

Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep

NIDN 0612077404

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Windy Narulita Eka Prasasti

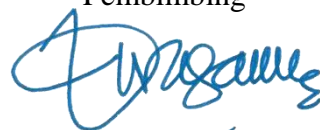
NIM 48901700085

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Resiko Perilaku Kekerasan diruang Irawan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 14 Mei 2020

Pembimbing



Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep

NIDN. 0612077404

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep

NIDN 0612077404

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Windy Narulita Eka Prasasti

NIM 48901700085

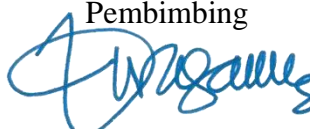
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Resiko Perilaku Kekerasan diruang Irawan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Februari 2020 sampai dengan 9 Mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 14 Mei 2020

Pembimbing



Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep

NIDN...0612077404

Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA**

2020






NAMA MAHASISWA : Windy Narulita Eka Prasasti






NIM : 48901700085

**JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan
Resiko Perilaku Kekerasan diruang Irawan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.
Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.**


PEMBIMBING : Wahyu Endang Setyowati, SKM, M. Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Senin, 2 Maret 2020	Pengambilan kasus	Acc, melanjutkan askep dan dalam pemahaman kasus	
Rabu, 4 Maret 2020	Judul KTI	Mempersiapkan askep dengan benar	

Senin, 9 Maret 2020	Askep	Perbaiki sesuai SIKI, SDKI,SLKI	
Senin, 16 Maret 2020	Askep	Acc, mengerjakan BAB I, II, III	
Kamis, 26 Maret 2020	BAB I, II, III	Melanjutkan sampai bab V	
Senin, 30 Maret 2020	BAB II sampai BAB III	Memperbaiki core problem	
Rabu, 1 April 2020	BAB IV sampai BAB V	Menganalisis teori yang di dapatkan dengan data yang ada pada pasien, mengidentifikasi adanya hambatan saat melakukan implementasi	

Kamis, 23 April 2020	BAB II sampai BAB V beserta lampiran	Revisi BAB II sampai BAB V beserta lampiran	
Selasa, 28 April 2020	BAB II sampai BAB V beserta lampiran	Revisi BAB II sampai BAB V beserta lampiran	
Kamis, 30 April 2020	BAB II sampai BAB V beserta lampiran	Perbaiki penulisan	
Jumat, 3 Mei 2020	BAB I sampai BAB V beserta lampiran , Turnitin	ACC	
Sabtu, 9 Mei 2020	PPT KTI	ACC	

Lampiran 4

<p>ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADATI - A DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG RAWAN RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. AMINO GONDUHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH</p>	
	 <p>Dr. Setyaningrum, S. Ningsih, S.Kep.Ns</p>
<p>DI SURUH OLEH :</p> <p>WINDY HARLITA EKA PRACATI 48301700085</p> <p>PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS ULAM SULTAN AGUNG SEMARANG 2020</p>	

GELATIK

**ASUHANI KEPERAWATAN JIWA
DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAM
DI RUANG IRRAWAN
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH DR. AMINO GONDOKUTOMO
PROVINSI JAWA TENGAH**

I. IDENTITAS

Identitas Klien

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| a. Nama | • In. A |
| b. Umur | • 28 th |
| c. Jenis kelamin | • laki laki |
| d. Agama | • Islam |
| e. Alamat | • Sigambre, Brebes |
| f. Pekerjaan | • - |
| g. Pekerjaan | • SD |
| h. no RM | • 1 |
| i. Tanggal masuk | • 4 Maret 2020 |
| j. Tanggal pengkajian | • 10 Maret 2020 |
| k. Dx Medis | • Skizofrenia |

Pemanggang Jawab

- | | |
|-------------|---------------|
| a. Nama | • In. J |
| b. Hubungan | • Paman Klien |

II. ALASAN MASUK

Pada tanggal 4 Maret 2020 klien dibawa keluarganya ke RSUD Dr. Amino Gondokutomo dengan keluhan : di rumah klien marah marah tanpa sebab dan mengancam hingga kedua tangan diikat oleh keluarga di rumah selama 3 hari.

