pulang

e. Afek

Tidak ada gangguan afek/ afek sesuai

f. Interaksi Selama Wawancara

Selama wawancara klien kooperatif

g. Persepsi

Klien mengatakan dulu pernah mengalami halusinasi, tapi sekarang sudah tidak

h. Isi Pikir

Klien tidak mengalami gangguan isi pikir

i. Proses Pikir

Klien tidak mengalami gangguan proses pikir, saat wawancara klien langsung bisa menjawab pertanyaan dengan baik

j. Tingkat Kesadaran

Klien sadar penuh, klien mengatakan sedang berada di RSJ Ghrasia DIY , klien mengatakan sekarang hari Senin tanggal 10 juli 2017

k. Memori

Klien mengatakan dulu waktu kelas 5 Sekolah Dasar (SD), klien pernah memukul ayahnya, klien mengatakan tanggal 19 Mei 2017 klien masuk Wisma Bima terlebih dahulu

l. Kemampuan Penilaian

Klien mampu mengambil keputusan dengan mudah dengan contoh klien memilih bangun tidur, sholat, sarapan baru mandi.

m. Daya Tilik Diri

Klien mengatakan sadar bahwa dirinya sakit dan di rawat di RSJ Grhasia DIY. Klien belum paham bahwa ia mengalami gangguan jiwa.

8. Kebutuhan Perencanaan Pulang

a. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Klien mampu untuk makan sendiri, berpakaian sendiri, klien mampu menggunakan motor, klien tinggal bersama ayah, ibu, dan adiknya. Klien mendapat uang dari hasil membantu orang tua bertani kesawah.

b. Kegiatan hidup sehari-hari

Klien dapat mandi, menjaga kebersihan, makan, BAK/BAB, ganti pakaian secara mandiri.

c. Nutrisi

Klien makan 3 kali sehari, nafsu makan klien baik, tidak ada penurunan nafsu makan, berat badan waktu klien masuk rumah sakit berat badannya 52 kg, sekarang berat badan klien 58kg.

d. Tidur

Klien mengatakan tidak ada gangguan tidur, tidur siang bisa 2 jam

, tidur malam dari pukul 19.00 sampai 04.00 pagi.

e. Penggunaan Obat/ Terapi Obat

1) Risperidon 2mg      1 - 0 - 1

2) Haloperidol 1,5mg      1 - 0 - 1

3) Trihexifenidil 2mg      1 - 0 - 1

4) Clozapin 35mg      0 - 0 - ½ .

f. Klien mengatakan akan rutin minum obat dan kontrol jika sudah keluar dari RSJ Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta

g. Aktifitas di dalam rumah

Klien tidak bisa memasak tapi, klien bisa mempersiapkan makanan sendiri, klien biasa menyapu di depan rumah, klien tidak mencuci baju karena dicuci oleh ibunya.

h. Aktifitas di luar rumah

Klien sering belanja ke warung, membeli sayuran untuk dimasak oleh ibunya, membersihkan dan menyapu pekarangan rumahnya.

Mekanisme Koping

Adaptif : klien berbicara-bincang dengan dengan orang lain, tidur

Maladaptif : terkadang ingin memukul

Masalah Psikososial dan Lingkungan

Keluarga klien mengatakan klien akan selalu marah jika ada orang di sekitar rumahnya yang mengejeknya orang gila, klien terakhir tamat Sekolah Menengah Pertama (SMP), klien mengatakan saat klien membantu orang tua bekerja klien tidak ada masalah.

