

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K
DENGAN MASALAH RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI DESA KEDUNGORI DEMPET DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh:

Deti Krismawati

40901800019

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

HALAMAN JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K
DENGAN MASALAH RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI DESA KEDUNGORI DEMPET DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh:

Deti Krismawati

40901800019

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 10 juni 2021



(Deti Krismawati)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN MASALAH
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNGORI DEMPET
DEMAK

Dipersiapkan dan disusun

oleh :

Nama : **Deti Krismawati**

Nim : **40901800019**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya
Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 19 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep,

Sp.Kep.J NIDN : 06-1408-7702

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diii Keperawatan Fik Unissula semarang pada hari Senin.tanggal 14 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang,14 Juni 2021

Penguji I

Wahyu endang Setyowati, SKM, M.Kep

NIDN : 06-1207-7404

Penguji II

Ns. Betie Febriana, M.Kep

NIDN : 06-23028802

Penguji III

Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J

NIDN :06-1408-7702

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 0622087403

MOTTO

Dilarang menyerah, sebelum bisa mengukir senyum bapak dan ibu.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Alhamdulillahirobbil'alamiin, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN MASALAH RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNGORI DEMPET DEMAK".

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep., selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
5. Ibu Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep,Sp.Kej.J selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun.

7. Klien dan keluarga klien , yang telah memberikan kesempatan kepada saya, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Ayahku (Sutarlan) dan ibuku (Sutarti) tercinta yang selalu mendoakan, mengingatkan untuk tetap beribadah dan memberikan semangat, dukungan yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Kakakku tercinta (Susanto) yang selalu menjadi penasihat, penguat dan penyemangat terbaik.
10. Sahabat-sahabatku Agus Surya, Khaerul Indah, Yuli Artha, Arta Liana, Ulfa S, Nita Fitri, Martha Firda , Khalimatus S, Sulton Kamal Dan Asep S yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain.
11. Teman-teman sebimbingan dan seperjuanganku DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

Semarang, 25 Mei 2021

Penulis

Deti Krisma

DAFTAR ISI

Contents

HALAMAN JUDUL.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR DAN TABEL.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	1
C. Tujuan.....	2
1.Tujuan umum.....	2
2. Tujuan khusus.....	2
D. Manfaat Penulisan	2
BAB II KONSEP DASAR.....	3
A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan.....	3
1.Pengertian.....	3
2. Rentang respon.....	3
3. Etiologi	4
4. Proses terjadinya masalah.....	4
5. Manifestasi klinis	5
6. Penatalaksanaan	5
Konsep Dasar	6
1. Proses Keperawatan	6
2. Pohon Masalah.....	8
BAB III.....	9
RESUME KASUS	9
A. PENGKAJIAN.....	9
I. IDENTITAS KLIEN.....	9

II.	KELUHAN	9
III.	FAKTOR PREDISPOSISI.....	9
IV.	FISIK.....	9
V.	STATUS MENTAL	10
VI.	KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG	11
VII.	MEKANISME KOPING.....	11
VIII.	MASALAH PSIKOSOSIAL & LINGKUNGAN.....	11
IX.	SUMBER DAYA	11
X.	ASPEK MEDIK	11
B.	ANALISA DATA	11
C.	POHON MASALAH	12
D.	DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	12
E.	RENCANA KEPERAWATAN.....	12
F.	IMPLEMENTASI DAN EVALUASI.....	13
BAB IV	.....	16
PEMBAHASAN	.....	16
A.	Pengkajian keperawatan	16
B.	Diagnosa keperawatan.....	17
C.	Intervensi keperawatan	18
D.	Implementasi keperawatan	19
E.	Evaluasi keperawatan.....	21
BAB V	.....	22
EVALUASI	.....	22
A.	Kesimpulan.....	22
B.	Saran	23
a.	Untuk Mahasiswa.....	23
b.	Untuk institusi pendidikan.....	23
c.	Untuk keluarga klien	23
DAFTAR PUSTAKA	.....	24
LAMPIRAN	.....	26

DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

Gambar 2. 1 pohon masalah.....	8
Gambar 3. 1 pohon masalah.....	12

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sehat jiwa ialah keadaan dimana emosi, psikologis, konsep diri positif dan emosi stabil (Stuart, 2016). Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) Resiko perilaku kekerasan ialah tindakan yang beresiko mencelakai baik secara fisik, emosi atau seksual terhadap diri sendiri maupun orang lain. Dalam penanganan klien perilaku kekerasan perawat melakukan cara relaksasi napas dalam, pukulan kasur dan bantal. (Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

Berdasarkan Ismaya & Asti (2019), 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, halusinasi berjumlah 2.723 orang, perilaku kekerasan berjumlah 2.496 orang. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO,2015) Gangguan jiwa biasanya terjadi di kalangan anak muda antara usia 18-21. Kisaran 450juta orang di dunia menderita penyakit jiwa, termasuk 150juta depresi, 90juta gangguan zat dan alkohol, 38juta epilepsi, dan 25juta skizofrenia.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny. K Risiko Perilaku Kekerasan Di Desa Kedungori Dempet Demak.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan terhadap klien dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan

2. Tujuan khusus

- a. Dapat mendeskripsikan hasil pengkajian terhadap klien
- b. Dapat menegaskan diagnosa keperawatan terhadap klien
- c. Dapat menyusun intervensi terhadap klien
- d. Dapat melaksanakan implementasi terhadap klien
- e. Dapat mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan terhadap klien

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Penulis mendapatkan pengalaman yang luar biasa dan pengetahuan cara memberikan asuhan keperawatan kepada klien

2. Bagi Institusi pendidikan

Hasil riset ini bisa jadi bahan ajar serta rujukan

3. Bagi klien dan keluarga

Bagi keluarga dan klien dapat menambah pengetahuan dan cara cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berbagai tehnik.

Amok : Vandalisme yang tidak terkendali.

(Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015)

3. Etiologi

Menurut (Suhantara, 2020) etiologi dari risiko perilaku kekerasan yakni sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor biologi

- a) Pengaruh Neurofisiologi
- b) Pengaruh biokimia
- c) Pengaruh genetik
- d) Gangguan otak

2) Faktor Psikologi

Rasa puas, aman serta kenyamanan bila tidak terpenuhi mengakibatkan turunnya harga diri sehingga melampiaskan kekerasan sebagai ekspresi.

3) Faktor Sosiokultural

Masyarakat cenderung menerima perilaku kekerasan sebagai penyelesaian masalah.

b. Faktor Presipitasi

- a) Internal ialah faktor yang mengakibatkan kelemahan, penurunan kepercayaan diri serta perasaan takut sakit.
- b) Eksternal ialah orang yang disayangi hilang, krisis dan penganiayaan fisik
- c) Mekanisme Koping

4. Proses terjadinya masalah

Afnuhazi(2015), Perilaku kekerasan dapat terjadi apabila seseorang mempunyai harapan tinggi yang tidak terpenuhi, sehingga mengakibatkan harga diri rendah. Klien yang sudah menghadapi kendala konsep harga diri rendah merasa marah serta jengkel terhadap dirinya

sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar yang menimbulkan klien berperilaku secara tidak konstruktif, semacam memukul dirinya sendiri, membanting- banting benda ataupun mencederai orang lain, sehingga klien memiliki sikap yang menyimpang yakni perilaku kekerasan.