FAKTOR PREDISPOSISI

1. Gangguan jiwa di masa lalu

pasien pernah dirawat sebanyak 3 kali di RSUD Dr. Amino Gondokutomo, pertama dirawat pada tahun

2. Pengobatan sebelumnya

Pengobatan sebelumnya tidak berhasil karena pasien tidak rutin minum obat dan tidak kontrol rutin

CELAIR

3. Trauma

Pasien pernah menjadi korban perilaku kekerasan dalam keluarga yaitu di pukuli oleh neneknya saat kecil usia 7 tahun.

4. Anggota keluarga lain yg mengalami gangguan jiwa

Pasien mengatakan keluarga ada yang memiliki gangguan jiwa yaitu ibunya sejak ia lahir.

5. Pengalaman masa lalu yg tidak menyenangkan

saat kecil pasien sering di pukuli neneknya

IV. FISIK

Tanda - tanda Vital

TD = 120/80 mmHg

M = 86 x/menit

RR = 20 x/menit

S = 36,2 °C

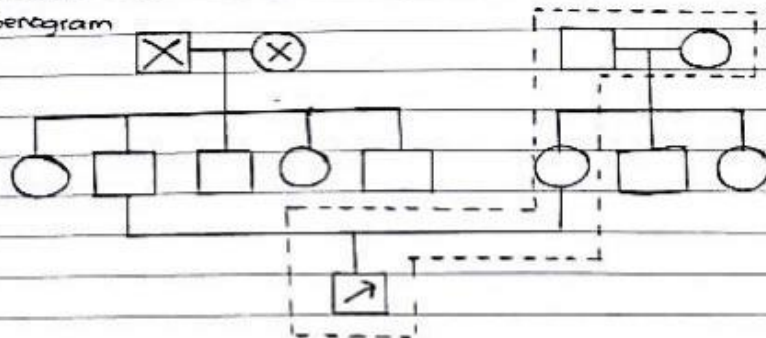
V. PENGUKURAN

TB = 170 cm

BB = 76 Kg

VI. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



ket :



: laki laki



: laki laki meninggal



: perempuan



: perempuan meninggal



: Garis perkawinan



: Tinggal serumah



: klien

ket: klien tinggal serumah

dengan kakek, nenek dan

ibunya

VII STATUS MENTAL

a. Penampilan

Pasien ketika di RSJ berpakaian seperti biasanya sesuai dengan seragam ruangan yg di tentukan.

b. Pembicaraan

Komunikasi pasien berbicara keras dan cepat seperti membentak atau marah marah

Masalah keperawatan - RPK

c. Aktivitas motorik

Pasien mampu fokus ketika berbicara.

d. Alam perasaan

Pasien merasa frustasi dan khawatir memikirkan ingin segera pulang dan bertemu keluarga.

Masalah keperawatan - Keputusasaan

e. Afek

Saat ditanya sesuatu, pasien dapat menjawab.

f. Interaksi saat wawancara

Pasien kooperatif, kadang mata tidak fokus pada lawan bicara.

g. Persepsi

Pasien tidak ada gangguan persepsi.

h. Proses pikir

Pasien ketika di kaji terkadang tiba-tiba menghentikan pembicaraan namun kemudian melanjutkan lagi.

i. Isi pikir

Pasien mengatakan tidak ada pikiran tentang hal magis.

j. Tingkat kesadaran

Pasien dapat menyebutkan waktu dan tempat saat di lakukan pengkajian.

k. Memori

1. Memori jangka panjang • klien mampu menceritakan kejadian 9 tahun yg lalu

2. Memori jangka pendek • klien mampu mengingat kegiatan hari ini juga

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri

Pasien mengatakan tidak ada bagian tubuh dari mulai rambut hingga kaki yang tidak dia sukai dirinya.

b. Identitas Diri

Pasien mampu mengatakan nama, umur dan alamat tempat tinggalnya.

c. Peran Diri

Pasien bekerja sebagai tukang bangunan dan menjadi tulang punggung keluarga.

d. Ideal Diri

Pasien mengatakan mau bekerja apa saja yang penting dapat memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Harga Diri

Pasien berkeinginan bekerja karena pasien merasa memiliki tanggung jawab besar sebagai laki laki.