#### 9. Aspek Medis

##### a. Tanggal 20 Mei 2017

Axis I : F20.0

b. Axis II :-

Axis III :-

Axis V : GAF31-40

##### a. Tanggal 10 Juli 2017

Axis I : F 20.0

Axis II : pendiam/introvet

Axis III :-

Axis IV :-

Axis V : GAF score 70-61

## L. ANALISA DATA

Tabel 1. AnalisaData

NO.	DATA	MASALAH
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- klien mengatakan masuk ke rumah sakit karena mengamuk dengan orang tua dan memecahkan kaca karena tidak diberirokok</li><li>- Keluarga klien mengatakan klien mudah marah dan tersinggung jika tidak diturutikemauanya</li></ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien berbicara dengan cepat dan keras saatwawancara</li><li>- Klien punya riwayatperilaku kekerasan</li></ul>	<p>Resiko Perilaku</p> <p>Kekerasan</p>

## M. DIAGNOSA KEPERAWATAN

### 1. Resiko Perilaku kekerasan

DS:-Klien mengatakan masuk ke rumah sakit karena mengamuk dengan orang tua dan memecahkan kaca karena tidak diberi rokok

-Keluarga klien mengatakan klien mudah marah dan tersinggung jika

tidak dituruti kemauanya

DO : -Klien berbicara dengan cepat dan keras saat wawancara


-Klien punya riwayat perilaku kekerasan

Perawat



(Anggun)


## PERENCANAAN KEPERAWATAN



Tabel 2. Rencana keperawatan resiko perilaku kekerasan



HARI/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 08.30	<p>Resiko perilaku kekerasan ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan masuk rumah sakit karena mengamuk dengan orang tua</li> <li>-Keluarga klien mengatakan klien mudah tersinggung dan mudah marah jika tidak dituruti kemauanya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien berbicara keras dan cepat saat wawancara</li> <li>-klien punya riwayat perilaku kekerasan</li> </ul> <p>Anggun</p>	<p>TUM :</p> <p>Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>TUK :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membina hubungan salingpercaya</li> </ol> <p>Setelah 1x pertemuan klien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mau membalas salam</li> <li>b. Klien mau berjabat tangan</li> <li>c. Klien mau menyebutkan nama</li> <li>d. Klien mautersenyum</li> <li>e. Klien mau kontakmata</li> </ol> <p> anggun</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Baeri salam (panggil namasaat berinteraksi)</li> <li>b. Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan dan tujuan perawatberinteraksi</li> <li>c. Tanyakan dan panggil nama kesukaanklien</li> <li>d. Jelaskan tentang kontrak yang akandibuat</li> <li>e. Beri sikap empati, jujursetiapkali berinteraksi.</li> <li>f. Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> </ol> </li> </ol> <p>Anggun</p>




HARI/ GL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWTAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 pukul 08.30		<p>TUK 2</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan Setelah 1x pertemuan klien dapat menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya</p> <p>.</p> <p>a. Klien mengungkapkan perasaannya.</p> <p>b. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/marahnya (dari diri sendiri, lingkungan/orang lain)</p> <p> Anggun</p>	<p>2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya</p> <p>a. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.</p> <p>b. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/marahnya.</p> <p> Anggun</p>



HARI/TG L/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 pukul 08.30		<p>TUK 3 :</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>Setelah 1x pertemuan diharapkan klien menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan.</p> <p>a. Klien dapat mengungkapkan perasaan saat jengkel/marah</p> <p>b. Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala yang dilakukannya</p> <p>anggun</p>	<p>3. Bantu klien mengungkapkan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialaminya.</p> <p>a. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat jengkel/marah</p> <p>b. Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien</p> <p>c. Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel/marah yang dialami klien.</p> <p></p> <p>Anggun</p>


HARI/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 08.30		<p>TUK 4 :</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dialaminya/ yang biasa dilakukannya</p> <p>Setelah 1x pertemuan diharapkan</p> <p>a. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukannya untuk menyelesaikan masalah</p> <p>b. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukannya untuk menyelesaikan masalah</p>  <p>Anggun</p>	<p>4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukannya :</p> <p>a. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukannya (verbal pada org lain, lingkungan dan dirisendiri)</p> <p>b. Bicarakan dengan klien apakah dengan cara yang dilakukannya masalahnya dapat selesai.</p>  <p>Anggun</p>