5. Manifestasi klinis

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017).

- a. Data subjektif
 - 1) ancaman
 - 2) Tutar kata kasar
 - 3) ingin mencederai
- b. Data objektif
 - 1) Wajah merah serta tegang
 - 2) Mata tajam
 - 3) Tangan dikepal
 - 4) Tutar kata kasar
 - 5) Mondar mandir
 - 6) Melempar barang

6. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Dermawan&Rusdi(2013)

- haloperidol
untuk mengendalikan sikap mengganggu diri
- obat trihexifenidil
untuk mengendalikan sikap mengganggu diri serta menenangkan dengan dicoba Electro Convulsive Therapy(ECT).

b. Penatalaksanaan keperawatan

Dengan menerapkan strategi SP 1-5 pada klien :

- a. SP I : Latihan mengontrol emosi menggunakan cara fisik 1 relaksasi napas dalam
- b. SP II : Latihan mengontrol emosi menggunakan cara fisik2 yaitu kasur dan bantal dipukul.
- c. SP III Klien : mengekspresikan marah secara verbal yaitu bertutur kata secara baik-baik
- d. SP IV Klien : Latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
- e. SP V Klien : minum obat secara teratur
(Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

Melakukan Sp pada Keluarga :

- 1) Bagikan pemecahan terhadap probelm yang dialami keluarga dalam menjaga klien
- 2) Melaksanakan Pembelajaran Kesehatan Pada Keluarga Meliputi; Penafsiran Sikap Kekerasan, Pemicu PK Yang Dialami Oleh Penderita, Ciri Serta Indikasi PK Serta Proses Terbentuknya Sikap Kekerasan.
- 3) Bagikan Peluang Pada Keluarga Buat Memperagakan
- 4) Buat Perencanaan Kembali Dengan Keluarga
(Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

Konsep Dasar

1. Proses Keperawatan

- a. Pengkajian
Data diperoleh melalui observasi dan wawancara terhadap klien.
- b. Analisa data
Diagnosa dapat ditegakkan sesuai dengan Ds dan Do, serta penggunaan pohon masalah mampu melihat penyebab serta affect kasus.
- c. Diagnosa
 - 1) Resiko Perilaku Kekerasan

- 2) Risiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain, Dan Lingkungan
(Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015)

d. Intervensi

Intervensi keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan melakukan

Sp :

Sp Klien

- Melakukan SP I : latihan nafas dalam
- SP II:Melatih pukul kasur dan bantal
- SP III: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal.
- SP IV: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual
- SP V : minum obat klien secara teratur (Buku Keperawatan Jiwa, 2020).

Sp Keluarga

1) Berikan solusi terhadap problem yang dihadapi keluarga dalam merawat klien

2) Melakukan Pendidikan Kesehatan Pada Keluarga Meliputi ;
Definisi Perilaku Kekerasan, etiologi PK Yang Dialami
Oleh Pasien, Manifestasi klinis PK Dan Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan.

3) Anjurkan keluarga untuk memperagakan

e. Tujuan

Klien mampu mengetahui perilaku yang di deritanya, klien mampu mengontrol perilaku kekerasan, klien mengikuti program pengobatan secara baik serta Keluarga mampu merawat klien.

(Buku Keperawatan Jiwa, 2020).

f. Implementasi

Tindakan keperawatan dilaksanakan setelah menentukan intervensi.

g. evaluasi

evaluasi dilakukan untuk melihat hasil setelah dilakukan tindakan.

2. Pohon Masalah

Risiko Mencederai Diri Sendiri, Orang Lain, Dan *Effect*

Lingkungan



Core Problem



Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah.

Causa

Gambar 2. 1 pohon masalah

(Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015)

BAB III

RESUME KASUS

A. PENGKAJIAN

I. IDENTITAS KLIEN

Pada 17 Februari 2021 penulis melaksanakan pengkajian di Desa Kedungori 06/02 Dempet, Demak. Di peroleh hasil data pengkajian klien Ny. K berusia 48 tahun berjenis kelamin perempuan, klien seorang muslim, klien berstatus sudah menikah.

II. KELUHAN

Klien mengatakan susah mengontrol emosi ,serta mengungkapkan keinginan memukul orang-orang yang menganggunya. Nada bicara klien tampak keras dan cetus.

Keluarga klien mengatakan jika klien tidak minum obat klien mudah emosi dan mondar mandir dengan kata ketus serta klien mempunyai riwayat pernah melukai suaminya dengan alat tajam.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

Keluarga klien mengatakan Ny. K pernah di rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa tetapi pengobatannya kurang berhasil. Klien mengatakan pernah mengalami adanya penolakan keinginannya tidak terpenuhi yaitu tidak dibangunkan usaha oleh suaminya.

IV. FISIK

Saat dilakukan pemeriksaan Tanda-tanda Vital di peroleh hasil TD 110/80mmHg, Nadi 110x/menit, suhu 36,3 °C, RR: 20x/menit.

PSIKOSOSIAL

1. Genogram

klien memiliki kedua orang tua, klien anak ke 1 dari 4 bersaudara. Klien memiliki suami dan memiliki 2 anak, klien tinggal bersama suami dan anak perempuannya.

2. Konsep diri

Klien mengatakan mampu mengenali dirinya sendiri, yang disukai maupun yang tidak, klien ada keinginan untuk sembuh dari sakitnya. Klien merasa malu karena keluar masuk rumah sakit jiwa.

3. Hubungan sosial

klien mengatakan orang yang berharga dalam hidupnya adalah suami dan anak cucunya. klien tidak mengikuti kegiatan kelompok, keluarga klien mengatakan Ny. K sering bicara ketus dan keras saat diajak ngobrol orang lain.

4. Spiritual

Keluarga klien mengatakan Ny. K mampu beribadah

V. STATUS MENTAL

Saat dikaji klien tampak rapi dengan pakaian yang sesuai jenis kelamin, Ny. K tampak tegang serta nada bicara keras, ketus dan kontak mata tajam

Interaksi klien saat wawancara klien kurang berkonsentrasi, Emosi Klien tampak labil, klien tampak mudah mengalihkan pembicaraan, ekspresi kadang berubah-ubah. Klien masih mampu mengingat memori jangka panjang, ketika ditanya tentang sekolah dan aktivitas sehari-hari ketika dirumah. Klien mampu mengingat kejadian yang baru saja dilakukan seperti menu sarapan

VI. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

Makan, minum, mandi, berdandan, istirahat tidur, tetapi dalam penggunaan obat klien tidak minum obat ketika tidak disuruh anaknya.

VII. MEKANISME KOPING

Keluarga klien mengatakan jika klien lelah klien mudah emosi dengan melontarkan kata-kata ketus kepada siapapun.

VIII. MASALAH PSIKOSOSIAL & LINGKUNGAN

Klien mengalami masalah lingkungan karena sering diejek atau diganggu dan ingin memukul orang-orang yang mengejeknya. Klien mengatakan tidak ada masalah dirumah

IX. SUMBER DAYA

Penyakit jiwa : klien mengatakan kurang tahu dari penyebab terjadinya penyakitnya.

Obat-obatan : klien mengatakan kurang tahu manfaat obat yang klien minum.

