

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO PERILAKU KEKERASAN
PADA PASIEN DENGAN *SKIZOFRENIA***



Oleh :

YAHYA FAJAR SUHANTARA
NIM: 2317076

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY" YOGYAKARTA
2020

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

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

YAHYA FAJAR SUHANTARA
NIM : 2317076

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yahya Fajar Suhantara

NIM : 2317076

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 dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 16 April 2020

Pembuat Pernyataan



Yahya Fajar Suhantara

NIM : 2317076

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

OLEH :
YAHYA FAJAR SUHANTARA
NIM : 2317076

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal 03 Juli 2020

Dewan Penguji :

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

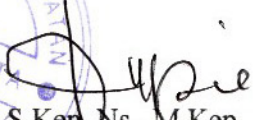
Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep

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

Kemarin adalah jejakku, Hari ini adalah langkahku, Esuk adalah tujuanku.

(Yahya Fajar Suhantara)

Hambatan tidak bisa menghentikan anda. Masalah tidak bisa menghentikan Anda. Oranglain tidak bisa menghentikan Anda. Hanya Anda yang bisa menghentikan Anda.

(Jeffri Gitomer)

Man Jada Wa Jada

(Barangsiapa bersungguh-sungguh pasti akan berhasil)

PERSEMBAHAN

Sebagai ucapan terimakasih yang begitu banyak tidak terucap, maka Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada Orangtuaku bapak Dwi Harmoko dan ibu Sutrismi yang selalu mendukungku dan mendoakan setiap waktu. Selalu memberikan semangat yang tak pernah putus, yang selalu mendoakanku di setiap sholat dan hembusan nafasnya.
2. Untuk adikku Chintya Devi Agita yang selalu berpesan untuk selalu membuat bangga ke dua orang tua kita.
3. Untuk teman-teman Kontrakan ‘’TRAH CIPRIT OLENG’’ Anung Cahya Rahmawan, Richo Dita Erlangga, Arka, Yudi, Diky, Bruri, Yogi, Ulil, Cahyo, Habib, Rifal.
4. Untuk temanku Kola Ramada, Tantri, Fika, Sova, Lissa, Ester yang telah bersama sama menemani selama kuliah sukses untuk kalian semua dan semoga tali silaturahmi masih tetap terjaga.
5. Untuk teman-teman angkatan 23 yang berjuang selama 3 tahun bersama-sama dalam suka maupun duka sukses buat kalian semua.
6. Almamater Ku tercinta. Akper ‘’YKY’’ Yogyakarta.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Dengan Skizofrenia. Karena Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi Tugas Akhir Program D3Keperawatan.

Tidak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, secara khusus penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta.
2. Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep selaku pembimbing I
3. TenangAristina, S.Kep.Ns.M.Kep selaku pembimbing II
4. Prastiwi Puji Rahayu, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.J selaku penguji
5. Nurida Fifi Kadarusman selaku penyusun Asuhan Keperawatan

Penulis menyadari bahwa hasil studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi, bahasa, maupun materi. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya membangun. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangan kepada penulis. Semoga hasil studi kasus ini dapat bermanfaat kepada kita semua. Amin

Yogyakarta, 20 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Ruang Lingkup.....	5
E. Manfaat Studi Kasus	5
1. Teoritis	5
2. Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Skizofrenia	7
1. Pengertian Skizofrenia	7
2. Klasifikasi	9
3. Manifestasi Klinis	9
4. Penatalaksanaan Skizofrenia.....	10

B.	Konsep Resiko Perilaku Kekerasan	14
1.	Pengertian Resiko Perilaku Kekerasan	14
2.	Etiologi.....	14
3.	Dampak Resiko Perilaku Kekerasan.....	16
4.	Manifestasi Klinis	17
5.	Rentang Respon	18
6.	Mekanisme Koping	19
7.	Asuhan Keperawatan Jiwa.....	22
8.	Peran Keluarga.....	39
C.	Kerangka Teori	42
BAB III METODE STUDI KASUS		43
A.	Rancangan Studi Kasus	43
B.	Objek Penelitian	43
C.	Lokasi dan Waktu Studi Kasus	43
D.	Definisi Operasional.....	43
E.	Instrumen Studi Kasus	44
F.	Teknik Pengumpulan Data	44
G.	Analisa Data	45
H.	Etika Studi Kasus	45
I.	Kerangka Alur Penelitian	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		48
A.	Hasil	48
B.	Pembahasan.....	50
BAB V PENUTUP.....		53
A.	Kesimpulan	53
B.	Saran.....	53

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Perilaku Kekerasan,,,,.....	17
Gambar 2.2 KerangkaTeori.....	41
Gambar 3.1 Kerangka Alur Studi Kasus.....	41

DAFAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	36
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 Bukti Bimbingan
- Lampiran 3 Data Asuhan Keperawatan Jiwa Tahun 2015

Yahya Fajar Suhantara. (2020). Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Skizofrenia

Pembimbing: Nunung Rachmawati, Tenang Aristina

Abstrak

Latar belakang: Skizofrenia adalah suatu keadaan sindrom etiologic yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognitif, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. Data prevelensi diagnosa utama terbanyak selama 3 bulan terakhir yang ada di Wisma Sadewa adalah resiko perilaku kekerasan dengan jumlah pasien 27 orang. Dampak dari resiko perilaku kekerasan sendiri dapat melukai diri sendiri, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam orang, penyalahgunaan obat, dan depresi berat. **Tujuan:** studi dokumentasi ini adalah untuk mengetahui karakteristik serta diketahui gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada resiko perilaku kekerasan dengan skizofrenia. **Metode:** studi dokumentasi dengan pendekatan deskriptif kualitatif. **Hasil:** Setelah dilakukan studi dokumentasi didapatkan hasil pengkajian bahwa pengkajian yang dilakukan kurang lengkap, Diagnosa yang diambil penulis sebelumnya sudah sesuai dengan batasan karakteristik tetapi pada penulisan kurang sesuai dengan firmat PES, perencanaan yang dilakukan kurang sesuai karena hanya menggunakan 5 tupen dan pada teori menggunakan 9 tupen, pelaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan perencanaan yang disusun sebelumnya dan evaluasi setelah dilakukan studi dokumentasi didapatkan bahwa masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan teratasi tetapi hal tersebut kurang sesuai karena hanya 5 tupen yang tercapai, sehingga evaluasi yang tepat yaitu teratasi sebagian.

Kata kunci: *Skizofrenia*, Resiko Perilaku Kekerasan, Studi Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan jiwa merupakan kondisi yang sejahtera secara subyektif, penilaian perasaan yang mencakup aspek konsep diri, kebugaran dan kemampuan pada pengendalian diri (Riyadi & Purwanto, 2013). Menurut data WHO pada tahun 2016 secara keseluruhan sekitar 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang mengalami gangguan bipolar, 47,5 juta orang mengalami demensia, dan 21 juta orang mengalami gangguan jiwa berat. Salah satu gangguan jiwa yang terdapat di seluruh dunia adalah gangguan jiwa *skizofrenia* (Kemenkes, 2014).

Menurut teori dari Sutejo (2018) Skizofrenia adalah sindrom etiologic yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. Berdasarkan data Riskesdas pada tahun 2018 menunjukkan bahwa gangguan jiwa berat yang cukup banyak berada di Indonesia dengan prevelensi 7,1‰. Kemudian, prevalensi jumlah penduduk di Daerah Istimewa Yogyakarta yang menderita gangguan jiwa berat sebesar 15,3‰. Secara rinci jumlah tertinggi penderita pada gangguan jiwa berat berada di daerah Kabupaten Kulon Progo dengan jumlah sebesar 10,20‰, Kabupaten Bantul 2,53‰, Kota Yogyakarta 3,22‰, Kabupaten Gunungkidul 2,89‰, dan terendah berada di daerah Kabupaten Sleman sebesar 6,91‰. Pada penanganan gangguan jiwa terdapat diagnosa keperawatan yaitu salah satu nya adalah resiko perilaku kekerasan.

Menurut Ismaya & Asti (2019), resiko perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Saat studi pendahuluan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta mendapatkan data jumlah pasien saat 3 tahun terakhir dengan 10 diagnosa keperawatan tertinggi adalah resiko perilaku kekerasan berjumlah 2818, gangguan sensori persepsi: halusinasi/ilusi berjumlah 2.723 orang, perilaku kekerasan berjumlah 2.496 orang, defisit perawatan diri berjumlah 2.141 orang, ketidakpatuhan berjumlah 1.035 orang, depresi tidur berjumlah 968 orang, gangguan proses pikir (waham) berjumlah 833 orang, kesiapan peningkatan : perawatan diri berjumlah 654 orang, kerusakan komunikasi verbal berjumlah 603 orang, dan isolasi sosial berjumlah 586 orang.

Dampak dari resiko perilaku kekerasan sendiri dapat melukai diri sendiri, merencanakan tindakan kekerasan, mengancam orang, penyalahgunaan obat, dan depresi berat. Berdasarkan dari dampak tersebut klien dengan risiko perilaku kekerasan di butuhkan peran perawat baik secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan mengontrol perilaku agresif, memberikan pendidikan pada pasien mengenai cara mengekspresikan marahnya, respon adaptif maladaptif dan berkomunikasi menggunakan komunikasi terapeutik serta menyediakan berbagai aktivitas untuk meminimalkan perilaku klien yang tidak sesuai (Kusumawati, 2010).

Selain perawat peran keluarga juga sangat di butuhkan untuk pasien dengan resiko perilaku kekerasan

Keluarga mempunyai peran dan tugas di bidang kesehatan perlu memahami dan melakukan, seperti dapat mengenal masalah, memutuskan masalah, mengambil keputusan dalam masalah, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat, keluarga dapat menangani pasien dengan resiko perilaku kekerasan dengan cara mengenali, mengatasi, mencegah, menanggulangi, serta memulihkan perilaku pasien dari yang maladaptif menjadi adaptif (Susilawati & Fredika).

Berdasarkan hasil dari wawancara pada tanggal 03 Februari 2020 dengan perawat yang ada di Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta, perawat mengatakan diagnosa utama terbanyak selama 3 bulan terakhir yang ada di Wisma Sadewa adalah resiko perilaku kekerasan dengan jumlah pasien 27 orang. Upaya yang dilakukan perawat di Wisma Sadewa rumah sakit Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta diantaranya dengan menggunakan standar asuhan keperawatan (SAK). Pasien telah dirawat sesuai dengan SAK, 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.

Berdasarkan prevalensi dan dampak dari uraian diatas maka, penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dengan judul Karya Tulis Ilmiah Gambaran Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien dengan *Skizofrenia*.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dirumuskan perumusan masalah yaitu bagaimana Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan *Skizofrenia*.

C. Tujuan Penelitian

Studi Kasus ini mempunyai tujuan :

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan *Skizofrenia*.

2. Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran tentang :

- a. Hasil Studi Dokumentasi mengenai Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan *Skizofrenia*.
- b. Hasil Studi Dokumentasi mengenai Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien *Skizofrenia*.
- c. Hasil Studi Dokumentasi mengenai Rencana Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan *Skizofrenia*.
- d. Hasil Studi Dokumentasi mengenai Pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan *Skizofrenia*.
- e. Hasil Studi Dokumentasi mengevaluasi Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan *Skizofrenia*.

- f. Hasil Studi Dokumentasi mengenai Pendokumentasian Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan *Skizofrenia*.

D. RuangLingkup

Ruang lingkup penelitian ini masuk dalam mata ajar keperawatan jiwa. Materi yang dibahas adalah Gambaran Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien dengan *Skizofrenia*. Penelitian ini dilakukan di AKPER “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah yaitu Nurida Fifi Kadarusman tahun 2015.

E. Manfaat Penelitian

Studi kasus ini diharapkan memberikan manfaat :

1. Teoritis

Menambah pengetahuan di bidang keperawatan jiwa khususnya dalam pelaksanaan pasien *skizofrenia* dengan risiko perilaku kekerasan.