HARI/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 pukul 08.30		<p>TUK 5</p> <p>Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p> <p>Setelah 1x pertemuan klien dapat menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya</p> <p>a. Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akibat pada dirisendiri</li> <li>- Akibat pada oranglain</li> <li>- Akibat padalingkungan</li> </ul> <p> Anggun</p>	<p>5. Diskusikan akibat/kerugian dari perilaku kekerasan yang dilakukan klien</p> <p>a. Tanyakan pada klien apakah ia ingin mempelajari cara lain menyalurkan marah yang lebih sehat</p> <p>b. Bicarakan akibat kerugian dari cara perilaku kekerasan yang dilakukanklien</p> <p> Anggun</p>

HARI/TG L/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 pukul 08.30		<p>TUK 6</p> <p>Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>Setelah 1x pertemuan diharapkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat menyebutkan contoh perilaku kekerasan secara fisik (tarik nafas dalam, pukul kasur serta bantal) dll kegiatan fisik.</li> <li>Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan</li> <li>Klien mengevaluasi kemampuannya dalam melakukan cara fisik yang sudah dipelajari</li> </ol> <p>anggun</p>	<p>6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukanklien</li> <li>Beri pujian atas kegiatan fisik yang biasa dilakukanklien</li> <li>Diskusikan 2 cara latihan fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu menarik nafas dalam, pukul kasur sertabantal.</li> <li>Diskusikan cara melakukan relaksasi nafas dalam dan pukul kasur sertabantal</li> <li>Beri pujian positif atas kemampuanklien dalam mendemonstrasikannya.</li> <li>Tanyakan perasaan klien setelah selesai</li> <li>Anjurkan klien untuk menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah/jengkel</li> </ol> <p></p> <p>anggun</p>

HARI/ GL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 pukul 08.30		<p>TUK 7</p> <p>Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>Setelah 1x pertemuan diharapkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan.</li> <li>Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik.</li> </ol> <p>anggun</p>	<p>7.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien</li> <li>Beri contoh cara bicara yang baik (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)</li> <li>Minta klien mengikuti contoh cara bicara yang baik</li> <li>Beri pujian atas keberhasilan klien</li> <li>Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan.</li> <li>Tanyakan pada klien "Bagaimana perasaannya setelah latihan bicara yang baik"</li> </ol> <p>anggun</p>

HARI/TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin, 10 Juli 2017 pukul - 08.30		<p>TUK 8</p> <p>Klien dapat mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>Setelah 1x pertemuan diharapkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat menyebutkan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan.</li> <li>Klien dapat mendemonstrasikan cara ibadah yang dipilih.</li> <li>Klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan melakukan kegiatan ibadah</li> </ol> <p> anggun -</p>	<p>8.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang oernahdilakukannya</li> <li>Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akandilakukannya.</li> <li>Minta klienmendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih.</li> <li>Beri pujian atas keberhasilan klien dalam pelaksanaan ibadah.</li> <li>Tanyakan pada klien “Bagaimana perasaan setelah teratur melaksanakan ibadah? Apakah keingin marahberkurang?”</li> </ol> <p> anggun</p>

HARI/TGL / JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN
Senin,10 Juli2017 pukul 08.30		<p>TUK 9 Klien dapat mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan Setelah 1x pertemuan diharapkan</p> <p>a. Klien dapat menyebutkan jenis, dosis dan waktu minum obat serta manfaat dari obat itu</p> <p>b. Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.</p> <p>Anggun</p>	<p>9.</p> <p>a. Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya.</p> <p>b. Diskusikan dengan klien tentang manfaat minum obat secara teratur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beda perasaan sebelum dan sesudah minum obat</li> <li>- Jelaskan bahwa dosis hanya boleh diubah oleh dokter</li> <li>- Jelaskan akibat minum obat tidak teratur</li> </ul> <p>c. Diskusikan tentang proses minum obat (minta obat pada perawat, periksa obat sesuai dg dosisnya, minum obat pada waktunya)</p> <p> anggun</p>



## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Tn. K


Ruang : Gatotkaca

No RM : 064144


Tabel.3 Catatan Perkembangan

HARI TANGGAL JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin 10 juli 2017 pukul 09.00	a. Memberisalam/memanggil nama setiapberinteraksi b. Menyebutkan nama perawat sambil berjabat tangan dan mengatakan tujuan perawatn berinteraksi c. Menanyakan nama dan nama kesukaanklien d. Memberikan sikap empati, dan jujur setiap kali berinteraksi e. Menjelaskan tentang kontrak yang akan dibuat f. Mendengarkan dengan penuhperhatian  (Strategi Pelaksanaan terlampir)  anggun	Senin, 10 juli 2017 Jam : 11.00 S : - Klien mengatakan namanya“K” senang dipanggil“K” - Klien mengatakan senang bisa mengobrol denganperawat  O : - Klientampaktersenyum - Klien mau berjabat tangan dan menjawabsalam - Klien kooperatif saat diajak berbicara A : TUK 1 Bina Hubungan Saling Percaya tercapai P : planing pasien: -Anjurkan pada klien untuk selalu berkenalan dengan orang baru planing perawat: -Lanjutkan TUK 2 -Anjurkan klien untuk mengungkapkan penyebab marah  anggun


CATATAN PERKEMBANGAN

HARI TANGGA L JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin 10 juli 2017 pukul 09.05	<p>a. Memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaanya</p> <p>a. Membantu klien mengungkapkan penyebab perasaan marah</p> <p>(Strategi Pelaksanaan terlampir)</p> <p>Anggun</p>	<p>Senin 10 juli 2027 pukul 12.00</p> <p>S:-Klien mengatakan penyebab marahnya dengan orang tua karena meminta rokok</p> <p>O:-klien dapat mengungkapkan penyebab perilaku kekerasanya</p> <p>A:TUK 2teratasi</p> <p>-klien dapat mengidentifikasi penyebab perilakukekerasan</p> <p>P:Lanjtkan TUK3</p> <p>planning perawat: Diskusikan dengan klien tentang tanda dan gejala perilaku kekerasan jam 09.10 di ruang makan</p> <p>Planning pasien: -klien akan mengetahui penyebab marahnya</p> <p> anggun</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

HARI TANGGAL JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
<p>Senin 10 juli pukul 09.10</p>	<p>a. Menganjurkan klien untuk mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat marah</p> <p>b. Menyimpulkan bersama klien tanda dan gejalamarah/jengkel</p> <p>(Strategi Pelaksanaan terlampir)</p>  <p>anggun</p>	<p>Senin 10 juli 2017 pukul 12.05</p> <p>S:klien mengatakan sedikit tahu tentang tanda gejala marah yaitu dadaberdebar</p> <p>O:-klien terlihat hanya menyebutkan 1 tanda g</p> <p>-klien tampak kooperatif</p> <p>A:TUK 3 teratasi sebagian</p> <p>-klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</p> <p>P: Lanjutkan TUK 4</p> <p>planning perawat:</p> <p>-anjurkan klien untuk menyebutkan lebih dari satu tanda gejala marah</p> <p>-Diskusikan dengan klien cara mengungkapkan marah yang biasa dilakukan</p> <p>planning pasien:</p> <p>klien dapat menyebutkan tanda dan gejala marah</p> <p>anggun</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN


HARI TANGG AL JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
<p>Senin 10 juli pukul 09.12</p>	<p>a. Menganjurkan klien mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan</p> <p>b. Membicarakan dengan klien apakah dengan cara yang dilakukan masalah selesai</p> <p>(Strategi Pelaksanaan terlampir)</p>  <p>anggun</p>	<p>Seniin 10 juli 2017 pukul 12.10</p> <p>S: Klien mengatakan jika marah suka memecahkan barang</p> <p>-Klien mengatakan dengan memecahkan kaca tidak akan menyelesaikan masalah</p> <p>O=klien kooperatif dan bisa menyebutkan jika memecahkan kaca tidak akan menyelesaikan masalah</p> <p>A:TUK 4 teratasi</p> <p>-klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan</p> <p>P:Lanjutkan TUK5</p> <p>Planing perawat:</p> <p>-Diskusikan dengan klien akibat dari perilaku marah yang bdilakukan</p> <p>Planing pasien:</p> <p>-Klien bisa menyebutkan cara yang biasa dilakukan tidak menyelesaikan masalah</p> <p>anggun</p>