Masalah keperawatan :

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Orang yang berarti bagi pasien yaitu ibunya karena sejak kecil ia di tinggal oleh ayahnya.

b. Peran serta dalam kegiatan di RS / masyarakat

Pasien mengatakan sangat aktif di masyarakat dan mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah keperawatan :

4. Spiritual

a. Nilai kepercayaan

Klien mengatakan percaya bahwa Allah akan memberikan kesembuhan, karena Allah yang memberikan sakit.

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan selalu shalat 5 waktu namun jarang mengaji.

l. Tingkat Konsentrasi & Berhitung

Klien mampu berhitung dari angka 1 sampai 10, klien bisa menjawab saat di tanya $5 + 5$ klien menjawab 10 dan ketika di kurangi 5 menjawab 5.

m. Kemampuan Penilaian

Klien mengatakan sehat adalah ketika tidak dirumah sakit dan tidak perlu minum obat.

n. Daya Titik Diri

Klien daya titiknya buruk karena mengingkari.

VIII. KEBUTUHAN PERSIAPAN RUMAH

1. Makan

Pasien makan dg mandiri 3x sehari di tempat makan bersama pasien lain.

2. BAB / BAK

Pasien mengatakan BAB dan BAK secara mandiri di kamar mandi yang ada.

3. Mandi

Pasien mandi 3x sehari secara mandiri.

4. Berpakaian berhias

Pasien mengenakan pakaian secara mandiri dan benar sesuai yang di tentukan.

5. Kebersihan Diri

Pasien gosok gigi ketika bangun tidur. Pasien mencuci tangan setelah kegiatan apapun.

6. Istirahat dan Tidur

Pasien tidur siang dari pukul 12.30 - 15.30, tidur malam pukul ~~08.00~~ 22.00 - 05.00. Pasien tidur di kamar.

7. Penggunaan Obat

Pasien minum obat setelah makan sesuai anjuran dokter.

8. Pemeliharaan Kesehatan

Sistem pendukung adalah keluarga.

9. Kegiatan dalam rumah

Pasien ketika di rumah selalu membantu pekerjaan neneknya.

10. Kegiatan diluar rumah

Pasien menggunakan alat transportasi motor. Pasien aktif dalam masyarakat.

GELATIR

IX. MEKANISME KOPING

Mekanisme yang ada pada klien termasuk kedalam koping maladaptif karena sering marah marah.

Masalah Keperawatan = Koping Individu tidak efektif

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Pasien sering di takut warga karena terkadang tiba tiba marah di tempat umum.

XI. SUMBER DAYA

Pasien tidak mengetahui tentang pengetahuan penyakit jiwa, pengetahuan tentang penyakit fisik dan obat obatan

Masalah Keperawatan = Defisit Pengetahuan

XII. ASPEK MEDIS

Diagnosa Medis = Skizofrenia F-20.2

Terapi medik

- Olanzapin p.oral 2x 2mg
- Risperidone p.oral 2x 5mg
- Hoxymet p.oral 2x 2mg

XIII. ANALISA DATA

NO	Data	Problem
1	DS = Pasien mengatakan selalu ingin marah marah dan merusak rumah DO = Pasien tampak gelisah, kontak mata kacau, wajah tegang.	Risiko Perilaku Kekerasan
2	DS = Pasien mengatakan sering ditindas oleh orang sekitar karena perilakunya kadang suka marah. DO = Pasien tampak gelisah	Harga Diri Rendah
3	DS = Pasien mengatakan stress karena dikritik oleh keluarga sehingga jebur ke sumur DO = Pasien tampak tegang.	Risiko Mencederai Diri Sendiri

GELATIS

XVII. INTERVENSI			
No	Diagnosa	Rencana tindakan	Rasional
1	Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat mengontrol marah 2. Pasien dapat mengenali perilaku kekerasan yang dialami 3. Pasien mengikuti program pengobatan ser optimal <p>Kriteria :</p> <p>Sesudah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x pertemuan diharapkan perilaku kekerasan teratasi dg kriteria hasil =</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dapat mengidentifikasi faktor yg menyebabkan perilaku kekerasan 2. Pasien dapat mengidentifikasi cara mengatasi perilaku kekerasan <p>Intervensi :</p> <p>SP 1 P → Monitoral PK</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab PK 2. Identifikasi tanda dan gejala 3. Identifikasi PK yg dilakukan 4. Identifikasi akibat PK 5. Sebutkan cara mengontrol PK 6. Bantu pasien mempraktikkan latihan cara mengontrol ftk 1 yaitu tarik nafas dalam 7. Ajurkan Pasien memakukan dalam kegiatan harian. <p>SP 2 P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jndual kegiatan harian pasien 2. Latih pasien mengontrol pk dengan cara ftk 2 → Bukul kembang 	Membantu mengidentifikasi dan mengenalkan kepada pasien perilaku kekerasan yang dilakukan oleh pasien agar memahami dan mengetahui apa yang di sebut marah / emosi