2. Praktis

- a. Bagi Institusi

Dapat memperluas pengetahuan khususnya bagi mahasiswa Akademi Keperawatan Yogyakarta dalam pelaksanaan proses belajar pada keperawatan jiwa.

b. Bagi Penulis Selanjutnya

Mendapatkan pengalaman nyata dalam mengaplikasikan teori asuhan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien *Skizofrenia*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Dasar

1. Gambaran Umum *Skizofrenia*

a. Pengertian *Skizofrenia*

Menurut (Sutejo, 2018) Skizofrenia adalah sindrom etiologic yang tidak diketahui dan ditandai dengan distur gangguan kognisi, emosi, persepsi, pemikiran, dan perilaku. Menurut Hawari (2013), *skizofrenia* berasal dari dua kata “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah, dan “*Frenia*” yang berarti jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa *Skizofrenia* adalah orang yang mengalami keretakan keperibadian.

b. Jenis-jenis *skizofrenia*

Menurut Hawari (2014) jenis-jenis *skizofrenia* adalah sebagai berikut :

1) *Skizofrenia paranoid*

Jenis *skizofreniaini* sering mulai sesudah 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungki juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat digolongkan *schizoid*. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

2) *Skizofrenia hebefrenik*

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *doublepersonality*. Gangguan psikomotor seperti maneris, 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 stress emosional. Mungkin terjadi gaduh, gelisah katatonik atau stupor katatonik. Gejala yang penting adalah gejala psikomotor seperti :

- a) Mutisme, kadang-kadang dengan mata tertutup, muka tampak mimik, seperti topeng, stupor penderita tidak sama sekali untuk waktu yang sangat lama, beberapa hari, bahkan kadang-kadang beberapa bulan.
- b) Bila diganti posisinya penderita menentang.
- c) Makanan ditolak, air ludah tidak ditelan sehingga terkumpul didalam mulut dan meleleh keluar, air seni dan feses ditahan.
- d) Terdapat grimas dan katalepsi.

4) *Skizofrenia simplex*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis simplex adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali ditemukan.

5) *Skizofrenia residual*

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang kearah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari 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.

c. Gejala-gejala

Menurut Hawari (2014) 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.
 - d) Gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
 - e) Merasa dirinya “orang besar”, merasa serba mampu, serba hebat dan sejenisnya.
 - f) Pikiran penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya.
 - g) Menyimpan rasa permusuhan
- 2) Gejala negatif

Gejala negative *skizofrenia* seringkali tidak disadari atau kurang diperhatikan oleh pihak keluarga, karena dianggap tidak

“menggangu” oleh karenanya pihak keluarga seringkali terlambat membawa pasien berobat. Gejala-gejala yang di perlihatkan yaitu :

- a) Alam perasaan (*affect*) tumpul dan mendatar. Gambaran alam perasaan ini dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi.
- b) Menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawn*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day dreaming*)
- c) Kontak emosional amat “miskin”, sukar diajak bicara, pendiam.
- d) Pasif atau apatis, menarik diri dari pergaulan sosial
- e) Sulit dalam berfikir abstrak.
- f) Pola pikir stereotip.
- g) Tidak ada/Kehilangan dorongan kehendak (*avolition*) dan tidak ada inisiatif tidak ada upaya dan usaha, tidak ada spontanitas, monoton, serta tidak ingin apa-apa dan serba malas (kehilangan nafsu)

d. Patofisiologi

Perjalanan penyakit *skizofrenia* dimulai dengan timbulnya gejala yang biasanya terdapat pada masa remaja atau dewasa awal sampai dengan umur pertengahan dengan melalui beberapa fase antara lain :(Yosep, 2010).

- 1) Fase prodromal yaitu berlangsung selama 6 bulan sampai 1 tahun, gangguan berupa self care, gangguan pada akademik, gangguan dalam pekerjaan dll.
- 2) Fase aktif yaitu berlangsung selama kurang lebih 1 bulan, gangguan berupa gejala psikotik, halusinasi, delusi dll.
- 3) Fase residual yaitu klien mengalami 2 gejala, gangguan afek dan gangguan peran, serangan yang biasanya berulang-ulang.

e. Komplikasi

Menurut Yosep (2010), *Skizofrenia* yang tidak terawat dapat membuahkan masalah emosional, perilaku kesehatan, hukum dan keuangan yang berdampak disetiap sendi kehidupan. Komplikasi yang disebabkan atau dikaitkan dengan *skizofrenia* termasuk :

- 1) Bunuh diri
- 2) Perilaku merusak diri sendiri, serta melukai diri sendiri
- 3) Depresi
- 4) Penyalahgunaan alkohol, obat atau obat resep
- 5) Kemiskinan
- 6) Tidak punya tempat tinggal

- 7) Masalah dengan keluarga
- 8) Ketidakmampuan bekerja atau hadir disekolah
- 9) Masalah kesehatan akibat pengobatan antipsikotik
- 10) Menjadi korban kekerasan atau menjadi pelaku
- 11) Penyakit jantung, kerap dikaitkan dengan perokok berat

f. Penatalaksanaan

1) Penggunaan Obat anti Antipsikosis

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati *skizofrenia* disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada *Skizofrenia*.

- a) Antipsikotik Konvensional
- b) Never Atypical antipsikotics
- c) Clozaril (Clozapin)

2. Gambaran Umum Risiko Perilaku Kekerasan

a. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam 2 bentuk yaitu sedang berlangsung kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu riwayat perilaku kekerasan (Prabowo, 2014).

Menurut Kusumawati (2010), risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan yang dirasakan sebagai ancaman.

b. Etiologi

Menurut Yusuf (2015) etiologi dari risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

1) Faktor Predisposisi

Menurut Yusuf (2015), Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Faktor predisposisi perilaku kekerasan diantaranya adalah :

2) Faktor biologi

Ada beberapa hal yang mempengaruhi seseorang melakukan tindakan kekerasan yaitu sebagai berikut :

- a) Pengaruh Neurofisiologi, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impleks agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhandan respon agresif.
- b) Pengaruh biokimia, peningkatan hormon androgen dan norepinefrin serta penurunan serotonin. Pada cairan

serebrospinal merupakan faktor predisposisi penting yang menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan.

- c) Pengaruh genetik, perilaku agresif sangat erat kaitanya dengan genetik yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara pelaku tindakan kriminal (narapidana).
- d) Gangguan otak, sindrom otak genetik berhubungan dengan berbagai ganggun serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal), trauma otak, terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

3) Faktor Psikologi

Menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat menyebabkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

4) Faktor Sosiokultural

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan.

5) Faktor Presipitasi

Menurut Yusuf (2015), Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi 2, yaitu :

- a) Internal adalah semua faktor yang dapat menimbulkan kelemahan, menurunnya percaya diri, rasa takut sakit, hilang kontrol.
- b) Eksternal adalah penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, krisis.
- c) Mekanisme Koping

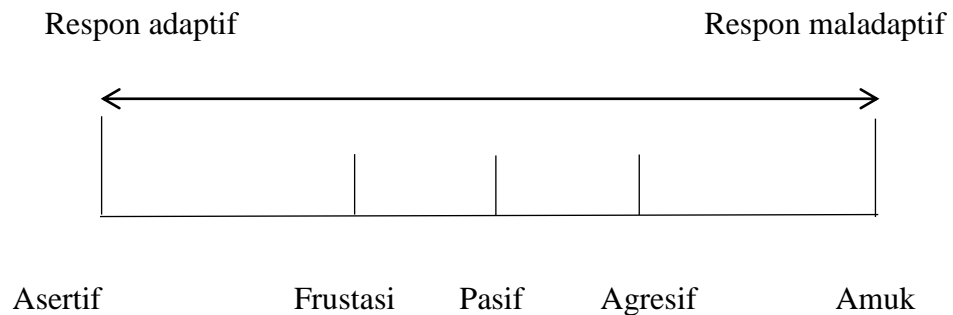
Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi, represif, dan reaksi formasi.

Perilaku kekerasan biasanya diawali dengan situasi berduka yang berkepanjangan dari seseorang karena ditinggal oleh orang yang dianggap sangat berpengaruh dalam hidupnya. Bila ketidakmampuan bergaul dengan orang lain tidak diatasi akan memunculkan halusinasi berupa suara-suara atau bayangan yang meminta klien untuk melakukan tindakan kekerasan. Hal ini dapat berdampak pada

keselamatan dirinya dan orang lain (risiko tinggi mencederai diri, orang lain, dan lingkungan).

c. Rentang Respon Marah

Menurut Yusuf A. (2015) Rentang respon marah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Rentang Respons Marah

Keterangan :

- 1) Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain.
- 2) Frustrasi : Kegagalan mencapai tujuan, tidak realitas/terlambat.
- 3) Pasif : Respons lanjutan yang pasien tidak mampu mengungkapkan perasaan.
- 4) Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol.
- 5) Amuk : Perilaku destruktif yang tidak terkontrol

d. Tanda dan Gejala

Menurut Yusuf (2015) tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan yaitu

:

- 1) Klien dengan resiko perilaku kekerasan dapat mengakibatkan emosi yang menunjukkan dengan ciri-ciri tidak adekuat, tidak aman, rasa terganggu, jengkel
- 2) Klien dengan risiko perilaku kekerasan dapat menunjukkan sikap intelektual mendominasi, bawel, sarkasme, berdebat.
- 3) Klien dengan risiko perilaku kekerasan memiliki ciri-ciri fisik yang menunjukkan Muka merah, Pandangan tajam, napas pendek, beringet, tekanan darah meningkat
- 4) Klien dengan risiko perilaku kekerasan mempunyai kepercayaan/spiritual, tidak mempunyai moral, kebejataan, kemahakuasaan kebijakan/kebenaran diri, keraguan, tidak bermoral, kreatifitas terlambat
- 5) Klien dengan risiko perilaku kekerasan biasanya tampak besosialisasi menunjukkan penarikan diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, dengan gejala yang timbul seperti stress menentang, mengungkapkan secara verbal dengan nada tinggi.

e. Penatalaksanaan

Menurut Dermawan & Rusdi (2013), penatalaksanaan klien dengan risiko perilaku kekerasan ada dua, yang pertama adalah penatalaksanaan medis dengan pemberian obat haloperidol yaitu untuk mengontrol perilaku merusak diri, trihexifenidil yaitu untuk mengontrol perilaku merusak diri dan menenangkan dengan

dilakukan *Electro Convulsive Therapy (ECT)*. Penatalaksanaan yang kedua dengan penatalaksanaan keperawatan yaitu dengan komunikasi terapeutik, lingkungan, terapeutik, kegiatan hidup sehari-hari, dan pendidikan kesehatan.

Keluarga mempunyai peran dan tugas di bidang kesehatan perlu memahami dan melakukan, seperti dapat mengenal masalah, memutuskan masalah, mengambil keputusan dalam masalah, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat, keluarga dapat menangani pasien dengan resiko perilaku kekrasandengan cara mengenali, mengatasi, mencegah, menanggulangi, serta memulihkan perilaku pasien dari yang maladaptif menjadi adaptif (Susilawat & Fredrika, 2019).

3. Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. (Nanda2016 dalam Sutejo 2018). Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain terbagi menjadi dua yaitu: Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*).

a. Pengkajian

Menurut Yusuf (2015), pengkajian meliputi :

1) Faktor predisposisi :

a) Psikonalisis

Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting (*instincual drive*).

b) Psikologis

Berdasarkan teori frustrasi-agresif bahwa psikologis seseorang dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

c) Biologis

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresif adalah sistem limfik, lobus temporal, lobus frontal, neurotransmitter.

d) Perilaku (*behavioral*) dapat menyebabkan kerusakan organ otak, penekanan emosi berlebihan, dan perilaku kekerasan di usia muda.

e) Sosial kultural, Norma adalah kontrol masyarakat pada kekerasan dan budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk berespons terhadap marah yang sehat

f) Faktor Presipitasi

Semua faktor ancaman antara lain.

i. Internal meliputi : kelemahan, rasa percaya menurun, takut sakit, hilang kontrol.

- ii. Eksternal meliputi : penganiayaan fisik, kehilangan orang yang dicintai, dan kritik.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) menjelaskan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan resiko membahayakan secara fisik emosi dan atau seksual pada diri sendiri dan orang lain, dengan faktor resiko curiga pada orang lain, penganiayaan atau pengabaian, riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain, curiga pada orang lain. Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupannya yang aktual dan potensial (Direja, 2013).

Tipe diagnosa keperawatan sebagai berikut

1) Diagnosa keperawatan aktual

Penulisan untuk diagnosa aktual yaitu berdasarkan adanya problem (P), dan tanda dan gejala atau *symptom* (S).

2) Diagnosa keperawatan risiko

Diagnosa keperawatan ini mengganti istilah diagnosis keperawatan potensial dengan menggunakan “risiko” terhadap atau risiko tinggi terhadap suatu masalah.

3) Diagnosa keperawatan sehat sejahtera atau potensial

Menguraikan respon manusia terhadap tingkat kesehatan pada individu atau kelompok yang mempunyai potensi peningkatan derajat kesehatan lebih tinggi.