## CATATAN PERKEMBANGAN

HARI TANGG AL JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
<p>Senin 10 juli 2017 pukul 09.20</p>	<p>a. Mendiskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan</p> <p>b. Memberi pujian atas kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien</p> <p>c. Mendiskusikan 2 cara latihan fisik mencegah perilaku kekerasan</p> <p>d. Memberi contoh tentang cara melakukan nafas dalam</p> <p>e. Memberi pujian atas keberhasilan klien</p> <p>f. Tanyakan perasaan klien setelah melakukan relaksasi nafas dalam</p> <p>g. Mendiskusikan kontrak waktu selanjutnya</p> <p>(Strategi Pelaksanaan terlampir)</p> <p>anggun</p>	<p>Senin 10 juli 2017 pukul 13.00</p> <p>S:Klien mengatakan lega setelah melakukan nafas dalam</p> <p>-klien mengatakan bersedia melakukan nafas dalam bila marah muncul</p> <p>O:-Klien dapat mempraktekkan nafas dalam</p> <p>A:TUK 6 teratasi sebagian</p> <p>-klien dapat mecontohkan cara mengontrol marah dengan nafas dalam P:Lanjutkan TUK 6</p> <p>Planning perawat:</p> <p>-Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik yang ke 2 pukul bantal</p> <p>Planning pasien:</p> <p>-Anjurkan klien untuk menggunakan tehnik nafas dalam jika tanda marah mulai muncul</p> <p>anggun</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

1	2	3
HARI TANGGAL JAM	PELAKSANAAN	EVALUASI
Selasa 11 juli 2017 pukul 10.20	<p>a. Mendiskusikan kegiatan fisik yang biasadilakukan</p> <p>b. Mendiskusikan cara latihan fisik yang ke 2 yaitu pukulbantal</p> <p>c. Mendiskusikan dan memberikan contoh tentang cara memukul bantal</p> <p>d. Menanyakan perasaan klien setelah berlatih memukulbantal</p> <p>e. Menganjurkan klien menggunakan cara yang telahdipelajari</p> <p>f. Memberikan pujian atas kemampuan klien tentang mendemonstrasikan memukulbantal</p> <p>g. Menanyakan perasaan setelah memukulbantal</p> <p>h. Mengontrak waktu selanjutnya</p> <p>(Strategi Pelaksanaan terlampir)</p>	<p>Selasa 11 juli pukul 11.00</p> <p>S: -klien mengatakan akan melakukan pukul bantal jika marahnya muncul -klien mengatakan akan melakukan pukul bantal secara rutin</p> <p>O:klien dapat mempraktekkan cara memukul bantal -klien kooperatif -Klien dapat memperagakan sesuai contoh</p> <p>A:TUK 6 teratasi -klien dapat mendemonstraikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan</p> <p>P:Klien BLPL lanjutkan intervensi</p> <p> Anggun</p>
1	2	3

	<p style="text-align: center;"> Anggun</p>	<p>Discharge Planing :</p> <p>Planning perawat(home visit):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Edukasi ke keluarga dan klien agar klien kontrol sesuai jadwal</li> <li>-Edukasi ke keluarga dan klien agar klien selalu minum obat teratur</li> <li>-Edukasi kekeluarga dan klien agar klien melakukan aktifitas rutin</li> <li>-Edukasi ke klien dan keluarga agar klien beristirahat dengan cukup</li> <li>-Edukasi klien dan keluarga pengertian perilaku kekerasan, tanda gejala, akibat dan cara mengontrol marah dan perawatan klien di rumah</li></ul> <p>Planing pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-klien bisa mengontrol kemarahannya di rumah</li> <li>-Klien dapat mengulangi cara mengontrol marah yang sudah diajarkan</li></ul> <p>anggun</p>
--	---	---