X. ASPEK MEDIK

- Diagnosa : Skizofrenia

- Terapi :

Chlopromazine HCl 2x 100 mg

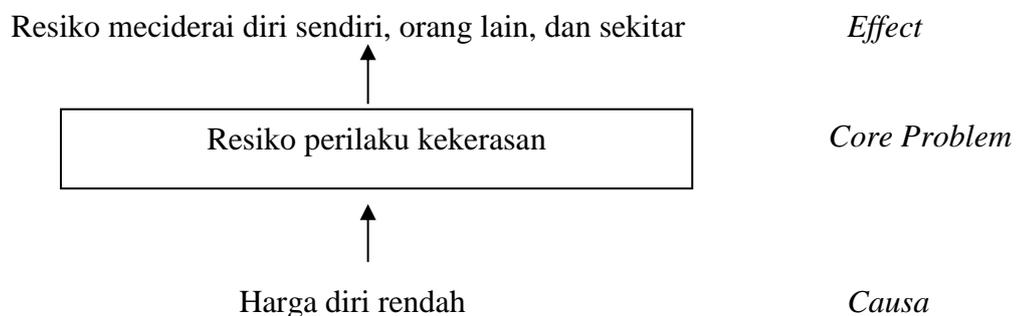
B. ANALISA DATA

Analisa data diagnosa prioritas utama, data subyektif : Klien mengatakan susah mengontrol emosi, ingin serta mengungkapkan keinginan memukul orang-orang yang mengganguya, Keluarga klien mengatakan jika klien tidak minum obat klien mudah emosi dan mondar mandir dengan kata ketus serta klien mempunyai riwayat pernah melukai suaminya dengan alat

tajam. Data obyektif : Kontak mata tampak tajam, Nada bicara klien terdengar keras, agak kacau emosi klien tampak labil. Sehingga muncul diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan.

Analisa data diagnosa yang kedua, Data subyektif : klien mengatakan klien mengatakan malu karena keluar masuk rumah sakit jiwa, Data Obyektif : Klien tidak mampu membuat keputusan, sehingga muncul diagnosa keperawatan harga diri rendah.

C. POHON MASALAH



Gambar 3. 1 pohon masalah

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Harga Diri Rendah

E. RENCANA KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : klien mengetahui perilaku kekerasan yang dialaminya, klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan, klien mengikuti program pengobatan secara baik.

Dengan kriteria hasil : klien mengatakan merasa lebih tenang, klien mengatakan marah / jengkel menurun,

Dengan menerapkan strategi SP 1-5 :

- SP I : Latih cara fisik I yaitu tarik napas dalam
- SP2 : Melatih cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal

- SP 3 Klien : Melatih secara sosial/verbal, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu mengucapkan secara baik-baik
- SP 4 Klien : Melatih secara spiritual
- SP 5 Klien : minum obat klien secara teratur.

Sp Keluarga

- 1) Bagikan pemecahan terhadap problem yang dialami keluarga dalam menjaga klien
- 2) Melaksanakan Pembelajaran Kesehatan Pada Keluarga Meliputi; Penafsiran Sikap Kekerasan, Pemicu PK Yang Dialami Oleh Penderita, Ciri Serta Indikasi PK Serta Proses Terbentuknya Sikap Kekerasan.
- 3) Bagikan Peluang Pada Keluarga Buat Memperagakan
- 4) Buat Perencanaan Kembali Dengan Keluarga

(Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

F. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Implementasi yang dilakukan pada Rabu, 17 Februari 2021 pukul 13.00 WIB, Data subyektif : Klien mengatakan cepat tersinggung dan ingin mengamuk orang-orang yang mengejek atau menganggunya, Klien mengatakan tidak mampu mengontrol emosi. Data Obyektif: Kontak mata klien tampak tajam, nada bicara klien terdengar keras. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan, dengan terapi SP 1 mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam , menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Rencana Tindak Lanjut: 18 Desember 2021 planning perawat mengevaluasi SP1 dan melakukan SP2: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal. Evaluasi hari Rabu, 17 Februari 2021, S : Klien mengatakan lebih tenang dari sebelumnya, Klien mengatakan bersedia melakukan tarik napas dalam 2x sehari. O : klien tampak mampu menjawab salam, menyebutkan namanya, dan mampu menjawab pertanyaan dari perawat meskipun ragu-ragu ,klien tampak mampu mengikuti tarik napas dalam yang di ajarkan. A:

Masalah teratasi sebagian, SP1P Tercapai, RPK (+), P: latihan teknik tarik napas dalam 3x sehari, pagi siang dan sore.(berikan jadwal latihan ke klien)

Implementasi yang dilakukan pada Kamis, 18 februari 2021 pukul 13.00 WIB, Data Subyektif: Klien mengatakan sudah melakukan relaksasi napas dalam 3x sehari secara mandiri, dilakukan setelah makan pagi siang dan sore dan merasa lebih tenang setelah melakukan relaksasi, Klien mengatakan masih susah mengontrol emosi, Klien mengatakan bersedia melakukan latihan mengontrol emosi dengan pukul kasur dan bantal. Data Obyektif: Nada bicaranya kadang keras dan ketus. Diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan. Terapi/tindakan keperawatan: mengevaluasi SP1 dan melakukan SP2: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal, menyusun jadwal kegiatan latihan pukul kasur dan bantal 2x sehari pagi dan sore. Rencana Tindak Lanjut: 19 februari 2021 :mengevaluasi SP2P dan melakukan SP3P: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. Evaluasi pada Kamis, 18 februari 2021 S: Klien mengatakan merasa sedikit lebih rileks dari sebelumnya, klien mengatakan tidak ingin mengamuk, klien mengatakan bersedia mengontrol emosi dengan melakukan pukul kasur dan bantal 2x sehari. O: klien tampak kooperatif, klien mampu dan mengikuti latihan pukul kasur dan bantal yang diajarkan. A: SP2P tercapai RPK(+). P: Latihan melakukan pukul kasur dan bantal 2x sehari pagi dan sore.

Implementasi yang dilakukan pada hari Jumat, 19 februari 2021 pukul 11.00 WIB. Data Subyektif : Klien mengatakan sudah melakukan pukul kasur dan bantal di kamar tanpa disuruh, Klien mengatakan mulai mampu mengontrol perilaku tidak ingin mengamuk, Klien mengatakan tidak ingin merusak barang-barang yang ada disekitarnya, Klien mengatakan bersedia melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara yang baik-baik. Dan klien bersedia minum obat secara teratur .Data Obyektif :Klien tampak tersenyum ketika perawat datang. Diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan. Terapi/tindakan keperawatan: mengevaluasi SP2P dan melakukan SP3P:, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu

mengucapkan secara baik-baik, memasukkan jadwal kegiatan harian mengungkapkan marah secara verbal.. Evaluasi pada jumat 19 Februari 2021. S : klien mengatakan sedikit merasa tenang dan rileks Klien mengatakan ketika merasa diasingkan tidak perlu marah-marah tetapi harus bicara secara baik-baik “kenapa saya diasingkan, kenapa saya diejek”, Klien mengatakan bersedia bicara baik-baik setiap hari, Klien mengatakan akan mengontrol emosinya dengan cara-cara yang telah diajarkan, Klien mengatakan tidak ingin mengamuk dan merusak barang-barang disekitarnya. O : Klien tampak kooperatif, klien mampu mengikuti latihan dengan baik ,Nada bicara klien tidak keras dan ketus, Klien sesekali tersenyum kepada perawat, A : SP1P,SP2P,SP3P Tercapai RPK(+), P : latihan mengontrol emosi secara verbal 2x sehari pagi dan sore

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan yang diberikan Pada Ny. K dengan diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan di desa kedungori Dempet Demak yang dilaksanakan mulai tanggal 17 Februari 2021- 19 Februari 2021, penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari.

