

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. M DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNG  
MALANG 04/03 KEC. KEDUNG KAB. JEPARA PROVINSI  
JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh

**Eva Damayanti**

NIM. 40901800029

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

**2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.M DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNG  
MALANG 04/03 KEC. KEDUNG KAB. JEPARA PROVINSI  
JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh

**Eva Damayanti**

NIM. 40901800029

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

**2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa plagiarisme sesuai 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, 14 Juni 2021



(Eva Damayanti)

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.M DENGAN RESIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNG MALANG 04/03 KEC.  
KEDUNG KAB. JEPARA PROVINSI JAWA TENGAH**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Eva Damayanti

Nim : 40901800029

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 Jum'at tanggal 28 Mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 28 Mei 2021

Penguji I

Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep

NIDN. 06-1207-7404



Penguji II

Ns. Betie Febriana, M.Kep

NIDN. 06-2302-8802



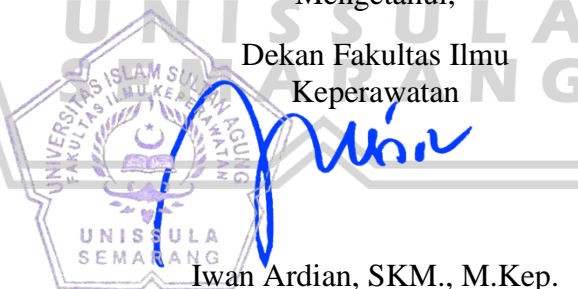
Penguji III

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. 06-2208-7403

## MOTTO

- ❖ Berjalanlah sedini mungkin, jangan sampai nanti berlari diakhir.
- ❖ Jangan sia-siakan kesempatan selagi mampu mengerjakan
- ❖ Belajar dari kesalahan dan kegagalan
- ❖ Jika tidak mampu bermanfaat bagi orang lain, setidaknya jangan menyakitinya



## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya, sehingga penulis telah diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.M Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Desa Kedung Malang 04/03 Kec. Kedung Kab. Jepara Provinsi Jawa Tengah.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih pada :

1. Ir. H. Prabowo Setiyawan, MT., Ph D, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian, SKM.,M.Kep Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep., Sp.Kep.J Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang telah sabar dan selalu meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan dan memberikan ilmu serta nasehat yang bermanfaat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Seluruh Dosen Pengajar dan keluarga pasien kelolaan atas bantuan dan kerjasamanya
6. Kepada kedua orang tua dan saudaraku yang telah memberikan semangat serta do'a, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik
7. Sahabat-sahabatku yang saling mendukung, membantu dan berbagi suka maupun duka sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

8. Teman-teman satu bimbingan dan teman D3 Keperawatan angkatan 2018 yang telah berjuang bersama selama ini untuk menggapai masa depan yang sudah diimpikan





## DAFTAR ISI

<b>SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>MOTTO</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan .....	3
D. Manfaat .....	3
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b> .....	<b>5</b>
A. Konsep Dasar .....	5
1. Pengertian .....	5
2. Rentang respon .....	6
3. Etiologi .....	6
4. Proses terjadinya masalah .....	7
5. Manifestasi klinis .....	8
6. Penatalaksanaan.....	9
B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa.....	11
1. Proses keperawatan .....	11
2. Pohon masalah.....	13
3. Diagnosa keperawatan yang muncul .....	13
4. Rencana tindakan keperawatan .....	14
<b>BAB III RESUME KASUS</b> .....	<b>20</b>
1. Pengkajian .....	20

2. Analisa Data.....	23
3. Rencana Tindakan Keperawatan.....	24
4. Implementasi .....	25
5. Evaluasi .....	27
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>29</b>
A. Pengkajian .....	29
B. Diagnosa.....	30
C. Intervensi.....	32
D. Implementasi .....	35
E. Evaluasi .....	40
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>42</b>
A. Kesimpulan .....	42
B. Saran.....	42
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>44</b>
<b>LAMPIRAN- LAMPIRAN.....</b>	<b>47</b>



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan jiwa atau mental adalah suatu kondisi kesehatan fisik, sosial dan mental lengkap, bukan hanya tanpa penyakit atau kecacatan. Atau bisa dikatakan bahwa individu sehat secara mental bila dalam kondisi fisik, mental dan sosial tidak ada gangguan (penyakit) atau tidak dalam keadaan depresi. Sehingga individu dapat menjalani kehidupan yang efisien, dan mampu memiliki hubungan sosial yang memuaskan (Nurhalimah, 2016). Salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia adalah kesehatan jiwa termasuk di Indonesia. Faktanya, yang terjadi pada satu dari empat orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya, bahkan disuatu tempat di dunia setiap 40 detik ada seorang yang meninggal karena bunuh diri. (Rangkuti et al., 2021)