Dalam keperawatan jiwa diagnosa keperawatan yang diaplikasikan ada beberapa cara yaitu, diagnosa keperawatan dengan menggunakan pohon masalah, berdasarkan diagnosa NANDA, dan berdasarkan single diagnosa. Dimana dalam single diagnosa ini hanya mengambil satu masalah yang akan diprioritaskan dari masalah yang dimiliki klien, dan dilakukan intervensi terhadap satu masalah yang diprioritaskan saja.

Menurut Dierja (2013), untuk menegakkan diagnosa keperawatan pada risiko perilaku kekerasan diperlukan beberapa data yaitu :

- a) Adanya faktor keturunan.
- b) Riwayat perilaku kekerasan sebelumnya, dan riwayat pernah dirawat dirumah sakit jiwa dengan perilaku kekerasan dan gangguan persepsi sensori (halusinasi).
- c) Riwayat trauma di masa lalu
 - i. Aniaya fisik : sebagai korban, saksi, pelaku.
 - ii. Aniaya seksual : sebagai korban, saksi, ataupun pelaku.
 - iii. Penolakan
 - iv. Kekerasan dalam keluarga : sebagai korban, saksi atau perilaku.

v. Tindakan kriminalitas : sebagai korban, saksi ataupun pelaku.

d) Riwayat depresi karena kegagalan

Menurut Direja (2013) diagnosa keperawatan yang muncul adalah perilaku kekerasan, harga diri rendah, isolasi sosial, halusinasi.

Berikutdiagnosa yang muncul pada perilaku kekerasan :

i. Resiko mencedarai diri sendiri orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.

ii. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.

c. Perencanaan

Rencana tindakan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah klien (Dermawan & Rusdi, 2013). Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan.

Dalam keperawatan jiwa rencana keperawatan terdiri dari tujuan umum (TUM) dan tujuan khusus (TUK). Didalam rencana keperawatan terdapat kriteria evaluasi yang ditunjukkan untuk mengevaluasi tindakan-tindakan yang dilakukan dan menjadi tolok ukur keberhasilan tindakan tersebut. Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnosis keperawatan dimana tujuan umum maupun tujuan khusus mengacu pada SMART :

- 1) S : Spesifik (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda)
- 2) M : Measurable (dapat diukur)
- 3) A : Achievable (tujuan harus dapat dicapai)
- 4) R : Reasonable : (tujuan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah)
- 5) T : Time (tepat waktu)

Menurut Dermawan & Rusdi (2013), perencanaan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

TUM : setelah dilakukan tindakan keperawatan klien dapat mengontrol marahnya dengan baik, tidak melakukan tindakan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain, lingkungan maupun kekerasan secara verbal.

TUK 1 : Setelah melakukan interaksi dengan klien 1x pertemuan, klien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat dengan kriteria hasil :

- a) Klien mau membalas salam
- b) Klien mau berjabat tangan
- c) Klien mau menyebutkan nama
- d) Klien mau tersenyum
- e) Klien tidak mengalihkan kontak mata

Bina hubungan saling percaya

- a) Beri salam (panggil nama saat berinteraksi)
- b) Sebutkan nama perawat sambil berjabat tangan dan beritahu tujuan perawat berinteraksi
- c) Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien
- d) Jelaskan kontrak yang akan dibuat
- e) Bersikap empati, jujur setiap kali berinteraksi
- f) Dengarkan dengan penuh perhatian

TUK 2 : setelah berinteraksi dengan klien 1x pertemuan, klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, dengan kriteria hasil :

- a) Klien mengungkapkan perasaannya
- b) Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau marahnya (dari diri sendiri, lingkungan atau orang lain).

Identifikasi penyebab perilaku kekerasan klien

- a) Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya
- b) Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya
- c) Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel atau marahnya

TUK 3 : setelah berinteraksi selama 1x pertemuan, klien mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dilakukannya.

- a) Klien dapat mengungkapkan perasaan saat jengkel atau marah
- b) Klien dapat menyimpulkan tanda dan gejala yang dilakukannya

Bantu klien mengungkapkan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang dialaminya.

- a) Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat jengkel atau marah
- b) Observasi tanda dan gejala perilaku kekerasan pada klien
- c) Simpulkan bersama klien tanda dan gejala jengkel atau marah yang dialami klien

TUK 4 : setelah berinteraksi dengan klien selama 1x pertemuan, klien mampu mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dengan criteria hasil :

- a) Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang bisa dilakukan untuk menyelesaikan masalah
- b) Klien dapat mengetahui cara yang bisa dilakukannya untuk menyelesaikan masalah

Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukannya :

- a) Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang bisa dilakukannya (verbal pada orang lain, lingkungan dan diri sendiri)
- b) Bicarakan dengan klien apakah dengan cara yang dilakukan masalahnya dapat selesai

TUK 5 : setelah berinteraksi dengan klien selama 1x pertemuan, klien mampu mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukannya dengan criteria hasil :

- a) Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien (akibat pada diri sendiri, akibat pada orang lain dan akibat pada lingkungan)

Diskusikan akibat atau kerugian dari perilaku kekerasan yang dilakukan klien.

- a) Tanyakan pada klien apakah ia ingin mempelajari cara lain menyalurkan marah yang lebih sehat
- b) Bicarakan akibat kerugian dari cara perilaku kekerasan yang dilakukan klien

TUK 6 : setelah berinteraksi selama 1x pertemuan, klien mampu mendemonstrasikan cara untuk mencegah perilaku kekerasannya itu dengan nafas dalam dan pukul kasur serta bantal dengan kriteria hasil :

- a) Klien dapat menyebutkan contoh perilaku kekerasan secara fisik
(tarik nafas dalam, pikul kasur serta bantal)
 - b) Klien dapat mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan
 - c) Klien mengevaluasi kemampuannya dalam melakukan cara fisik yang sudah dipelajari
Diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan klien
- a) Beri pujian atas kegiatan fisik yang biasa dilakukan
 - b) Diskusikan 2 cara latihan fisik yang paling mudah dilakukan untuk mencegah perilaku kekerasan, yaitu menarik nafas dalam, pukul kasur serta bantal
 - c) Diskusikan cara melakukan relaksasi nafas dalam dan pukul kasur serta bantal

- d) Beri pujian positif atas kemampuan klien dalam mendemonstrasikannya

TUK 7 : setelah berinteraksi selama 1x pertemuan, klien mampu mendemonstrasikan pencegahan marah secara verbal dengan kriteria hasil :

- a) Klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan
- b) Klien dapat mendemonstrasikan cara verbal yang baik

Diskusikan cara bicara yang baik dengan klien

- a) Beri contoh cara bicara yang baik (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan dengan baik)
- b) Minta klien mengikuti contoh cara bicara dengan baik

TUK 8 : setelah berinteraksi dengan klien selama 1x pertemuan, klien mampu mendemonstrasikan cara spiritual untuk mencegah perilaku kekerasan dengan kriteria hasil :

- a) Klien dapat menyebutkan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan
- b) Klien dapat mendemonstrasikan cara ibadah yang dipilih
- c) Klin melakukan evaluasi terhadap kemampuan melakukan ibadah

Diskusikan dengan klien kegiatan ibadah yang pernah dilakukannya

- a) Bantu klien memilih kegiatan ibadah yang akan dilakukannya
- b) Minta klien mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dipilih
- c) Beri pujian atas keberhasilan klien dalam pelaksanaan ibadah
- d) Tanyakan pada klien “bagaimana perasaan setelah teratur melaksanakan ibadah?” Apakah keinginan marahanya berkurang ?”.

TUK 9 : setelah berinteraksi selama 1x pertemuan, klien mampu mendemonstrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan dengan criteria hasil :

- a) Klien dapat menyebutkan jenis, dosis, dan waktu obat serta manfaat dari obat itu
- b) Klien mendemonstrasikan kepatuhan minum obat sesuai dengan jadwal yang ditetapkan

Diskusikan dengan klien tentang jenis obat yang diminumnya

- a) Diskusikan dengan klien tentang manfaat minum obat secara teratur
 - i. Beda perasaan sebelum dan sesudah minum obat
 - ii. Jelaskan bahwa dosis hanya diubah oleh dokter

iii. Jelaskan akibat minum obat tidak teratur

b) Diskusikan tentang proses minum obat (minta obat pada perawat, periksa obat sesuai dengan dosisnya, minum obat pada waktunya

c) Diskusikan dengan keluarga cara memberikan dan menentukan asuhan yang diperlukan klien saat di rumah agar meminimalkan kekambuhan pada saat klien di rumah

d. Pelaksanaan

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)

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 social, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

3) Dependen

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

e. Evaluasi hasil

Proses evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan pasien. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara pari purna.

Menurut Direja (2013) evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP diantaranya sebagai berikut :

S : respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

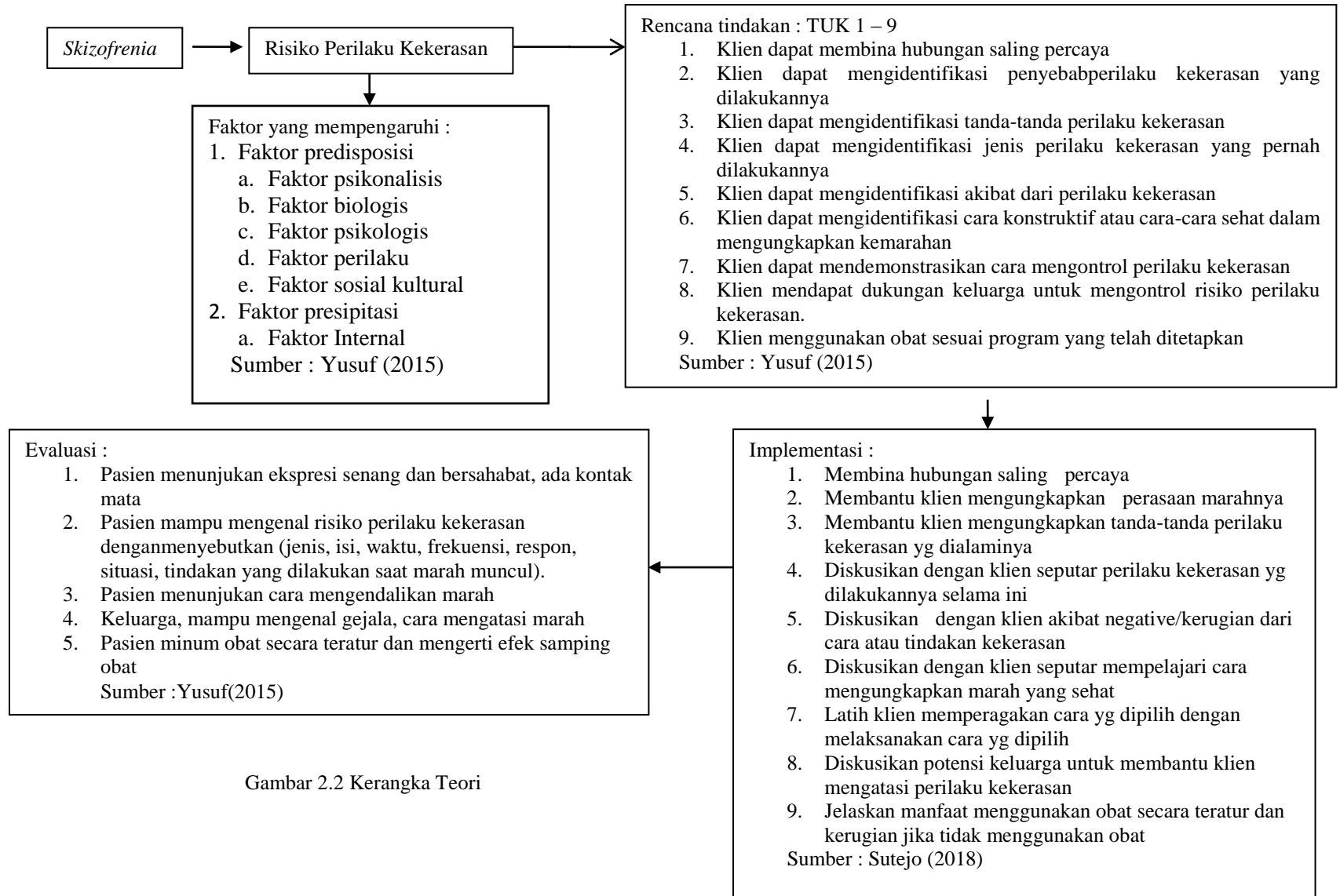
A : analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada dara kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P : perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon pasien yang terdiri dari tindakan lanjut oleh perawat keperawatan yang dilakukan perawat pada pasien dalam melakukan asuhan keperawatan.

f. Dokumentasi

Menurut Direja (2013), dokumentasi tidak terlalu dianggap sepele oleh perawat ataupun peserta didik keperawatan. Karena dalam hal ini dianjurkan menggunakan formulir yang sama

A. Kerangka teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis dan rancangan dalam penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yang menggambarkan suatu peristiwa dan kasus dengan memanfaatkan studi dokumentasi laporan asuhan keperawatan mengeksplorasi masalah risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan Skizofrenia yang diobservasi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta.

B. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang telah lulus yaitu Nurida Fifi Kadarusman tahun 2015.

C. Lokasi dan Waktu Studi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari 2020 sampai Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	Risiko Perilaku Kekerasaan	Yaitu Suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik diri sendiri maupun orang lain.

2	<i>Skizofrenia</i>	Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi pada fungsi otak mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa emosi, dan perilaku sosialnya.
---	--------------------	---

E. Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono 2015, penelitian kualitatif instrumennya adalah peneliti itu sendiri, dan sama halnya pada peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai human instrumen yang berfungsi yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan kemudian membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus yaitu Nurida Fifi Kadarusman tahun 2015.

G. Analisa Data

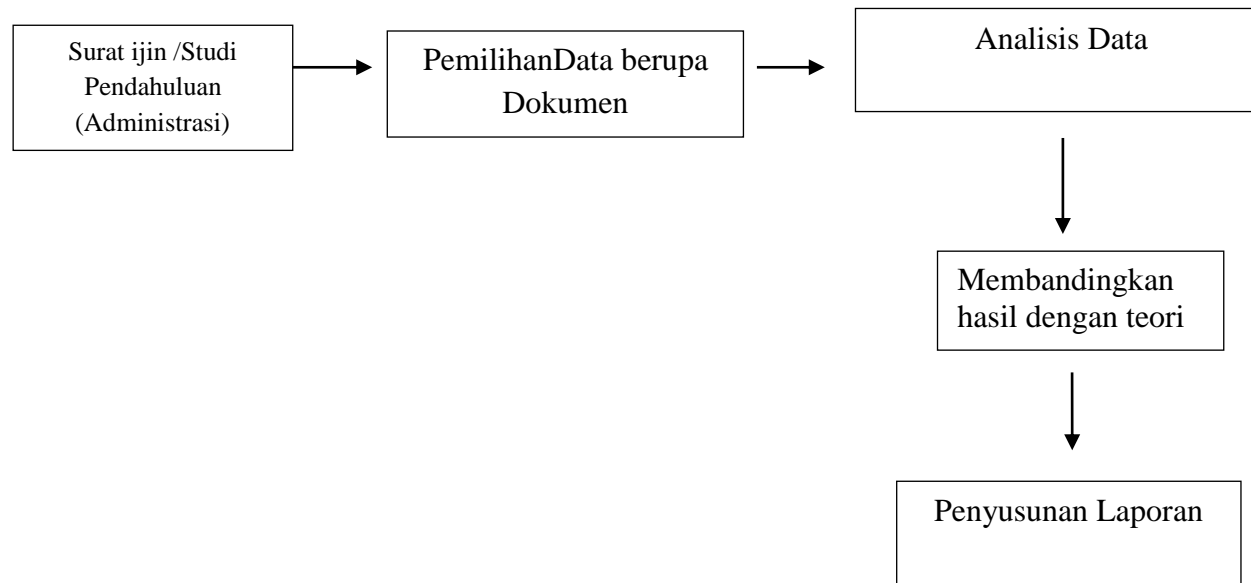
Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan

dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

H. Etika Penelitian

1. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan) yaitu untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden dan nama penanggung jawab, tetapi lembar tersebut diberikan kode.
2. *Confidentially* (kerahasiaan) yaitu kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan hasil penelitian. Kemudian peneliti tidak mencantumkan alamat lengkap responden dan untuk penyimpanan data di laptop, hardisk, maupun setelah data di print akan peneliti simpan dengan sebaik-baiknya (tidak di perjual belikan), hal ini peneliti lakukan untuk menjamin supaya kerahasiaan mengenai pasien maupun keluarga tetap terlindungi dan terprivasi.

I. Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Hasil data studi dokumentasi yang diperoleh dari peneliti pada studi kasus yang telah dilakukan oleh Sdri Nurida Fifi Kadarusman yaitu menggunakan 5 proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Kemudian metode pengumpulan data yang digunakan meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Pada tahap wawancara diketahui pasien mengatakan dirumah marah-marah karena istri tidak mau diminta “ngerokin”, pasien mengatakan dirumah teriak-teriak, mengamuk dan sering keluyuran. Pasien mengatakan pernah menendang istrinya saat marah, pasien mengatakan pernah membanting pintu saat marah karena istrinya tidak mau memenuhi permintaannya. Pasien pernah dirawat di rumah sakit jiwa sebelumnya, pasien sudah dua kali di rumah sakit jiwa Ghrasia, dari pengobatan yang sudah di lakukan tidak ada hasil ataupun tidak ada peningkatan yang menunjukkan pasien berhasil dalam pengobatannya, sehingga pasien di rawat kembali oleh orang tuanya saat ini di Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

Di bagian anggota tubuh pasien di bagian tangan kanan terdapat luka memar bekas pukulan mertua pasien. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan ada anggota keluarganya yaitu neneknya pernah mengalami gangguan jiwa dan hanya diobati sekali lalu

sembuh, pasien mengatakan mempunyai pengalaman yang tidak mengenangkan di masa lalunya yaitu saat diputuskan oleh pacarnya pada usia 20 tahun. Dan dari data hasil pengkajian pasien mengatakan dirumah teriak-teriak, mengamuk dan sering keluyuran, pernah menendang istrinya saat marah dan pernah membanting pintu saat marah, Dengan data tersebut pasien mendapat rawat inap dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain.

Rencana Keperawatan mulai dari kriteria hasil, pasien mampu menyebutkan tanda-tanda akan melakukan kekerasan, seperti perasaan ingin marah, jengkel. Pasien bersedia melaporkan pada petugas kesehatan saat muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan. Pasien melaporkan kepada petugas kesehatan setiap muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan yang dilakukan. Dari data diatas Sdri Nurida Fifi Kadarusman akan melakukan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP), mengobserasi tanda tanda perilaku kekerasan pasien dan ansietas pasien, membantu mengidentifikasi tanda-tanda marah dan ansietas pasien, menjelaskan tentang respon marah, mendukung dan memfasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah dan selalu memberi support dan dukungan serta mengajak pasien berbincang-bincang untuk mengalihkan cemas pasien.

Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tupen 1 yaitu membina hubungan terapeutik pada pasien, memperkenalkan nama lengkap dan nama panggilan yang disukai. Hari kedua tupen 2 mengenalkancara

mengeluarkan energi marah dan atau perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif (teknik napas dalam, melakukan ibadah, meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik sehingga orang lain tidak tersinggung) dan Menjelaskan pada pasien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah/perilaku kekerasan jika pasien tidak tenang-tenang.

Evaluasi keperawatan dari hasil pelaksanaan tersebut yaitu teratasi, karena pada kasus diatas dapat mencapai semua tupen diantaranya yaitu menyebutkan nama, menyebutkan panggilan yang disukai, kontak mata yang cukup, serta dapat berinteraksi dengan baik. Pasien juga mampu mengenal tentang respon marah, pasien sudah mampu dan tahu cara mengeluarkan perilaku marah dengan berdoa, ibadah, wudhu memukul bantal, guling, kasur, dan meminta bantuan kepada orang lain dengan cara yang benar.pasien juga mampu mengendalikan cemasnya dengan cara berbincang-bincang dengan orang lain dan menghindari diri dari melamun.

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan laporan studi kasus didapatkan dari hasil pengkajian pada pasien Tn. S sesuai dengan teori Yusuf (2015), yang menjelaskan tentang tanda dan gejala pada risiko perilaku kekerasan menunjukkan tanda dan gejala seperti mudah emosi, menunjukkan perilaku kekerasan, dan menunjukkan muka merah, pandangan tajam, napas pendek, tekanan darah meningkat. Berdasarkan teori dari Prabowo, (2014) menjelaskan bahwa perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk

melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Menurut penulis dari laporan data pengkajian kurang lengkap karena berdasarkan teori dari Yusuf (2015) terdapat tanda seperti menunjukkan muka merah, pandangan tajam, nafas pendek dan tekanan darah tinggi, berdasarkan teori tersebut baiknya dilakukan pengkajian secara lengkap mengenai tanda dan gejala. Berdasarkan hasil pengkajian pada asuhan keperawatan, pengkajian yang dilakukan hanya terhadap pasien tersebut. Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (PPNI, 2009). Pada tahap pengkajian hal yang harus diperhatikan adalah validasi mengklarifikasi data yang di dapat karena pernyataan klien ketika pengkajian dapat berbeda sehingga perlu dilakukan validasi data terhadap keluarga klien atau perawat yang berjaga. Maka dari itu menurut penulis perlu dilakukan *verifikasi* data terhadap keluarga klien atau bisa ke perawat jaga.

Menurut data hasil dari pengkajian, diagnosa yang muncul yaitu Resiko Perilaku Kekerasan, sesuai dengan pendapat Direja (2011) menjelaskan bahwa masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah resiko perilaku kekerasan yaitu: resiko menciderai diri sendiri, orang lain, lingkungan. Rumusan diagnosis (Townsend, M.C, 1998) salah satunya adalah cara penulisan Diagnosis Potensial (resiko) karena pada kasus ini diagnosis nya adalah resiko. Diagnosis dengan melihat adanya faktor resiko dan bukan batasan karakteristik. Format hanya problem dan etiologi. Etiologi didapatkan hanya dari faktor resiko. Bentuk bisa berupa: 1

pernyataan, 3 pernyataan, multiple pernyataan sehingga tidak bisa menggunakan format *Problem- Etiologi – Sign Symtoms* (P.E.S). Pada diagnosis yang diangkat menurut penulis kurang tepat, karena pada dignosis yang diangkat menggunakan ketiga format yaitu *Problem- Etiologi – Sign Symtoms* (P.E.S). Perencanaan yang dilakukan Nurinda, (2015) kurang sesuai dengan teori yang telah dikemukakan oleh Dermawan dan Rusdi, (2013). Karena hanya memiliki lima tupen yaitu mengenali perilaku kekerasan, mengendalikan periraku kekerasan , menentukan cara adaptif menyalurkan energi marah, dan pasien mendapat dukungan dari keluarga. Sedangkan yang dikemukakan Dermawan dan Rusdy (2015) memiliki 9 tupen yaitu bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gela perilaku kekerasan, mampu mengidentifikasi perilaku yang biasa dilakukan, mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukanya , mendemonstrasikan cara untuk mencegah perilaku kekerasan, mendemostrasikan pencegahan marah secara verbal, mendemonstrasikan cara spiritual mencegah perilaku kekerasan, mendemostrasikan kepatuhan meminum obat untuk mencegah perilaku kekerasan. Menurut penulis pada tupen yang pertam yang dibuat oleh Nurinda, (2015) telah mencangkup 5 tupen dari Dermawan dan Rusdi, (2013) namun pada perencanaan yang dibuat nuridah masih kurang mencantumkan tupen mendemostrasikan cara spritual dan meminum obat untuk mencegah perilaku kekerasan.

Pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis sudah sesuai dengan perencanaan yang dituliskan. Hal ini sesuai dengan teori dari Hartono, (2010) pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah dibuat. Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis termasuk tindakan independen atau tindakan mandiri, hal tersebut sesuai dengan teori dari Kusumawati, (2010) yang menjelaskan bahwa tindakan keperawatan ada 3 jenis, yaitu independen merupakan tindakan keperawatan mandiri tanpa petunjuk dan perintah dokter, Interdependen dan dependen.