Isi pembahasan meliputi asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa, menentukan rencana keperawatan, melakukan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada klien.

A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian yakni dini dari proses asuhan keperawatan, Menurut faktor pencetus (Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015) faktor presipitasi, faktor predisposisi, gaya coping dan kapabilitas coping klien merupakan aspek yang harus dieksplorasi dalam proses pengkajian. Saat mencari data, data tersebut dapat dilengkapi melalui wawancara dan observasi, dan pada saat proses wawancara akan dilakukan observasi terhadap klien, penulis melakukan pengkajian di toko anak klien, karena waktu kontrak klien memilih berada di toko anak klien.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada 17 februari 2021 di Desa Kedungori Dempet Demak di dapatkan data sebagai berikut : Klien bernama Ny. K berumur 48 tahun tinggal di Desa Kedungori Dempet Demak dengan suami dan anaknya yang sudah berkeluarga, di dapatkan keluhan Klien mengatakan mudah emosi, serta mengungkapkan keinginan memukul orang-orang yang mengejeknya atau menganggunya, Klien mengatakan sulit mengontrol emosi, Keluarga klien mengatakan jika klien tidak minum obat klien mudah emosi dan mondar mandir dengan kata ketus serta klien mempunyai riwayat pernah melukai suaminya dengan alat tajam, Nada bicara klien terdengar keras dan cetus. klien pernah di rawat di Rumah Sakit Jiwa.

Selama pengkajian konsentrasi klien mudah beralih, Ny.K pernah melukai suaminya dengan alat tajam, pandangan mata tajam serta nada bicaranya keras dan kadang ketus. Perihal ini cocok dengan teori dalam(SDKI, 2017) ialah efek sikap kekerasan yang berarti berisiko membahayakan secara raga, emosi serta/ ataupun intim pada diri sendiri ataupun orang lain dengan aspek resiko riwayat ataupun ancaman kekerasan terhadap diri sendiri ataupun orang lain.

B. Diagnosa keperawatan

Bersumber pada(Novel Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015) Diagnosa keperawatan yakni evaluasi klinis dari reaksi aktual ataupun potensial dari orang, keluarga, ataupun komunitas terhadap permasalahan kesehatan/ proses kehidupan.

Saat menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menggunakan SDKI, Berdasarkan data yang diperoleh dari klien, data obyektif dan subyektif, penulis menegakkan diagnosa resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama dan prioritas kedua ialah Harga diri rendah, Mengingat hal ini, karena batas waktu yang singkat, penulis hanya melakukan tindakan asuhan keperawatan pada prioritas utama.

Menurut data data yang diperoleh telah sesuai dengan buku pedoman SDKI yang mendukung untuk menegakkan diagnosa resiko perilaku kekerasan : klien mengatakan pernah melukai suaminya dengan alat tajam, klien mengatakan kadang mendengar suara telepon yang menyuruhnya untuk kembali ke RSJ,klien mengatakan susah mengontrol emosi dan ingin mengamuk orang yang menganggunya, klien tampak curiga pandangan mata tajam, nada bicara klien keras dan ketus, sehingga masalah yang muncul ialah Resiko perilaku kekerasan.

Alasan penulis mengangkat diagnosa resiko perilaku kekerasan : Resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama, karena dalam data yang diperoleh saat pengkajian keluhan utama klien, tanda dan gejala yang paling menonjol ialah data yang menunjukkan bahwa klien mengalami resiko perilaku kekerasan.

Oleh karena itu, berdasarkan data tersebut, penulis dapat menyimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, karena ditemukan dua diagnosis dalam teori dan kasus, yang dapat mendukung diagnosis yang terdapat dalam teori tersebut.

C. Intervensi keperawatan

Intervensi ialah serangkaian aksi yang bisa dicapai buat menggapai tiap tujuan tertentu. rasional yakni alibi ilmiah buat berperan. Sebabnya dapat didapat dari literatur, hasil riset serta pengalaman aplikasi. Rencana aksi yang digunakan dalam area kesehatan jiwa sudah disesuaikan dengan standar perawatan jiwa di Indonesia, Aksi keperawatan wajib menarangkan aksi keperawatan independen, dan kerja sama dengan klien, keluarga, kelompok, serta kerja sama dengan regu kesehatan jiwa yang lain. (Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015)

Intervensi untuk klien resiko perilaku kekerasan : Penggunaan implementasi strategis pelaksanaan (Sp) untuk resiko perilaku kekerasan pada Ny. K.

Ada 5 Sp untuk klien resiko perilaku kekerasan yaitu:

- a. SP I : Membangun ikatan kepercayaan, Mencari tau pemicu sikap kekerasan, ciri serta indikasi sikap kekerasan, sikap kekerasan yang dicoba, dan Akibat sikap kekerasan, serta Mengarahkan Metode mengendalikan sikap kekerasan dengan cara fisik I yakni latihan nafas dalam dan menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal latihan
- b. SP2: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal, menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua.
- c. SP 3 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal, yaitu mengucapkan secara baik-baik , menyusun jadwal kegiatan harian.

- d. SP 4 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual, Membantu klien untuk latihan beribadah dan berdoa menurut keyakinan, menyusun jadwal kegiatan latihan beribadah dan berdoa.
- e. SP 5 Klien : mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dan menyusun jadwal minum obat klien secara teratur.

Sp Keluarga

- 1) Bagikan pemecahan terhadap problem yang dialami keluarga dalam menjaga klien
 - 2) Melaksanakan Pembelajaran Kesehatan Pada Keluarga Meliputi; Penafsiran Sikap Kekerasan, Pemicu PK Yang Dialami Oleh Penderita, Ciri Serta Indikasi PK Serta Proses Terbentuknya Sikap Kekerasan.
 - 3) Bagikan Peluang Pada Keluarga Buat Memperagakan
 - 4) Buat Perencanaan Kembali Dengan Keluarga
- Intervensi sesuai dengan strategi pelaksanaan dalam (Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015)

D. Implementasi keperawatan

Implementasi yang diberikan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan, implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari ,mengingat karna keterbatasan waktu yang singkat penulis hanya menerapkan strategi pelaksanaan (Sp) 1-3.

Implementasi hari pertama pada 17 Februari 2021 pukul 13.00 WIB, dengan tindakan Sp 1 : Membangun ikatan kepercayaan, Mencari tau pemicu sikap kekerasan, ciri serta indikasi sikap kekerasan, sikap kekerasan yang dicoba, dan Akibat sikap kekerasan, serta Mengarahkan Metode mengendalikan sikap kekerasan dengan cara fisik 1 ialah latihan napas dalam sesuai teori (Publikasi & Kunci, 2019)relaksasi nafas dalam guna untuk mengontrol emosi tidak berlebihan dan menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Saat penulis menanyakan bagaimana cara

mengendalikan emosi klien menjawab dengan benar, klien tampak mampu mempraktekkan dan mengikuti latihan napas dalam dengan baik dan benar. planning perawat mengevaluasi latihan SP1 dan melakukan SP2

Implementasi hari kedua pada 18 Februari 2021 pada pukul 13.00 WIB, dengan tindakan Sp 2 : Membangun hubungan saling percaya, Mengevaluasi jadwal kegiatan klien Sp 1, menanyakan perasaan klien saat ini, melakukan kontrak, Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal sesuai dengan teori (Publikasi, 2019) Teknik pukul bantal atau kasur ialah cara untuk mentrol emosi yang berguna untuk mengalihkan yang dirasakan klien dengan perumpamaan, sehingga menghindari mencederai diri sendiri maupun orang lain. menyusun jadwal kegiatan latihan pukul kasur dan bantal 2x sehari pagi dan sore. Klien mampu mengikuti dan mempraktekkan pukul kasur dan bantal dengan baik dan benar, planning mengevaluasi jadwal latihan SP2 dan melakukan SP3.