XIV MASALAH KEPERAWATAN

1. Risiko Perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah
3. Risiko Merendahi Diri sendiri

XV Pohon Masalah

Risiko Merendahi Diri sendiri

Risiko perilaku kekerasan (RPK)

Core Problem

Harga Diri Rendah (HDR)

XVI. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan dan Terapi Keperawatan	Diagnosa Medis dan Terapi Medis
1. Diagnosa Keperawatan Pertama • Risiko Perilaku kekerasan Kedua • Harga Diri Rendah	1. Diagnosa Medis Skizofrenia F.20.2
2. Terapi Keperawatan a. Diagnosa pertama JP Risiko Perilaku kekerasan b. Diagnosa kedua JP Harga Diri Rendah	2. Terapi Medis - Olanzapin (2x2mg) Per oral - Risperidone (2x5mg) Per oral - Hanymer (2x2mg) Per oral

NO	Diagnosa	Rencana Tindakan	Rasional
		Sp 3 P = 1. Latih pasien mengontrol pk dengan cara berakap-akap dengan orang lain	
		Sp 4 P = 1. Latih pasien mengontrol pk dg cara spiritual → dukir dan berdon	
		Sp 5 P = 1. Jelaskan cara mengontrol pk dg nium obat teratur	

XVIII IMPLEMENTASI / EVALUASI

Implementasi / Tindakan keperawatan	Evaluasi (COAP)
Rabu, 11 Maret 2020	S = Pasien mengatakan selalu ingin marah dan merusak rumah.
1. Anam	D = Pasien tampak gelisah, kornea mata keruh, wajah tegang.
Di = Pasien mengatakan selalu ingin marah marah dan merusak rumah	A = Klien mampu melakukan Sp 1 dengan benar
Do = Pasien tampak gelisah, kornea mata keruh, wajah tegang.	P = Motivasi Pasien melakukan Sp 1 terarah mandiri
2. Diagnosa keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan	
3. Tindakan Keperawatan Sp 1 1. Mengidentifikasi penyebab PK 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala 3. Mengidentifikasi pk yg dilakukan 4. Mengidentifikasi akibat PK 5. Mengontrol pk 6. Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol firk 1 yaitu tarik nafas dalam 7. Anjurkan pasien memasukan dalam kegiatan harian	Ching. (970)

GELATIK

Implementasi / tindakan keperawatan	Evaluasi (SOAP)
4. RTL SP 1, lanjut SP 2	
5. Planning Motivasi pasien melakukan JP secara mandiri	
Kamis, 12 Maret 2020	
1. Data Ds - Klien mengatakan sudah minum obat secara teratur pada pukul 07.30 dan 16.30. Klien mengatakan lebih tenang dengan minum obat secara teratur. Do - Klien tampak lebih tenang dari sebelumnya	S - klien mengatakan obat sangat membantu dalam menerangkannya. Klien mengatakan dengan obat dapat mengontrol marah dan perasaannya, klien juga sangat terbantu dengan fukul bantal. ^{TND} - klien mengatakan masih akan melaksanakan kegiatan yg telah di jadwalkan
2. Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan	D - klien nampak mempraktikkan fukul bantal
3. Terapi / tindakan Keperawatan SP 3 Latih mengontrol perilaku kekerasan secara fisik kedua → fukul bantal	- Klien nampak mempraktikkan memikirkan kemampuan kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit.
4. RTL SP 4 Latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal	A - RPK (+) p = SP 4
5. Planning Bantu pasien untuk memaksimalkan cara mengontrol dg fukul bantal Diagnosa kedua - Bantu pasien untuk mengenali kemampuan yg dimilikinya fokusil latihan pasien	Latih cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal. ? ditg. (TTO)

CELANIK