Evaluasi hasil dari Tn.S selama tiga hari dari data askep dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain teratasi. Dalam satu pertemuan Tn.S mampu membina hubungan saling percaya, dalam tiga hari pertemuan Tn.S mampu mengetahui tanda tanda marah yang meliputi mata melotot, mata merah, berbicara kasar dan punya perasaan jengkel. Pasien dapat memilih sendiri cara marah yang adaptif pasien mengatakan memilih cara menarik napas dalam sebagai pilihan untuk mencegah marah dan ketika marah pasien menyalurkan marah dengan memukul seperti bantal dan kasur dan pasien dapat meminum obat secara teratur. Hal ini sesuai dengan teori Kusumawati & Hartono (2011) bahwa evaluasi merupakan proses yang dilakukan berkelanjutan dan secara terus-menerus untuk mengetahui keefektifan tindakan keperawatan yang dilakukan. Pada bagian evaluasi

menggunakan evaluasi hasil yaitu SOAP, tetapi belum menggunakan evaluasi hasil.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Diketahui hasil studi dokumentasi pada pengkajian bahwa pengkajian yang dilakukan kurang lengkap dan belum menyeluruh terhadap keluarga.
2. Diketahui hasil studi dokumentasi pada diagnosis yang diangkat sudah sesuai, yaitu risiko perilaku kekerasan, tetapi belum tepat dalam penulisan format diagnosis.
3. Diketahui studi dokumentasi pada perencanaan yang dilakukan kurang tepat, karena masih menggunakan 5 tupen seharusnya menggunakan 9 tupen.
4. Diketahui studi dokumentasi pada pelaksanaan yang dilakukan sudah sesuai dengan perencanaan yang dibuat.
5. Diketahui studi dokumentasi pada evaluasi setelah melakukan pelaksanaan yang dibuat melalui intervensi yaitu masalah teratasi. Tetapi evaluasi yang dibuat belum menggunakan evaluasi proses

B. Saran

Berdasarkan pengalaman dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah tentang studi dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan dengan *Skizofrenia*, maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Akper “YKY” Yogyakarta

Dapat memperluas pengetahuan khususnya bagi mahasiswa Akademi Keperawatan Yogyakarta dalam pelaksanaan proses belajar pada keperawatan jiwa.

2. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat sebagai referensi lain serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Dewa G.D (2020). Jurnal Keperawatan Raflesia : Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.
- Direja. (2013). *Asuhan dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hawari, D. (2014). *Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ismaya, A., & Asti , A. D. (2019). Penerapan Terapi Musik Klasik Untuk Menurunkan Tanda dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Singgah Dosarajo Kebumen. *The 10th University Research Colloquium Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammad Gambong*, 65-71.
- Kadariusman, F.N. (2015). Asuhan Keperawatan Pada *Skizofrenia* tak terinci pasien Tn S dengan RPK di Wisma Sadewa RSJ Ghrasia DIY. Perpustakaan YKY.
- Kemenkes. (2014). Undang-Undang No.18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. <http://bintang.kemkes.go.id>.
- Kusumawati, F. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Nuha Medika.
- Riskesdas. (2018). *Laporan Provinsi Di Yogyakarta Riskesdas 2018*. Yogyakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Riyadi, S., & Purwanto. (2013). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Susilawat, & Fredrika, L. (2019). Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Keperawatan Silampari Volume 3, Nomor 1*, e-ISSN : 2581-1975 e-ISSN : 2595-7482 DOI : <http://doi.org/10.31539/jks.v3il.898>.

Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

World Health Organization (WHO). 2016. Data Kesehatan Dunia Gangguan Jiwa. Di akses pada tanggal 20 Maret 2020.

Yosep, I. (2010). *Buku Ajar Keperawatan : Kesehatan Jiwa*. Yogyakarta: PT Refika Aditama.

Yusuf, A., Nihayati, H. E., & PK, R. F. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN

NO	KEGIATAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Studi Pendahuluan																													
2	Penyusunan Proposal																													
3	Seminar Proposal																													
4	Revisi Seminar Proposal																													
5	Pengambilan Data Berupa Dokumen																													
6	Penyusunan Tugas Akhir																													
7	Seminar Tugas Akhir																													

Lampiran 2

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
 AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
 YOGYAKARTA

FORMAT BIMBINGAN KTI













Nama Mahasiswa : Yahya Fajar S

NIM : 2317076

Nama Pembimbing I : Nunung Rachmawati S.Kep.,Ns.,M.Kep

Judul KTI : Studi Dokumentasi risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan skizofrenia

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	05 Februari 2020	Pengajuan Judul/Acc judul proposal	Offline	Acc Judul		
2	11 Februari 2020	BAB I	Offline	<ul style="list-style-type: none"> - Kerangka latar belakang - Peran keluarga - Tujuan umum (prolog) - Manfaat studi kasus praktis 		
3	19 Februari 2020	BAB I-III	Offline	<ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang masalah - Referensi atau sumber - Alur penelitian atau kerangka penelitian 		
4	19 Februari 2020	BAB I-III	Online/daring	<ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang masalah - Referensi atau sumber - Alur penelitian atau kerangka penelitian 		
5	11 April 2020	BAB I-III	Online/daring	ACC Proposal		

6	22 Juni 2020	BAB I-V	Online/daring	- Cek penulisan		
7	18 Juni 2020	BAB I-V dan Naskah publikasi	Online/daring	- Abstrak - Cek penulisan pada hasil maupun pembahasan - Paragraph terlalu panjang - Implementasi pada data dokumen apakah sudah sesuai dengan perencanaan yang di buat - Tambahkan opini anda pada pembahasan - Cek penulisan daftar pustaka		
8	28 Juni 2020	BAB I-V	Online/daring	- Daftar gambar - Hasil dan pembahasan		
9	30 Juni 2020	BAB IV-V	Online/daring	-		
10	13 Juli 2020	BAB I-V dan Naskah publikasi	Online/daring	- Kata pengantar - Cek penulisan - Daftar gambar - Abstrak - BAB 1 - BAB IV hasil dan pembahasan		
11	16 Juli 2020	Post usid: KTI BAB I-V dan Naskah Publikasi	Online/daring	- Judul urutannya diagnosa keperawatan kemudian diikuti dengan diagnosa medis - Cek penulisan sesuai EYD		

Yogyakarta,
Pembimbing I



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

Lampiran 2

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
 AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
 YOGYAKARTA

FORMAT BIMBINGAN KTI









Nama Mahasiswa : Yahya Fajar Suhantara

NIM : 2317076

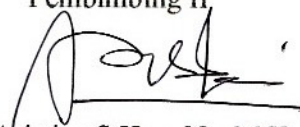
Nama Pembimbing II: Tenang Aristina S.Kep.,Ns.,M.Kep

Judul KTI : Studi Dokumentasi risiko perilaku kekerasan pasien skizofreni

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	05 Februari 2020	Pengajuan Judul/Acc judul proposal	Offline	ACC Judul Proposal		
2	18 Februari 2020	BAB I-III	Offline	- Latar belakang - Kerangka alur penelitian - Referensi atau sumber		
3	20 Februari 2020	BAB I-III	Offline	- Kerangka teori - Alur penelitian atau kerangka penelitian		
4	10 April 2020	BAB I-III	Offline	ACC Proposal BAB I-III		
5	18 Juni 2020	BAB I-V	Online/daring	Bagian BAB III - Rancang penelitian: tambahkan tahun dokumen yang dianalisa - Objek penelitian: tuisankan langsung tahun pada dokumen yang di dapatkan Bagian BAB IV - Aspek pengkajian-evalua		

				si bandingkan dengan teori - Tambahkan sumber dari artikel penelitian minimal 3 Bagian BAB V - Kesimpulan menjawab tujuan: pengkajian-evaluasi		
6	27 Juni 2020	BAB I-V	Online/daring	Cek abstrak dan penulisan		
7	13 Juli 2020	Post usid KTI BAB I-V	Online/daring	Hasil dan pembahasan		
8	16 Juli 2020	Post Usid: BAB I-V dan Naskah Publikasi	Online/daring	- ACC KTI dan NASPUB		
9	15 Juli 2020	BAB I-V	Online/daring	ACC KTI		

Yogyakarta,
Pembimbing II



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

Lampian 3 Asuhan Keperawatan

A. PENGKAJIAN

Haritanggal	: Senin, 08 Juni 2015
Pengkaji	: Nurida Fifi Kadarusman
Ruang	: Wisma Sadewa Rumah Sakit Jiwa Grhasia
Jam	: 08.00 WIB
Sumber data	: Pasien, Perawat, status pasien
Metode	: Observasi, Wawancara, Pemeriksaan fisik, Studi dokumentasi

B. IDENTITAS

1. Identitas pasien

Nama	: Tn .“S”
Umur	: 27 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Statua perkawinan	: Menikah
Pendidikan	: SMP
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia, bahasa Jawa
Alamat	: Kedungdayak, Jatimulyo, Dlingo, Bantul
Diagnosa medis	: F.20.3

No RM : 03 11 92

Tanggal Masuk : 2 Juni 2015

1. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny "M"

Umur : 53 Tahun

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Kedungdayak, Jatimulyo, Dlingo, Bantul

Hubungan Dengan Pasien : Ibu Kandung

A. RIWAYAT PENYAKIT

1. Alasan Masuk/faktor presipitasi

Pasien mengatakan dirumah marah-marah karena istri tidak mau diminta "ngerokin", pasien mengatakan dirumah teriak-teriak, mengamuk dan sering keluyuran. Pasien mengatakan pernah menendang istrinya saat marah, pasien mengatakan pernah membanting pintu saat marah karena istrinya tidak mau memenuhi permintaannya.

2. Faktor Predisposisi

Pasien pernah dirawat di rumah sakit jiwa sebelumnya, pasien sudah dua kali di rumah sakit jiwa Ghrasia, dari pengobatan yang sudah dilakukan tidak ada hasil ataupun tidak ada peningkatan yang menunjukkan pasien berhasil dalam pengobatannya, sehingga pasien di rawat kembali oleh orang tuanya saat ini di Rumah Sakit Jiwa Grhasia.

Di bagian anggota tubuh pasien di bagian tangan kanan terdapat luka memar bekas pukulan mertua pasien. Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan ada anggota keluarganya yaitu neneknya pernah mengalami gangguan jiwa dan hanya diobati sekali lalu sembuh, pasien mengatakan mempunyai pengalaman yang tidak mengenangkan di masa lalunya yaitu saat diputuskan oleh pacarnya pada usia 20 tahun.

B. PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

TD	: 120/80 mmHg	S	: 36, °C
R	: 18 x/menit	N	: 86x/menit

2. Status gizi

TB : 185 cm

BB : 72 kg

IMT

$$\frac{72}{185^2} = 21,3 \text{ (normal)}$$

Nilai Standar

< 20 : under weight

20-25 : normal

25 : over wight

>30 : obesitas

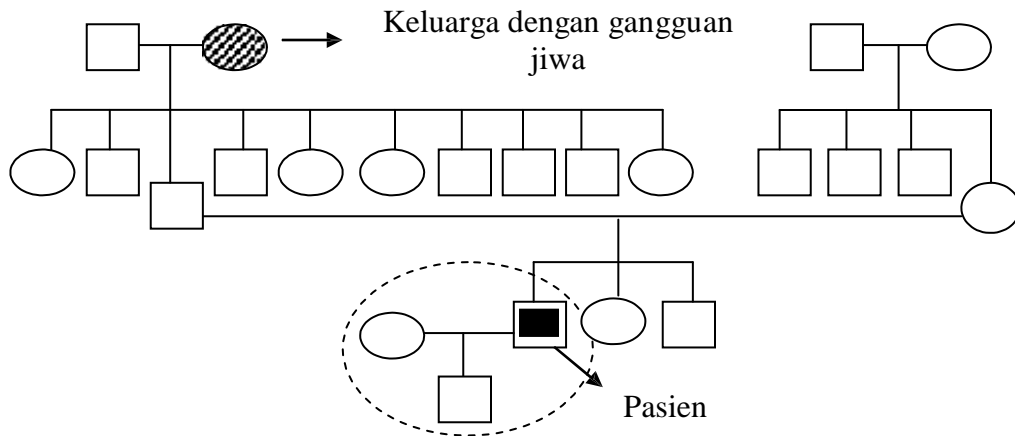
Satatus gizi : normal

3. Keluhan Fisik

Pasien mengatakan tidak ada keluhan fisiknya.

C. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Gambar 3.1. Genogram

Keterangan :

□	Laki-laki	■ / ●	Pasien Gangguan Jiwa
○	Perempuan	○ (dashed)	Tinggal satu rumah
	Garis Keturunan	⊗ / ⊗	Sudah Meninggal
—	Garis Pernikahan	⊗	Keluarga dengan gangguan jiwa

Keterangan :

Dalam keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit gangguan jiwa, yaitu neneknya, pasien tinggal serumah bersama istri dan seorang anak.