Implementasi ketiga pada 19 februari 2021 pukul 11.00 WIB, dengan tindakan SP 3: Membangun hubungan saling percaya, memperkenalkan diri lagi, Mengevaluasi jadwal kegiatan klien Sp 2, , melakukan kontrol (waktu, tempat dan topik) , Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu mengucapkan secara baik-baik, menyusun jadwal kegiatan harian mengungkapkan marah secara verbal. Respon klien dapat mempraktekkan dengan baik. Rencana tindak lanjut melakukan evaluasi sp3

Saat menerapkan SP1, Sp2 dan Sp 3 klien kooperatif saat dilakukan tindakan. Tetapi di Sp3 klien susah menirukan karena klien susah bertutur kata halus. Penulis tidak melakukan SP4 dan SP5, selain keterbatasan waktu dan saat dikaji klien mengatakan mampu berdoa dan beribadah sesuai keyakinan, serta keluarga klien mengatakan selalu pengawasi klien dalam penggunaan obat, Sehingga penulis tidak melakukan SP4 dan SP5.

Penulis tidak melakukan intervensi terhadap keluarga karena penulis hanya fokus kepada klien, padahal keluarga sebagai sumber dukungan yang

jadi kunci dalam penyembuhan penderita gangguan jiwa, Hal ini sesuai dengan teori (Permatasari, L. (2012)) bahwa keluarga berperan dalam menentukan metode atau asuhan yang dibutuhkan klien di rumah. Jika keberhasilan perawat rumah sakit tidak berlanjut di rumah maka pasien harus mendapat pengobatan lagi (kambuh). Peran keluarga dalam asuhan keperawatan sejak awal akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat pasien di rumah, sehingga mencegah terjadinya kemungkinan kambuh.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yakni sesi akhir dari asuhan keperawatan buat memperhitungkan hasil dari aksi keperawatan terhadap klien. (*Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015*).

Hasil evaluasi tindakan keperawatan selama 3 hari pada Ny. K : Untuk evaluasi pada hari pertama, klien bersedia diajak diskusi secara baik dan bersedia mengikuti intruksi penulis, klien mampu menjawab pertanyaan pertanyaan penulis. Klien dapat kembali berlatih bagaimana mengontrol emosi, yaitu tarik napas dalam. klien bisa melakukannya dengan baik.

Untuk evaluasi kedua, klien masih kooperatif dan mau berdiskusi dengan baik, serta dapat mempraktekkan cara mengontrol emosi dengan cara kasur dan bantal dipukul , klien dapat mengikuti dan mempraktekkan dengan baik. .

Untuk evaluasi ketiga, klien kooperatif memperhatikan dengan baik serta mampu menirukan dengan benar. Karena klien mengatakan bahwa ketika dia di asingkan atau diganggu atau diejek klien akan bertanya secara baik baik “kenapa saya diasingkan? Kenapa saya diejek?” klien menggunakan cara yang diajarkan oleh penulis.

BAB V

EVALUASI

A. Kesimpulan

Menurut data yang di dapatkan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, dapat di simpulkan :

1. Pengkajian

Dari kasus ini di peroleh data bahwa mempunyai riwayat pernah melukai orang dengan alat tajam, klien susah mengontrol emosi, tatapan mata tajam serta nada bicara keras dan ketus

2. Diagnosa

Data yang di peroleh saat pengkajian klien pernah melukai orang dengan alat tajam, susah mengontrol emosi, tatapan mata tajam serta nada bicara keras dan ketus ,sehingga sangat kuat di tegakkan Diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan.

3. Intervensi

Intervensi bertujuan untuk klien mengenali perilaku kekerasan ,Klien dapat menangani perilaku kekerasan Klien menjalani program pengobatan dengan optimal.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan yang di berikan yaitu dengan menerapkan SP yakni SP1 latihan teknik tarik napas dalam ,SP 2latihan memukul kasur dan bantal, SP3 melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. Klien sangat kooperatif

5. Evaluasi

Hasil evaluasi Ny. K, klien dapat diajak diskusi dengan baik dan dapat menjaga hubungan saling percaya antara klien dan penulis serta klien mengikuti cara mengontrol emosi dengan baik.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan, penulis menguraikan beberapa saran, diantaranya :

a. Untuk Mahasiswa

bisa menaikkan pengetahuan menimpa asuhan keperawatan terhadap klien efek sikap kekerasan yang cocok dengan intervensi keperawatan.

b. Untuk institusi pendidikan

Hasil riset ini bisa jadi bahan ajar serta rujukan khususnya Tentang Efek Sikap Kekerasan.

c. Untuk keluarga klien

Luangkanlah waktu guna buat menjaga klien, berikanlah atensi serta sokongan penuh buat memesatkan pemulihan klien..

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit Madhani, A. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- LOVINDA PRISTALIA, L. O. V. I. N. D. A. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Klien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65-74.
<https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/viewFile/478/273>
- Permatasari, L. (2012). Gambaran dukungan sosial yang diberikan keluarga dalam perawatan penderita skizofrenia di instalasi rawat jalan rumah sakit jiwa provinsi Jawa Barat. *Students e-Journal*, 1(1), 31.
- Pujiastuti, S., & NS, M. (2016). Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Citro Anggodo RSDJ Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Semarang.
- Suerni, T., & Livana, P. H. (2019). Respons Klien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 1(1), 41-46.
- Suhantara, Y. F. (2020). *STUDI DOKUMENTASI RISIKO PERILAKU KEKERASAN PADA KLIEN DENGAN SKIZOFRENIA*. Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta.
- Sujarwo, S., & Livana, P. H. (2019). Studi Fenomenologi: Strategi Pelaksanaan Yang Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Klien Di Ruang Rawat Inap Laki Laki. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 29-35.
<http://103.97.100.145/index.php/JKJ/article/viewFile/4421/4065>

SYAH FITROH MUKTI SAPUTRI, S. F. M. S. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN (Doctoral dissertation, UNIVERSITAS KUSUMA HUSADA SURAKARTA).

Tim Dosen Keperawatan Jiwa. (2020-2021) Buku Keperawatan Jiwa :universitas islam sultan agung semarang

Yusuf, A., Fitryasari PK, R., & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa.

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J

NIDN : 06-1408-770

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Deti krismawati

NIM : 40901800019

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K
DENGAN MASALAH RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI DESA KEDUNGORI DEMPET DEMAK

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 17 Februari 2021 sampai dengan 19 Mei 2021 .