2. Konsep diri

a) Citra tubuh

Pasien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang tidak disukai pasien menyukai semua bagian tubuhnya.

b) Identitas diri

Pasien menyadari bahwa dirinya adalah seorang ayah dari seorang anaknya dan suami dari istrinya saat ini. Pasien mengatakan menganut agama Islam dan dirinya sudah menikah dan memiliki seorang istri. Pasien menerima keadaannya saat ini bahwa dirinya adalah seorang laki laki .

c) Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang kepala keluarga yang harus menafkahi keluarganya, pasien mengatakan tidak mampu lagi memenuhi semua tanggung jawabnya sebagai kepala keluarga karena pasien sedang di rawat di Rumah Sakit Jiwa Ghrasia.

d) Ideal diri.

Pasien mengatakan ingin segera sembuh, dan ingin segera pulang. pasien mengatakan ingin bertemu dengan ibu dan istrinya, terutama dengan anaknya. Saat di tanyakan masalah harapan pasien terhadap lingkungan masyarakat terhadap penerimaan dirinya pasien berharap masyarakat mau menerima keadaan pasien saat ini.

e) Harga diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan orang lain atau dengan temannya di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Ghrasia.

3. Hubungan sosial

a) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah orang tuanya khususnya ibu karena ibu yang melahirkannya serta istri dan anaknya.

b) Peran serta kelompok

Pasien mengatakan selama dirumah sakit Grhasia ikut berkumpul dengan temannya di bangsal. Pasien mengatakan peran dirinya dirumah sakit jiwa Grhasia adalah sebagai pasien yang harus patuh minum obat agar lekas sembuh.

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Pasien beragama Islam.

b. Kegiatan ibadah

Selama dirumah sakit pasien jarang melakukan ibadah karena malas.

D. STATUS MENTAL

1. Penampilan

Pasien memakai baju seragam Rumah Sakit, kancing terpasang sesuai tempatnya, rambut pendek tersisir rapi, kuku pendek dan bersih

2. Pembicaraan

Pasien dapat berbicara sesuai dengan topik pembicaraan, pasien dapat menjawab dengan jelas sesuai dengan pertanyaan yang di ajukan.

3. Aktivitas motorik

Ketika berinteraksi/saat dilakukan pengkajian pasien tenang, mudah beralih kepada yang lain mampu menyelesaikan pekerjaan dengan baik.

4. Alam perasaan

Pasien mengatakan khawatir dan cemas kepada anggota keluarganya karena tidak ada yang menafkahi anggota keluarganya, pasien terlihat khawatir dengan menunjukkannya dengan terus mengulangi kalimat khawatir terhadap keluarganya, pasien terlihat melamun.

5. Afek

Ketika dilakukan pengkajian pasien dapat menjawab dengan benar, afek pasien sesuai ketika diajak berbicara pasien langsung merespon.

6. Interaksi selama wawancara

Pasien dapat menjawab pertanyaan dengan lancar dan bersikap kooperatif, kontak mata ada.

7. Persepsi

Pasien mengatakan tidak pernah mendengar suara yang tidak terlihat wujudnya dan tidak pernah melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada.

8. Proses pikir

Pasien dapat berbicara dengan sistematis dan sampai pada maksudnya

9. Isi pikir

Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir (waham), pasien tidak mempunyai obsesi yang berlebihan.

10. Tingkat kesadaran

Pasien cenderung pendiam. Pada saat dilakukan pengkajian ditanya pasien mampu menjawab hari dan waktu saat di lakukannya pengkajian.

11. Memori

Pasien dapat mengingat nama perawat, saat ditanya tadi pagi makan menggunakan lauk apa pasien dapat menjawab tadi pagi sarapan menggunakan sayur dan telur. Saat ditanya kapan masuk rumah sakit pasien menjawab kurang lebih satu minggu yang lalu. Pasien tahu sekarang berada di Rumah Sakit Jiwa Ghrasia.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien dapat berkonsentrasi dengan baik, pasien mampu berhitung 1 – 10, saat ditanya $20 + 20 = 40$ pasien mampu menghitung dengan benar, saat ditanya 5×5 pasien mengatakan tidak mampu menjawab karena pasien memang tidak mengetahui perkalian.

13. Kemampuan penilaian

Kemampuan penilaian pasien baik, saat di beri pertanyaan mandi dahulu atau makan terlebih dahulu pasien menjawab mandi terlebih dahulu baru makan

14. Daya tilik diri

Pasien mengatakan menyadari bahwa dirinya sedang mengalami gangguan jiwa.

E. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

Pasien menyukai semua menu yang disediakan oleh rumah sakit, tidak ada makanan pantangan, pasien mampu makan sendiri tanpa bantuan orang lain. Frekwensi makan 3 x sehari, pasien makan menggunakan sendok.

2. B.A.B/B.A.K

Pasien mengatakan B.A.B/ B.A.K dikamar mandi di dalam ruang tempat tidur dan pasien dapat melakukannya sendiri.

3. Mandi

Pasien mengatakan dapat mandi sendiri dan mandi menggunakan sabun.

4. Berpakaian dan berhias

Pasien mampu menggunakan pakaian yang disediakan, penampilan pasien wajar, ganti baju tiap pagi.

5. Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sering tidur siang selama 2 jam sehari, sedangkan tidur malam 9 jam, mulai dari jam 19.00 WIB atau jam 20:00 wib.

6. Penggunaan obat

Pasien mengatakan setiap hari minum obat yang diberikan oleh perawat ruangan. Pasien mengatakan baru minum obat jika sudah diberikan oleh perawat.

7. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan kalau sudah sembuh akan pulang dan akan minum obat teratur serta rutin kontrol.

8. Aktivitas didalam rumah

Pasien mampu memenuhi kebutuhan sendiri, pasien mampu mengambil makanan di dapur dan membersihkan alat makan. Pasien mengatakan jika dirumah sering membantu pekerjaan istrinya seperti memasak dan mencuci pakaian.

9. Aktivitas di luar rumah

Pasien mengatakan mempunyai beberapa kegiatan di luar rumah, seperti mengaji, mengikuti yasinan di masjid dan mengikuti kegiatan gotong royong setiap minggu.

F. MEKANISME KOPING

Mekanisme koping kurang adaptif. Pasien mengatakan jika mempunyai masalah tidak mau bercerita dengan orang lain, dan hanya diam saja.

G. ASPEK MEDIS

AXIS I : F.20.3 Skizofrenia tak terinci

AXIS II : F. 60.6 Gangguan kepribadian

AXIS III : Tidak ada

AXIS IV : Tidak ada

AXIS V : 90-81

H. TERAPI

Terapi yang diberikan	Waktu Pemberian		
	P	S	M
1. Trihexyphenidyl 2mg	1	0	1
2. Haloperidol 5mg	1	0	1
3. Risperidone 2mg	1	0	1
4. Chlorpromazine 25 mg	0	0	1
5. Amitriptyline 25mg	1	0	0

ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
<p>Senin/8 Juni 2015/ 08.30</p>	<p>DS : Pasien mengatakan dirumah marah-marah karena istri tidak mau diminta “ngerokin”, pasien mengatakan dirumah teriak teriak, mengamuk dan sering keluyuran</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pernah menendang istrinya saat marah, pasien mengatakan pernah membanting pintu saat marah karena istrinya tidak mau memenuhi permintaannya - Keluarga pasien mengatakan pada saat dirumah apabila pasien marah, mata pasien terlihat merah, tangan pasien terlihat mengepal dan pandangan mata pasien terlihat tajam (Data diperoleh dari Home Visite) <p>DO :- Pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan</p> <p>DS: Pasien mengatakan khawatir dan cemas kepada anggota keluarganya karena tidak ada yang menafkahi anggota keluarganya</p> <p>DO : Pasien terlihat khawatir dengan menunjukkannya dengan terus mengulangi kalimat khawatir terhadap keluarganya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat melamun 	<p>Riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain</p> <p>Perubahan dalam status peran</p>	<p>Resiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Ansietas</p>

Tabel 3.1 Analisa Data

DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)

1. Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain yang ditandai dengan :

DS :- Pasien mengatakan dirumah marah-marah karena istri tidak mau diminta “ngerokin”, pasien mengatakan dirumah teriak teriak, mengamuk dan sering keluyuran

- Pasien mengatakan pernah menendang istrinya saat marah, pasien mengatakan pernah membanting pintu saat marah karena istrinya tidak mau memenuhi permintaannya.

- Keluarga pasien mengatakan pada saat dirumah apabila pasien marah, mata pasien terlihat merah, tangan pasien terlihat mengempal dan pandangan mata pasien terlihat tajam (Data diperoleh dari Home Visite)

DO :- Pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan

2. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran yang ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan khawatir dan cemas kepada anggota keluarganya karena tidak ada yang menafkahi anggota keluarganya

DO : Pasien terlihat khawatir dengan menunjukkannya dengan terus mengulangi kalimat khawatir terhadap keluarganya

- Pasien terlihat melamun.

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 03 11 92 / Wisma Sadewa

Hari/ Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi		
Senin /8 Juni 2015/ 09.30	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain yang ditandai dengan : DS:- Pasien mengatakan dirumah marah marah karena istri tidak mau diminta “ngerokin”, pasien mengatakan dirumah teriak teriak, mengamuk dan sering keluyuran - Pasien mengatakan pernah	TUPAN: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien tidak melakukan tindakan kekerasan, baik pada orang lain, diri sendiri, lingkungan, maupun kekerasan secara verbal. TUPEN: 1. Setelah dilakukan interaksi selama 1 X, pasien dapat mengenal lebih awal tanda- tanda akan terjadi perilaku kekerasan dengan indikator/ kriteria hasil: a. Pasien mampu menyebutkan tanda-tanda akan melakukan kekerasan, seperti perasaan ingin marah, jengkel, ingin merusak, memukul, dll. b. Pasien bersedia melaporkan	1 Bantuan Kontrol Marah (Anger Control Assistance) a. Bina hubungan saling percaya - Prinsip komunikasi terapeutik - Pertahankan sikap yang konsisten : menepati janji, sikap terbuka, kongruen, hindari sikap non verbal yang dapat menimbulkan kesan negatif b. Observasi tanda tanda perilaku kekerasan pada pasien c. Bantu pasien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan : - Emosi : jengkel, marah, perasaan	Senin/8 Juni 2015/09.40 1. Membina hubungan saling percaya (Pasien mengatakan namanya adalah Tn. S) Fifi 09.45 2. Mengobservasi tanda tanda perilaku kekerasan pada pasien (Pasien tidak terlihat menunjukkan anda-tanda perilaku kekerasan) Fifi 09.50 3. Membantu pasien mengidentifikasi tanda tanda	Senin/8 Juni 2015/10.35 S:-Pasien mengatakan tanda tanda marah meliputi mata merah, perasaan jengkel dan mata melotot O : - Pasien terlihat memahami penjelasan Tentang tanda dan Gejala marah A : Masalah resiko perilaku kekerasan (pada orang lain) Tupen 1 teratasi sebagian : 1. Bina hubungan Observasi tanda tanda perilaku kekerasan pada pasien 2. Bantu pasien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Tabel 3.2 Rencana Keperawatan

	<p>menendang istrinya saat marah, pasien mengatakan pernah membanting pintu saat marah karena istrinya tidak mau memenuhi permintaannya.</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan pada saat dirumah apabila pasien marah, mata pasien terlihat merah, tangan pasien terlihat mengempal dan pandangan mata pasien terlihat tajam (Data diperoleh dari Home Visite)</p> <p>DO: Pasien mempunyai riwayat perilaku kekerasan</p> <p>Fifi</p>	<p>pada petugas kesehatan saat muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan</p> <p>c. Pasien melaporkan kepada petugas kesehatan setiap muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan</p>	<p>ingin merusak/memukul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisik : Mengepalkan tangan, muka marah, mata melotot, pandangan tajam, rahang tertutup, dsb - Sosial : kasar pada orang lain - Intelektual : mendominasi - Spiritual : lupa dengan Tuhan <p>d. Jelaskan pada pasien rentang respon marah</p> <p>e. Dukung dan fasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah</p>	<p>perilaku kekerasan (jengkel, marah, perasaan ingin merusak/memukul,dll)</p> <p>(Pasien mengatakan tanda tanda marah meliputi mata merah, perasaan jengkel dan mata melotot)</p> <p>Fifi</p> <p>10.25</p> <p>4. Menjelaskan pada Pasien rentang respon marah</p> <p>(Pasien terlihat memahami penjelasan Tentang tanda dan Gejala marah)</p> <p>Fifi</p> <p>10.30</p> <p>5. Mendukung dan memfasilitasi pasien untuk mencari bantuan saat muncul marah</p> <p>Fifi</p>	<p>P : Ulangi Tupen 1</p> <p>1. Bantu pasien mengidentifikasi tanda tanda perilaku kekerasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emosi : jengkel, marah, perasaan ingin merusak/ memukul - Fisik : Mengepalkan tangan, muka marah, mata melotot, pandangan tajam, rahang tertutup, dsb - Sosial : kasar pada orang lain - Intelektual: mendominasi - Spiritual : lupa dengan Tuhan <p>2. Jelaskan pada pasien rentang respon marah</p> <p>Fifi</p>
--	---	--	---	--	---