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

Semarang, 26 Mei 2021

Pembimbing



(Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J)

NIDN : 06- 1408- 770

Lampiran 2

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2021**

NAMA MAHASISWA : Deti Krismawati
NIM : 40901800019
JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA
NY. K
DENGAN MASALAH RESIKO PERILAKU
KEKERASAN DI DESA KEDUNGORI
DEMPET DEMAK
PEMBIMBING : Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep,
Sp.Kep.J

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Rabu, 17 Februari 2021	Persiapan menjelang pembuatan KTI	Menanyakan kesiapan dan memberikan arahan	
Jum'at, 19 Februari 2021	Menentukan kasus yang akan dijadikan KTI	Menyetujui kasus yang dipilih	
Rabu, 24 Februari 2021	Pengajuan judul KTI dengan kasus pasikosial	Menyarankan untuk mencari pasien dengan masalah gangguan jiwa	
Jum'at, 26 Februari	Menjelaskan askep yang sudah dikelolah dengan masalah gangguan jiwa (RPK)	Penulisan askep sesuai dengan format yang sudah ditentukan, dan menganjurkan untuk mulai berproses KTI nya	
Rabu, 3 Maret 2021	Bimbingan BAB 1	Memperbaiki latar belakang, penambahan intervensi keluarga	

Jum'at, 19 Maret 2021	Bimbingan BAB 2	-Revisi penatalaksanaan medis	<u>Aheppuk</u>
Rabu, 31 Maret 2021	Bimbingan BAB 1 dan BAB 2	Lanjutkan ke BAB selanjutnya	<u>Aheppuk</u>
Jum'at, 9 April 2021	Bimbingan BAB 3	Sesuaikan dengan askep dan resum askep tersebut	<u>Aheppuk</u>
Rabu, 14 April 2021	Bimbingan BAB 4	-Pengkajian tidak mengulang dari BAB 3, tuliskan apa yang belum ada pada BAB 3 dan bahas dipengkajian BAB 4 -Dalam diagnosa membahas diagnosa saja -Dalam implementasi tuliskan juga SP yang tidak dilakukan	<u>Aheppuk</u>
Jum'at, 23 April 2021	Bimbingan BAB 5	Mempersingkat kembali kesimpulan	<u>Aheppuk</u>
Rabu, 19 Mei 2021	ACC KTI	Lanjutkan untuk persiapan sidang dan buat PPT yang menarik	<u>Aheppuk</u>

Lampiran

BERITA ACARA

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. K DENGAN MASALAH RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNGORI DEMPET DEMAK

Nama : Deti Krismawati

Nim : 40901800019

No	Nama penguji	Direvisi pada bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1.	Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep	1. Penulisan diagnosa sesuai SDKI 2. Penambahan hambatan SP3 pada pembahasan implementasi	1. 12 2. 20-21	Ya Ya	- -	
2.	Ns. Betie Febriana, M.Kep	1. Penambahan teori di pembahasan implementasi 2. RTL pada pembahasan implementasi	1. 20-21 2. 20-21 3.	Ya Ya Ya	- - -	
3.	Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J	1. Penulisan sesuai panduan KTI	1. 1-selesai	Ya Ya	- -	

Lampiran

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

II. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny. K
Umur : 48 tahun
Informan : Klien, keluarga
Tanggal pengkajian : 17 Februari 2021
RM No : -

III. KELUHAN

Keluhan utama saat dikaji :

- Klien mengatakan mudah emosi, ingin mengamuk, serta mengungkapkan keinginan memukul orang-orang yang mengejeknya atau menganggunya.
- Klien mengatakan sulit mengontrol emosi
- Klien mengatakan pernah menciderai suaminya dengan alat tajam.
- Nada bicara klien keras dan cetus.

Masalah Keperawatan: Resiko Perilaku Kekerasan

IV. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

Ya

Tidak

Klien mengatakan klien keluar masuk rumah sakit jiwa 7x

2. Pengobatan sebelumnya

berhasil

kurang berhasil

tidak berhasil

Keluarga klien mengatakan kurang berhasil

3.

Lampiran

	Pelaku / Usia	Korban / Usia	Sanksi / Usia
Trauma			
Aniaya Fisik			
Aniaya Seksual			
Penolakan		✓	
Kekerasan dlm Keluarga	✓		
Tindakan Kriminal			

Penjelasan:

Klien Mengatakan adanya penolakan, Klien Ingin Selep Tetapi Tidak Dipenuhi Oleh Suaminya

Klien Mengatakan Pernah Menciderai Kepala Suaminya Dengan Alat Tajam

Masalah keperawatan :Resiko perilaku kekerasan

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

() Ya

(✓) Tidak

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, baik dari anggota keluarga pihak ibu atau pun dari pihak ayah.

Masalah keperawatan : -

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

- Klien mengatakan ada pengalaman tidak menyenangkan yaitu penolakan keinginannya tidak terpenuhi.

- klien merasa malu karna keluar masuk RSJ 7x

Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah

V. FISIK

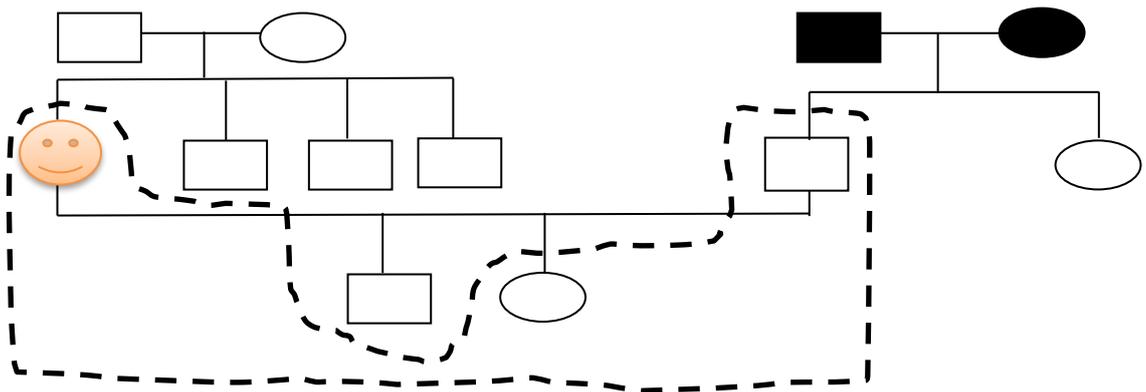
Lampiran

1. Tanda Vital : TD = 110/80mmHg,
N = 110x/menit,
S = 36,3 °C,
P = 20x/menit
2. Ukur : TB = 155 Cm, BB = 50 Kg
3. Keluhan fisik : () Ya (✓) Tidak

Masalah keperawatan : Tidak ditemukan masalah keperawatan

VI. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Keterangan

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Klien
-  : Meninggal
-  : Tinggal satu rumah

Penjelasan : Hasil dari pengkajian yang penulis lakukan pada analisa genogram klien memiliki kedua orang tua, klien anak ke 1 dari 4 bersaudara. Klien memiliki suami dan memiliki 2 anak, saat ini klien tinggal bersama suami dan anak perempuannya.