		<p>2. Setelah berinteraksi selama 30 menit, diharapkan pasien dapat mengendalikan perilaku agresi/amuk dengan indikator/kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien menyebutkan waktu dan situasi yang memicu terjadi perilaku kekerasan b. Pasien menahan ledakan kemarahan atau perilaku kekerasan yang dapat membahayakan dirinya c. Pasien mempraktikkan penyaluran energi positif dari perilaku kekerasan/marah d. Pasien minum obat sesuai dengan program terapi dokter e. Pasien dapat menyebutkan manfaat minum obat untuk kontrol marah 	<p>2 a. Bantuan kontrol marah (<i>Anger Control Assistance</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bantu pasien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan (marah, jengkel karena kebutuhan tak terpenuhi) 2) Diskusikan bersama pasien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan 3) Jelaskan pada pasien cara mengeluarkan energi marah dan atau perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif : <ul style="list-style-type: none"> - Kegiatan fisik : olahraga, melakukan kegiatan sehari 		
--	--	---	--	--	--

			<p>hari seperti membersihkan rumah dan kegiatan fisik yang positif, relaksasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kegiatan spiritual : berdo'a, melakukan ibadah- Sosial : meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik sehingga orang lain tidak tersinggung <p>4) Jelaskan pada pasien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah/perilaku kekerasan</p> <p>5) Berikan reinforcement untuk ekspresi marah yang tepat</p> <p>6) Libatkan pasien</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>dalam TAK SP : PK</p> <p>b. Manajemen lingkungan (<i>Environmental Management</i>)</p> <ol style="list-style-type: none">1) Jauhkan barang yang dapat membaayakan pasien dan dimanfaatkan pasien2) Lakukan pembatasan (seklusi) terhadap perilaku kekerasan pasien baik perilaku verbal maupun non verbal agar tidak menyakiti atau melukai orang lain3) Tempatkan pasien pada lingkungan yang restrictive (isolasi : untuk observasi)		
--	--	--	---	--	--

		<p>3. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit diharapkan pasien dapat menentukan cara adaptif menyalurkan energi marah dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien memilih cara adaptif untuk menyalurkan energi marah (mis : olahraga, berdo'a, dll) b. Pasien mau mendemonstrasikan cara marah adaptif yang dipilih c. Pasien mampu mengungkapkan perasaannya setelah mendemonstrasikan cara adaptif yang dipilihnya 	<p>4) Diskusikan bersama keluarga tentang tujuan tindakan seklusi</p> <p>3 Latihan mengontrol rangsang (<i>Impulse Control Training</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pada pasien manfaat penyaluran energi marah b. Bantu pasien memilih sendiri cara marah yang adaptif c. Bantu pasien mengambil keputusan untuk mengeluarkan energi marah/perilaku kekerasan yang adaptif d. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang dipilihnya e. Anjurkan pasien mempraktikkan 		
--	--	---	---	--	--

		<p>4. Setelah berinteraksi dengan keluarga pasien selama 30 menit, pasien mendapat dukungan dari keluarganya dengan indikator/kriteria hasil :</p> <p>a. Keluarga mengenal penanganan pasien dengan perilaku kekerasan</p> <p>b. Keluarga dapat menyebutkan penanganan pasien dengan perilaku marah/kekerasan</p> <p>c. Keluarga memutuskan memberikan bantuan</p>	<p>cara yang dipilihnya</p> <p>f. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekkan</p> <p>g. Evaluasi perasaan pasien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktikkan</p> <p>4 Libatkan keluarga dalam perawatan/penanganan pasien (<i>Family Mobilization</i>)</p> <p>a. Identifikasi peran, kultur dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku pasien</p> <p>b. Berikan informasi yang tepat tentang penanganan pasien dengan perilaku marah/kekerasan</p> <p>c. Ajarkan</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>yang adaptif dalam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none">d. Keluarga menerapkan cara yang dipilih untuk membantu merubah perilaku pasiene. Pasien mampu memanfaatkan dukungan keluarga untuk merubah perilaku pasien	<p>ketrampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan pasien marah/perilaku kekerasan</p> <ul style="list-style-type: none">d. Bantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi pasien marah/perilaku kekerasane. Berikan konseling pada keluargaf. Fasilitasi pertemuan keluarga dengan career/pemberi perawatang. Beri kesempatan pada keluarga untuk mendiskusikan cara yang dipilihh. Anjurkan kepada keluarga untuk menerapkan cara yang dipilih		
--	--	--	---	--	--

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 03 11 92 / Wisma Sadewa

Hari/ Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi		
Senin /8 Juni 2015/ 09.30	<p>Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran yang ditandai dengan :</p> <p>DS:-Pasien mengatakan khawatir dan cemas kepada anggota keluarganya karena tidak ada yang menafkahi anggota keluarganya</p> <p>DO : Pasien terlihat khawatir dengan menunjukkannya dengan terus mengulangi kalimat</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas pasien teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD= 110/80-120/80 mmHg), N= 80-100 kali/menit, Rr= 18-24 kali/menit) 2. Pasien tidak terlihat cemas 3. Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas (mondar-mandir, sering melamun) 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>Anxiety reduction (penurunan kecemasan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan Jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 4. Dorong pasien untuk Mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 5. Monitor tanda-tanda vital (TD, Nadi, Rr) 6. Beri motivasi pada pasien 	<p>Senin/8 Juni 2015/09.32</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan pendekatan yang menenangkan <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>09.33</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menyatakan dengan jelas harapan - terhadap pelaku pasien (Pasien mengatakan Ingin cepat sembuh dan keluar dari Rumah Sakit) <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>09.35</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan <p style="text-align: right;">Fifi</p>	<p>Senin/8 Juni 2015/14.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan khawatir kepada keluarganya karena mempunyai hutang</p> <p>- Pasien mengatakan Ingin cepat sembuh dan keluar dari Rumah Sakit</p> <p>O : TD= 120/80 mmHg, N= 88 kali/menit, Rr= 18 kali/menit</p> <p>- Pasien terlihat khawatir</p> <p>- Pasien terlihat bingung</p> <p>- Pasien terlihat terus melamun</p> <p>A : Masalah ansietas teratasi sebagian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan Jelas harapan terhadap pelaku pasien

	<p>khawatir terhadap keluarganya - Pasien terlihat melamun</p> <p>Fifi</p>			<p>09.42 4. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi</p> <p>Fifi</p> <p>10.41 5. Memonitor tanda-tanda vital (TD, Nadi, Rr) (TD= 120/80 mmHg, N= 88 kali/menit, Rr= 18 kali/menit)</p> <p>Fifi</p> <p>10.48 6. Memberi motivasi pada pasien (Pasien terlihat khawatir, Pasien terlihat bingung, Pasien terlihat terus Melamun)</p> <p>Fifi</p>	<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien 3. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 4. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi 5. Monitor tanda-tanda vital (TD, Nadi, Rr) 6. Beri motivasi pasien <p>Fifi</p>
--	--	--	--	---	---

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tg l/Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Senin/8 Juni 2015/17.45	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain	<p>Senin/8 Juni 2015/17.55</p> <p>1 Membantu pasien mengidentifikasi tanda tanda perilaku kekerasan :Emosi : jengkel, marah, perasaan ingin merusak/memukul Fisik : Mengepalkan tangan, muka marah, mata melotot, pandangan tajam, rahang tertutup, dsb Sosial : kasar pada orang lain</p> <p>Intelektual : mendominasi</p> <p>Spiritual : lupa dengan Tuhan</p> <p>- Pasien mengatakan sudah mengetahui tanda tanda marah yang meliputi mata melotot, mata merah, berbicara kasar dan punya perasaan jengkel)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>18.00</p> <p>2 Menjelaskan pada pasien rentang respon marah</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>19.00</p> <p>3. Memberi motivasi pada pasien (Pasien terlihat dapat mendengarkan dengan baik saat diberi motivasi oleh perawat)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>	<p>Senin/8 Juni 2015/20.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan apabila sudah marah sudah tidak mengingat apa-apa lagi</p> <p>- Pasien mengatakan sudah mengetahui tanda tanda marah yang meliputi mata melotot, mata merah, berbicara kasar dan punya perasaan jengkel</p> <p>O : Pasien terlihat mengerti tanda-tanda perilik kekerasan dengan baik</p> <p>A : Tupen 1 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Tupen 2</p> <p>1) Bantu pasien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan (marah, jengkel karena kebutuhan tak terpenuhi)</p> <p>2) Diskusikan bersama pasien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan</p> <p>3)Jelaskan pada pasien cara mengeluarkan energi marah dan atau perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif :</p> <p>- Kegiatan fisik : olahraga, melakukan kegiatan sehari hari seperti membersihkan rumah dan kegiatan fisik yang positif, relaksasi</p>

Tabel 3.3 Catatan Perkembangan

Hr/Tg l/Jam		Pelaksanaan	Evaluasi
			<p>Kegiatan spiritual : berdo'a, melakukan ibadah</p> <p>- Sosial : meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik sehingga orang lain tidak tersinggung</p> <p>4) Jelaskan pada pasien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah/perilaku kekerasan</p> <p>5) Berikan reinforcement untuk ekspresi marah yang tepat</p> <p>6) Libatkan pasien dalam TAK SP :PK</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Selasa/ 9 Juni 2015/ 14.30	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain	<p>Selasa/9 Juni 2015/14.33</p> <p>1. Menjelaskan pada pasien cara mengeluarkan energi marah dan atau perilaku kekerasan secara adaptif dan konstruktif (teknik napas dalam, melakukan ibadah, meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik sehingga orang lain tidak tersinggung) (Pasien mengatakan sudah mengetahui cara mengeluarkan perilaku marah dengan baik yaitu dengan melakukan ibadah, wudlu, berdo'a, memukul bantal atau kasur dan mencoba meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik ketika marah)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.55</p> <p>2. Menjelaskan pada pasien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah/perilaku kekerasan (Pasien mengatakan sudah mengetahui manfaat minum obat salah satunya dapat membantu pasien cepat sembuh)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>	<p>Selasa/9 Juni 2015/20.00</p> <p>S:-Pasien mengatakan sudah mengetahui cara mengeluarkan perilaku marah dengan baik yaitu dengan melakukan ibadah, wudlu, berdo'a, memukul bantal atau kasur dan mencoba meminta sesuatu kepada orang lain dengan cara yang baik ketika marah</p> <p>- Pasien mengatakan sudah mengetahui manfaat minum obat salah satunya dapat membantu pasien cepat sembuh</p> <p>O : - Pasien terlihat mengerti tentang cara mengeluarkan perilaku marah dengan efektif dan manfaat minum obat</p> <p>A : Masalah Tupen 2 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Tupen 3</p> <p>1. Jelaskan pada pasien manfaat penyaluran energy marah</p> <p>2. Bantu pasien memilih sendiri cara marah yang adaptif</p> <p>3. Bantu pasien mengambil keputusan untuk mengeluarkan energy marah/perilaku kekerasan yang adaptif</p> <p>4. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang dipilihnya</p> <p>5. Anjurkan pasien mempraktikkan cara yang dipilihnya</p> <p>6. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekkan</p> <p>7. Evaluasi perasaan pasien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktikkan</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Rabu/10 Juni 2015/09.30	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain	<p>Rabu/10 Juni 2015/09.30</p> <p>1. Menjelaskan pada pasien manfaat penyaluran energi marah (Pasien mengatakan sudah mengetahui manfaat penyaluran energi marah) Fifi</p> <p>09.35</p> <p>2. Membantu pasien memilih sendiri cara marah yang adaptif (Pasien mengatakan memilih cara menarik napas dalam sebagai pilihan untuk mencegah marah) Fifi</p> <p>09.40</p> <p>3. Membantu pasien mengambil keputusan untuk mengeluarkan energi marah/perilaku kekerasan yang adaptif (Pasien mengatakan napas dalam mudah dilakukan untuk meredakan gejala marah) Fifi</p> <p>09.45</p> <p>4. Memberi kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang dipilihnya Fifi</p>	<p>Rabu/10 Juni 2015/14.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan memilih cara menarik napas dalam sebagai pilihan untuk mencegah marah</p> <p>- Pasien mengatakan napas dalam mudah dilakukan untuk meredakan gejala marah</p> <p>-Pasien mengatakan sudah mengetahui manfaat penyaluran energi marah</p> <p>O : Pasien terlihat mampu mempraktekkan teknik napas dalam dengan benar</p> <p>A : Masalah Tupen 3 teratasi sebagian:</p> <p>1. Bantu pasien memilih sendiri cara marah yang adaptif (Pasien mengatakan memilih cara menarik napas dalam sebagai pilihan untuk mencegah marah)</p> <p>2. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekkan</p> <p>3. Evaluasi perasaan pasien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktekkan</p> <p>P : Ulangi Tupen 3</p> <p>1. Jelaskan pada pasien manfaat penyaluran energi marah</p> <p>2. Beri kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekkan</p> <p>3. Evaluasi perasaan pasien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktekkan Fifi</p>