Masalah Keperawatan: -

Lampiran Konsep diri

- a. Gambaran Diri : Klien mengatakan menyukai semua yang ada dalam anggota tubuhnya
- b. Identitas Diri : klien mengatakan sebagai seorang perempuan
- c. Peran Diri : klien mengatakan bangga menjadi istri, ibu dan nenek dari cucunya.
- d. Ideal Diri : klien ada keinginan untuk sembuh dari sakitnya.
- e. Harga Diri : Klien merasa minder dan malu karena pernah masuk RSJ

Masalah Keperawatan : Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

3. Hubungan Sosial

klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah suami dan anak cucunya. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat dirumah klien tidak mengikuti kegiatan kelompok, klien mengatakan sering bicara ketus dan keras saat diajak ngobrol orang lain yang tidak disukainya.

Masalah Keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

4. Spiritual

Klien percaya ALLAH SWT itu ada dan klien percaya sakit yang di deritanya sekarang adalah ujian dari ALLAH SWT. Dalam ibadah klien insha allah tidak meninggalkannya

Masalah keperawatan : -

VII.STATUS MENTAL

1. Penampilan

() tidak rapi

Lampiran () Penggunaan pakaian tidak sesuai

() Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Penjelasan : Saat dikaji Klien tampak memakai baju yang rapih, klien menggunakan sesuai jenis kelaminnya.

Masalah Keperawatan : -

2. Pembicaraan

(✓) cepat

() membisu

() apatis

() inkoheren

(✓) keras

() tidak mampu memulai pembicaraan

() lambat

() gagap

Klien tampak berbicara cepat dan keras

Masalah Keperawatan : resiko perilaku kekerasan

3. Aktivitas motorik

() Lesu

() TIK

(✓) Tegang

() Grimasen

() Gelisah

() Tremor

() Agitasi

() Kompulsif

Penjelasan : klien tampak tegang dengan pandangan tajam

Masalah Keperawatan: resiko perilaku kekerasan

4. Alam perasaan

() Sedih

() Khawatir

() Ketakutan

() Gembira

(✓) Putus asa

() berlebihan

Klien merasa putus asa karena belum memiliki usaha sendiri, klien mengatakan ingin segera memiliki selep

Masalah Keperawatan: Harga diri rendah

Lampiran Afek

- Datar
- Tumpul
- Labil

Emosi Klien tampak labil, klien tampak mudah mengalihkan pembicaraan, ekspresi kadang berubah-ubah.

Masalah Keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

6. Interaksi selama wawancara

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

Penjelasan : Klien saat diajak ngobrol klien tampak kontak mata tajam, tampak curiga..

Masalah Keperawatan: resiko perilaku kekerasan

7. Persepsi

Halusinasi :

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan : klien mengatakan kadang mendengar bisikan ada yang menelfon menyuruhnya ke rsj

Masalah Keperawatan : gangguan halusinasi : pendengaran

8. Proses pikir

Lampiran () Sirkumtansial

- () Tangensial
- () Kehilangan Asosiasi
- () Flight of ideas
- () Blocking
- () Pengulangan
- (✓) Pembicaraan

Penjelasan : saat dikaji pembicaraan klien sering beralih ke topik lain.

9. Isi pikir

- (✓) Obsesi
- (✓) Fobia
- () Hipokondria
- () Depersonalisasi
- () Ide yang terkait Pikiran magis

Penjelasan : klien tampak terobsesi memiliki selep karena saat dikaji klien hanya membicarakan tentang selep

Klie mengatakan tidak mau dibawa ke RSJ lagi karena takut

Masalah Keperawatan: Gangguan persepsi sensori: Halusinasi

10. Tingkat kesadaran

klien mampu menyebutkan waktu, tanggal hari bulan beserta tahun.

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

11. Memori

Klien masih mampu mengingat memori jangka panjang, ketika ditanya tentang sekolah dan aktivits sehari-hari ketika dirumah. Klien mampu mengingat kejadian yang baru saja dilakukan seperti menu sarapan

Masalah Keperawatan: Tidak ditemukan masalah keperawatan

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Lampiran (✓) Mudah beralih

(✓) Tidak mampu berkonsentrasi

() Tidak mampu berhitung sederhana

Penjelasan : mudah beralih dengan bicara ketus dan kurang berkonsentrasi tetapi mampu berhitung sederhana

Masalah Keperawatan: resiko perilaku kekerasan

13. Kemampuan penilaian

(✓) Gangguan ringan

() Gangguan bermakna

penjelasan : Klien tidak dapat membedakan mana yang benar dan mana yang salah.

Masalah Keperawatan: -

14. Daya titik diri

Penjelasan : Klien mengingkari bahwa dia tidak merasa sakit apa-apa.

Masalah Kperawatan: -

Lampiran

IX. MEKANISME KOPING

Mekanisme koping maladaptif karena klien mengatakan susah mengontrol emosi dan ingin mengamuk orang-orang yang mengganggu atau menjeleknya.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

a. Masalah dukungan kelompok

Klien mengatakan keluarga dan saudaranya mendukung untuk kesembuhannya

b. Masalah hubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan mengalami masalah dengan lingkungan karena sering diejek atau diganggu dan ingin memukul orang-orang yang menjeleknya.

c. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan hanya lulusan SMP

d. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengalami masalah dalam pekerjaannya, klien merasa malu belum memiliki usaha sendiri

e. Masalah dengan kesehatan

Klien mengatakan tidak ada

f. Masalah dengan perumahan

Klien mengatakan tidak ada masalah dirumah

g. Masalah ekonomi

Klien mengatakan hidupnya dan keluarganya berkecukupan.

XI. SUMBER DAYA

Penyakit jiwa : klien mengatakan kurang tahu dari penyebab terjadinya penyakitnya.

Obat-obatan : klien mengatakan kurang tahu manfaat obat yang klien

Lampiran

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah

XII. ASPEK MEDIK

1. Diagnosa medik : Skizofrenia
2. Terapi medik :
 - Chlopromazine HCI 2 x 100 mg

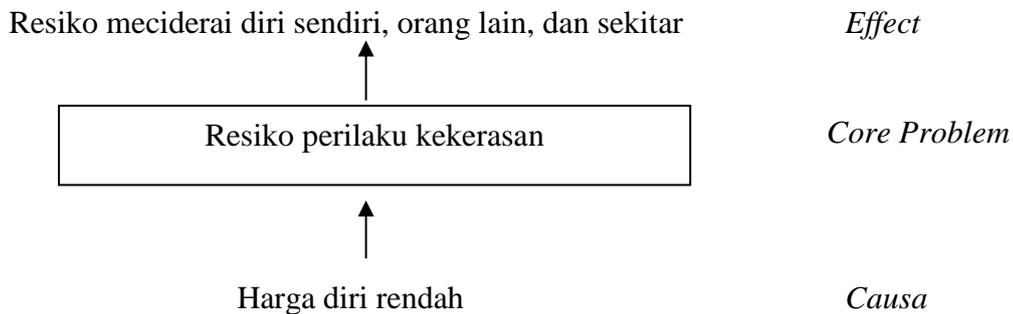
B. ANALISA DATA

Analisa data diagnosa prioritas utama, data subyektif : Klien mengatakan mudah emosi, ingin mengamuk, serta mengungkapkan keinginan memukul orang-orang yang menggangukannya, klien mengatakan pernah menciderai suaminya dengan alat tajam. Data obyektif : Kontak mata tampak tajam, Nada bicara klien terdengar keras, agak kacau emosi klien tampak labil. Sehingga muncul diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan.

Analisa data diagnosa yang kedua, Data subyektif : klien mengatakan pernah menciderai suaminya dengan alat tajam, klien mengatakan ketika emosinya meningkat kadang melempar barang disekitarnya, klien mengatakan ingin marah dan mengamuk orang lain yang menganggu/mengejeknya, Data Obyektif : Kontak mata tajam, Sehingga muncul diagnosa keperawatan Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan sekitar.

Analisa dignosa yang ketiga, Data subyektif : klien mengatakan putus asa, klien mengatakan malu minder dengan gangguan jiwanya, Data Obyektif : Klien tidak mampu membuat keputusan, sehingga muncul diagnosa keperawatan harga diri rendah.

C. ~~Lampiran~~ BOHON MASALAH



D. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

3. Resiko perilaku kekerasan
4. Resiko mecederai diri sendiri, orang lain, dan sekitar
5. Harga diri rendah

E. RENCANA KEPERAWATAN

Intervensi keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan : klien mengenali perilaku kekerasan yang dialaminya, klien dapat mengontrol perilaku kekerasan, klien mengikuti program pengobatan secara optimal.

Dengan kriteria hasil : klien mengatakan merasa lebih tenang, klien mengatakan marah / jengkel menurun, perilaku melukai diri sendiri/orang lain menurun, perilaku merusak lingkungan menurun, perilaku agresif/ ngamuk menurun, suara keras menurun, bicara keras menurun, klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat, klien menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, klien menceritakan keadaannya, klien mampu menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukan ,klien menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya, klien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan(tarik napas dalam, memukul kasur dan bantal, mengendalikan rasa marah secara baik-baik,beribadah dan berdoa,klien minum obat secara teratur.

Dengan menerapkan strategi SP 1-5 :

- Lampiran** **SP1** : Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, mengontrol dengan cara fisik 1 yaitu tarik napas dalam
Membina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, Mengidentifikasi Akibat perilaku kekerasan, Menyebutkan Cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam , menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian.
- g. SP2 : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal, menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua.
 - h. SP 3 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu mengucapkan secara baik-baik , menyusun jadwal kegiatan harian mengungkapkan marah secara verbal.
 - i. SP 4 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual, Membantu klien untuk latihan beribadah dan berdoa menurut keyakinan masing-masing, menyusun jadwal kegiatan latihan beribadah dan berdoa.
 - j. SP 5 Klien : mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dan menyusun jadwal minum obat klien secara teratur.
(Buku Keperawatan Jiwa, 2020-2021)

F. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Implementasi yang dilakukan pada Rabu, 17 Februari 2021 pukul 13.00 WIB, Data subyektif : Klien mengatakan cepat tersinggung dan ingin mengamuk orang-orang yang mengejek atau menganggunya, Klien mengatakan tidak mampu mengontrol emosi, Klien mengatakan sering berkata ketus dan kasar terhadap orang lain sehingga meresahkan orang lain untuk menyapanya. Data Obyektif: Kontak mata klien tampak tajam, nada bicara klien terdengar keras, agak kacau, emosi klien tampak labil. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan, dengan terapi SP 1 membantu klien mengidentifikasi perilaku, kekerasan yang dilakukan, mengontrol dengan cara fisik 1 yaitu tarik napas dalam: Membina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, Mengidentifikasi Akibat perilaku kekerasan, Menyebutkan Cara

Lampiran mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I yaitu latihan nafas dalam , menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Rencana Tindak Lanjut: 18 Desember 2021 planning perawat melakukan SP2: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal. Evaluasi hari Rabu, 17 Februari 2021, S : Klien mengatakan lebih tenang dari sebelumnya, Klien mengatakan bersedia melakukan tarik napas dalam 2x sehari. O : klien tampak mampu menjawab salam, menyebutkan namanya,dan mampu menjawab pertanyaan dari perawat,klien tampak mampu mengikuti tarik napas dalam yang di ajarkan. A: Masalah teratasi sebagian, SP1P Tercapai, RPK (+), P: latihan teknik tarik napas dalam 3x sehari, pagi siang dan sore.(berikan jadwal latihan ke klien)

Implementasi yang dilakukan pada Kamis, 18 februari 2021 pukul 13.00 WIB, Data Subyektif: Klien mengatakan sudah melakukan relaksasi napas dalam 3xsehari secara mandiri,dilakukan setelah makan pagi siang dan sore dan merasa lebih tenang setelah melakukan relaksasi, Klien mengatakan masih susah mengontrol emosi, Klien mengatakan bersedia melakukan latihan mengontrol emosi dengan pukul kasur dan bantal. Data Obyektif: Nada bicaranya kadang keras dan ketus. Diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan. Terapi/tindakan keperawatan: mengevaluasi SP1 dan melakukan SP2: Membina hubungan saling percaya, memperkenalkan diri lagi, menanyakan perasaan klien saat ini, melakukan kontral (waktu, tempat dan topik) ,Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal, menyusun jadwal kegiatan latihan pukul kasur dan bantal 2x sehari pagi dan sore. Rencana Tindak Lanjut: 19 februari 2021 :mengevaluasi SP2P dan melakukan SP3P : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. Evaluasi pada Kamis, 18 februari 2021 S: Klien mengatakan merasa sedikit lebih rileks dari sebelumnya, klien mengatakan tidak ingin mengamuk, klien mengatakan bersedia mengontrol emosi dengan melakukan pukul kasur dan bantal 2x sehari. O: klien tampak kooperatif, klien mampu dan mengikuti latihan pukul

Lampiran kasur dan bantal yang diajarkan. A: SP2P tercapai RPK(+). P: Latihan melakukan pukul kasur dan bantal 2x sehari pagi dan sore.

Implementasi yang dilakukan pada hari Jumat, 19 februari 2021 pukul 11.00 WIB. Data Subyektif : Klien mengatakan sudah melakukan pukul kasur dan bantal di kamar tanpa disuruh, Klien mengatakan mulai mampu mengontrol perilaku tidak ingin mengamuk, Klien mengatakan tidak ingin merusak barang-barang yang ada disekitarnya, Klien mengatakan bersedia melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara yang baik-baik. Data Obyektif :Klien tampak tersenyum ketika perawat datang. Diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan. Terapi/tindakan keperawatan: mengevaluasi SP2P dan melakukan SP3P:, Membina hubungan saling percaya, memperkenalkan diri lagi, menanyakan perasaan klien saat ini, melakukan kontral (waktu, tempat dan topik) , Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu mengucapkan secara baik-baik , menyusun jadwal kegiatan harian mengungkapkan marah secara verbal.. Evaluasi pada juamt 19 Februari 2021. S : klien mengatakan sedikit merasa tenang dan rileks Klien mengatakan ketika merasa diasingkan tidak perlu marah-marah tetapi harus bicara secara baik-baik “kenapa saya diasingkan, kenapa saya diejek”, Klien mengatakan bersedia bicara baik-baik setiap hari, Klien mengatakan akan mengontrol emosinya dengan cara-cara yang telah diajarkan, Klien mengatakan tidak ingin mengamuk dan merusak barang-barang disekitarnya. O : Klien tampak kooperatif, klien mampu mengikuti latihan dengan baik ,Nada bicara klien tidak keras dan ketus, Klien sesekali tersenyum kepada perawat, A : SP1P,SP2P dan SP3P Tercapai RPK(+), P : latihan mengontrol emosi secara verbal 2x sehari pagi dan sore.

Lampiran