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
		<p>10.00</p> <p>4. Menganjurkan pasien mempraktikkan cara yang dipilihnya Fifi</p> <p>10.35</p> <p>5. Memberi kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekkan Fifi</p> <p>10.40</p> <p>6. Mengevaluasi perasaan pasien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktekkan Fifi</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
Rabu/10 Juni 2015/18.20	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain	<p>Rabu/10 Juni 2015/18.25</p> <p>1. Menjelaskan pada pasien manfaat penyaluran energi marah Fifi</p> <p>18.45</p> <p>2. Memberi kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktekkan (Pasien mengatakan menarik napas dalam lebih mudah dilakukan dan bisa dilakukan setiap saat) Fifi</p> <p>19.00</p> <p>3. Mengevaluasi perasaan pasien tentang cara yang dipilih dan telah dipraktekkan (Pasien mengatakan merasa lega karena sudah tau cara mengatasi rasa marah) Fifi</p>	<p>Rabu/10 Juni 2015/20.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan menarik napas dalam lebih mudah dilakukan dan bisa dilakukan setiap saat</p> <p>- Pasien mengatakan merasa lega karena sudah tau cara mengatasi rasa marah</p> <p>O : - Pasien terlihat memperhatikan dan memahami penjelasan tentang manfaat penyaluran energi marah</p> <p>- Pasien terlihat mampu memilih cara penyaluran energi marah dengan benar</p> <p>A : Tupen 3 teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Tupen 4</p> <p>1. Identifikasi peran, kultur dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku pasien</p> <p>2. Berikan informasi yang tepat tentang penanganan pasien dengan perilaku marah/kekerasan</p> <p>3. Ajarkan ketrampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan pasien marah/perilaku kekerasan</p> <p>4. Bantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi pasien marah/perilaku kekerasan</p> <p>5. Berikan konseling pada keluarga</p> <p>6. Fasilitasi pertemuankeluarga dengan career/pemberi perawatan</p> <p>7. Beri kesempatan pada keluarga untuk mendiskusikan cara yang dipilih</p> <p>8. Anjurkan kepada keluarga untuk menerapkan cara yang dipilih Fifi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Ny. M (Keluarga Tn. S) Ruang : Rumah keluarga Tn. S

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
12 Juni 2015/ 14.30/ Jum'at	Resiko perilaku kekerasan berhubungan dengan riwayat perilaku kekerasan kepada orang lain	<p>12 Juni</p> <p>2015/Jum'at/14.30</p> <p>1 Mengidentifikasi peran, kultur dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku pasien (Keluarga pasien mengatakan selama ini pasien tinggal dengan mertuanya dan mengalami sedikit tekanan dengan keadaan dirumah mertuanya) Fifi</p> <p>14.35</p> <p>2 Memberikan informasi yang tepat tentang penanganan pasien dengan perilaku marah/kekerasan (Keluarga pasien terlihat memahami tentang informasi penanganan perilaku marah yang disampaikan oleh perawat) Fifi</p> <p>14.40</p> <p>3 Mengajarkan ketrampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan pasien marah/perilaku kekerasan (Keluarga pasien mengatakan akan mencoba cara yang telah diajarkan untuk menangani perilaku marah pasien) Ffi</p>	<p>Jum'at/12 Juni 2015/15.00</p> <p>S : - Keluarga pasien mengatakan sudah hafal dengan tanda-tanda pasien akan marah</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan selama ini pasien tinggal dengan mertuanya dan mengalami sedikit tekanan dengan keadaan dirumah mertuanya</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan akan mencoba cara yang telah diajarkan untuk menangani perilaku marah pasien</p> <p>O : - Keluarga pasien terlihat memahami tentang informasi penanganan perilaku marah yang disampaikan oleh perawat</p> <p>A : Tupen 4 teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
		<p>14.43</p> <p>4 Memfasilitasi pertemuan keluarga dengan career/pemberi perawatan</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.46</p> <p>5. Memberi kesempatan kepada keluarga untuk mendiskusikan cara yang dipilih</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.55</p> <p>6. Menganjurkan kepada keluarga untuk menerapkan cara yang dipilih</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
8 Juni 2015/ 14.30/ Senin	Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran	<p>8 Juni 2015/Senin/14.35</p> <p>1. Memonitor tanda tanda vital (TD, Nadi, Rr) (TD= 120/80 mmHg, Nadi= 89kali/menit, Rr= 19 kali/menit)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.38</p> <p>2. Menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien (Pasien mengatakan masih mencemaskan keadaan anggota keluarganya)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.45</p> <p>3. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan Kecemasan (Pasien mengatakan cemasnya timbul ketika memikirkan keadaan keluarganya dirumah)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.48</p> <p>4. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.51</p> <p>5. Menggunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>14.52</p> <p>6. Memberi motivasi pada pasien</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>	<p>Senin/8 Juni 2015/20.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan cemasnya timbul ketika memikirkan keadaan keluarganya dirumah</p> <p>- Pasien mengatakan masih mencemaskan keadaan anggota keluarganya</p> <p>O : TD= 120/80 mmHg, Nadi= 89kali/menit, Rr= 19 kali/menit</p> <p>A : Masalah ansietas teratasi sebagian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 2. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan Kecemasan 3. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital (TD, Nadi, Rr) 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 4. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi 5. Gunakan pendekatan yang menenangkan 6. Beri motivasi pada pasien <p style="text-align: right;">Fifi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
8 Juni 2015/ 20.00/ Senin	Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran	<p>8 Juni 2015/Senin/20.15</p> <p>1. Memonitor tanda tanda vital (TD, Nadi, Rr) (TD= 120/80 mmHg, Nadi= 88kali/menit, Rr= 18 kali/menit) Fifi</p> <p>20.18</p> <p>2. Menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien (Pasien mengatakan sudah mulai tidak inginmemikirkan dan merasakan kecemasannya lagi) Fifi</p> <p>20.25</p> <p>3. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan (Pasien mengatakan Cemasnya datang pergi dan hilang timbul) Fifi</p> <p>20.28</p> <p>4. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi (Pasien mengatakan akan menyerahkan segala masalahnya kepada Tuhan) Fifi</p> <p>20.32</p> <p>5. Menggunakan pendekatan yang menenangkan Fifi</p> <p>20.39</p> <p>6. Memberi motivasi pada pasien Fifi</p>	<p>Selasa/9 Juni 2015/08.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan cemasnya datang pergi dan hilang timbul</p> <p>- Pasien mengatakan sudah mulai tidak inginmemikirkan dan merasakan kecemasannya lagi</p> <p>- Pasien mengatakan akan menyerahkan segala masalahnya kepada Tuhan</p> <p>O : TD= 120/80 mmHg, Nadi= 88kali/menit, Rr= 18 kali/menit</p> <p>- Pasien terlihat cemas</p> <p>A : Masalah ansietas teratasi sebagian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 2. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 3. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda tanda vital (TD, Nadi, Rr) 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 4. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
			5. Gunakan pendekatan yang menenangkan 6. Beri motivasi pada pasien Fifi

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
9 Juni 2015/09.45/Selasa	Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran	<p>9 Juni 2015/Selasa/09.50</p> <p>1. Memonitor tanda tanda vital (TD, Nadi, Rr) (TD= 120/70 mmHg, Nadi= 90kali/menit, Rr= 18 kali/menit)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>09.55</p> <p>2. Menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien (Pasien mengatakan ingin dijenguk oleh keluarganya)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>09.59</p> <p>3. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan (Pasien mengatakan perasaan cemasnya masih suka muncul saat pasien melamun)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>10.05</p> <p>4. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi (Pasien mengatakan cemasnya datang pergi dan hilang timbul)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>10.10</p> <p>5. Menggunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>10.15</p> <p>6. Memberi motivasi pada pasien</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>	<p>Selasa/9 Juni 2015/14.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan cemasnya datang pergi dan hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan perasaan cemasnya masih suka muncul saat pasien melamun - Pasien mengatakan ingin dijenguk oleh keluarganya - Pasien mengatakan sebelum tidur selalu berdo'a kepada Tuhan <p>O : TD= 120/70 mmHg, Nadi= 90kali/menit, Rr= 18 kali/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat sedih <p>A : Masalah ansietas teratasi sebagian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 2. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 3. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital (TD, Nadi, Rr) 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 4. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi 5. Gunakan pendekatan yang menenangkan 6. Beri motivasi pada pasien <p style="text-align: right;">Fifi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
9 Juni 2015/ 16.00/ Selasa	Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran	<p>9 Juni 2015/Selasa/16.05</p> <p>1. Memonitor tanda-tanda vital (TD, Nadi, Rr) (TD= 120/80 mmHg, Nadi= 90kali/menit, Rr= 19 kali/menit)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>10.10</p> <p>2. Menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien (Pasien mengatakan tidak ingin memikirkan hal lain selain ingin sembuh)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>16.15</p> <p>3. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan (Pasien mengatakan tidak ingin merasa cemas lagi terhadap keluarganya)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>16.20</p> <p>4. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>16.22</p> <p>5. Menggunakan pendekatan yang menenangkan</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>16.26</p> <p>6. Memberi motivasi pada pasien (Pasien terlihat dapat mendengarkan dengan baik saat diberi motivasi)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>	<p>Selasa/9 Juni 2015/20.00</p> <p>S : - Pasien mengatakan tidak ingin merasa cemas lagi terhadap keluarganya</p> <p>- Pasien mengatakan tidak ingin memikirkan hal lain selain ingin sembuh</p> <p>O : TD= 120/80 mmHg, Nadi= 90kali/menit, Rr= 19 kali/menit</p> <p>- Pasien terlihat dapat mendengarkan dengan baik saat diberi motivasi</p> <p>- Pasien terlihat cemas berkurang</p> <p>A : Masalah ansietas teratasi sebagian:</p> <p>1. Menyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</p> <p>2. Membantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>3. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi</p> <p>4. Memberi motivasi pada pasien</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <p>1. Monitor tanda-tanda vital (Td, Nadi, Respirasi)</p> <p>2. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>3. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi</p> <p>4. Beri motivasi pada pasien</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. CM : Tn. S / 031192 / Wisma Sadewa

Hr/Tgl /Jam	Diagnosa Keperawatan	Pelaksanaan	Evaluasi
10 Juni 2015/ 12.30/ Rabu	Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran	<p>10 Juni 2015/ 12.35/Rabu</p> <p>1. Memonitor tanda tanda vital (TD, Nadi, Rr) (TD= 120/70 mmHg, Nadi= 91 kali/menit, Rr= 19 kali/menit)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>12.40</p> <p>2. Membantu pasien Mengenal situasi yang Menimbulkan kecemasan (Pasien mengatakan Sudah mampu mengetahui penyebab cemasnya)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>12.51</p> <p>3. Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ketakutan, persepsi (Pasien mengatakan pasrah apabila diceraikan oleh istrinya)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p> <p>13.00</p> <p>4. Memberi motivasi pada pasien (Pasien terlihat dapat mendengarkan dengan baik saat diberi motivasi oleh perawat)</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>	<p>10 Juni 2015/ 14.00/Rabu</p> <p>S : - Pasien mengatakan sudah mampu mengetahui penyebab cemasnya</p> <p>- Pasien mengatakan pasrah apabila diceraikan oleh istrinya</p> <p>O : TD= 120/70 mmHg, Nadi= 91 kali/menit, Rr= 19 kali/menit</p> <p>- Pasien terlihat dapat mendengarkan dengan baik saat diberi motivasi oleh perawat</p> <p>- Pasien sudah tidak terlihat cemas</p> <p>A : Masalah ansietas teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Fifi</p>