Peningkatan gangguan jiwa di Era Globalisasi saat ini semakin meningkat karena peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan orang terdekat, tekanan dalam pekerjaan, ekonomi sulit, hubungan sosial yang terhambat, susah mencari pekerjaan, dan diskriminasi dapat meningkatkan resiko gangguan jiwa. Sampai saat ini penderita gangguan jiwa di dunia setiap tahunnya meningkat dan terus menerus bertambah. Gangguan jiwa dibedakan menjadi 2 yaitu gangguan psikososial dan gangguan jiwa berat/ psikosis. Skizofrenia merupakan salah satu contoh gangguan jiwa psikosis. (Malfasari et al., 2020)

Resiko perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana individu pernah atau mengalami riwayat mencederai diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual maupun verbal karena individu tidak mampu mengendalikan atau mengontrol amarah secara

konstruktif. (Kartika et al., 2018). Pada pasien dengan gangguan jiwa skizofrenia terutama dengan masalah perilaku kekerasan gejala yang sering muncul salah satunya adalah tindakan marah. Dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan tindakan yang dilakukan perawat salah satunya dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). (Sujarwo & PH, 2019)

Pada tahun 2019 berdasarkan Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali dan studi pendahuluan yang dilakukan di ruang Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU) Unit Pelayanan Daerah (UPTD), jumlah pasien yang dirawat dari bulan Januari sampai Maret mengalami perubahan. Pada bulan Januari 2019 pasien yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali sejumlah 130 orang, jumlah pasien dengan skizofrenia sebanyak 81 orang, dengan resiko perilaku kekerasan sebanyak 71 orang. Pada bulan Februari 2019 pasien yang dirawat sejumlah 131 orang, sebanyak 84 orang dengan skizofrenia dan 73 orang dengan resiko perilaku kekerasan. Sedangkan pada bulan Maret 2019 sebanyak 212 orang dirawat di ruang IPCU, sebanyak 84 pasien dengan skizofrenia dan sebanyak 75 pasien mengalami perilaku kekerasan. (Jatmika et al., 2020)

Dampak yang ditimbulkan dari perilaku kekerasan yaitu dapat menyakiti atau melukai atau bahkan sampai menimbulkan kematian, sehingga dapat memicu timbulnya stigma dari masyarakat pada klien dengan perilaku kekerasan. Stigma yang berkembang di masyarakat dapat mempengaruhi proses pemulihan klien, integrasi di dalam masyarakat, dan juga dapat mempengaruhi peningkatakan kualitas hidup klien dengan gangguan jiwa. (Setiawan et al., 2015)

Sehingga untuk menurunkan resiko perilaku kekerasan diperlukanlah asuhan keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan, sehingga klien ataupun orang lain aman dari perilaku kekerasan dalam bentuk fisik maupun kata-kata. Oleh karena itu penulis memberikan judul Karya Tulis Ilmiah ini dengan Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.M Dengan

Resiko Perilaku Kekerasan Di Desa Kedung Malang 04/03 Kec. Kedung Kab. Jeparo Provinsi Jawa Tengah

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah mengelolah asuhan keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan ?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Dapat memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan

### **2. Tujuan Khusus**

- a) Mampu melakukan pengkajian terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- b) Mampu menegakkan diagnosa keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- c) Mampu menyusun rencana keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- d) Mampu melaksanakan rencana keperawatan yang sudah direncanakan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- e) Mampu mengevaluasi terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan

## **D. Manfaat**

Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi:

### **a) Bagi klien dan Masyarakat**

Dapat mengetahui bagaimana strategi pelaksanaan dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan

**b) Bagi institusi Pendidikan**

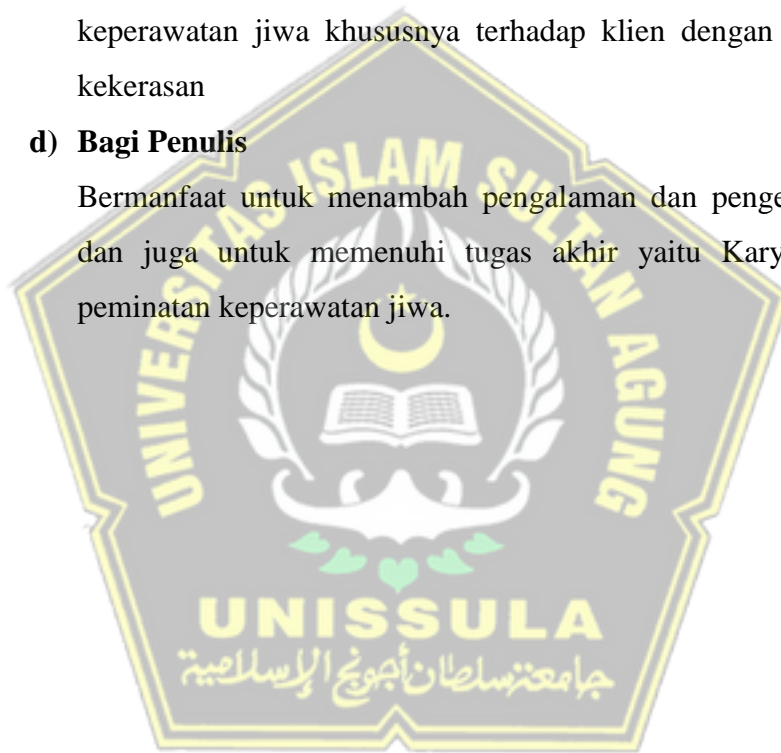
Penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai kajian ilmu bagi mahasiswa dan juga dapat memperluas wawasan atau informasi terkait asuhan keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan

**c) Bagi Lahan Praktek**

Dapat bermanfaat sebagai masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan jiwa khususnya terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan

**d) Bagi Penulis**

Bermanfaat untuk menambah pengalaman dan pengetahuan penulis, dan juga untuk memenuhi tugas akhir yaitu Karya Tulis Ilmiah peminatan keperawatan jiwa.



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar**

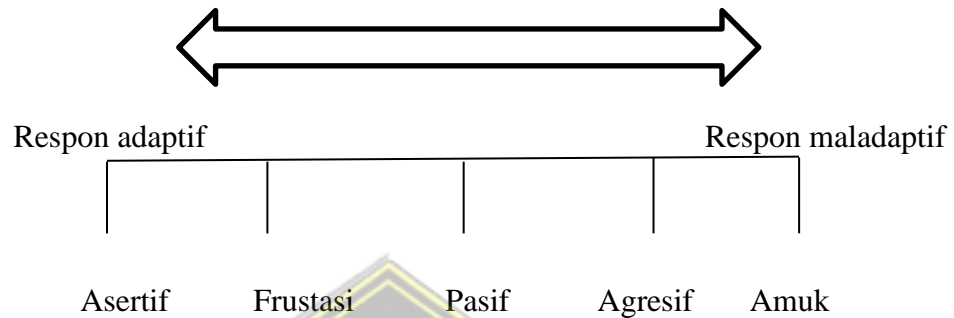
##### **1. Pengertian**

Resiko perilaku kekerasan yakni kondisi dimana individu pernah atau mengalami riwayat mencederai dirinya sendiri, orang lain ataupun lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual maupun lisan karena individu tidak mampu mengendalikan atau mengontrol amarah secara konstruktif (Kartika et al., 2018). Sedangkan menurut Bernstein dan Saladino 2007 dalam (Sujarwo & PH, 2019) Perilaku kekerasan (PK) adalah kondisi dimana individu melangsungkan tindakan agresif atau kekerasan terhadap dirinya sendiri, orang lain ataupun lingkungan baik secara verbal, fisik atau keduanya sehingga menyebabkan kesakitan, penderitaan dan juga bahaya.

Perilaku kekerasan merupakan situasi dimana tindakan seseorang dapat menyebabkan cedera tubuh bagi dirinya sendiri, orang lain maupun lingkungan. Ini juga sering disebut sebagai mudah tersinggung atau marah di bawah tekanan seseorang, marah merupakan respons atas gerak yang tidak terkendali (Arisandy & Juniarti, 2020). Perilaku kekerasan dapat berupa umpatan, ancaman atau serangan verbal, perilaku yang bisa mencederai diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. (Muliani et al., 2019)

## 2. Rentang respon

Gambar 1 Rentang respon



### Keterangan

Asertif : Emosi yang diungkapkan tanda mencederai orang lain

Frustrasi : Gagal dalam mencapai apa yang diinginkan sebab terdapat hambatan atau tidak terwujud

Pasif : Kelanjutan respon yang mana klien tidak mampu mengekspresikan/ mengungkapkan perasaan yang sedang dirasakannya

Agresif : Perilaku merusak atau destruktif yang masih dapat dikontrol

Amuk : Perilaku merusak atau destruktif yang tidak dapat dikontrol.

(Nurhalimah, 2016)

## 3. Etiologi

Salah satu penyebab dari klien melakukan tindakan resiko perilaku kekerasan adalah faktor sosial budaya. Pada umumnya individu akan marah apabila dirinya merasa bahaya baik fisik, psikis maupun terhadap konsep diri. Jika seorang individu dihadapkan dengan penghinaan, kekerasan, kehilangan, terancam, masalah dengan keluarga atau teman baik permasalahan eksternal maupun internal pada umumnya individu mengalami peningkatan emosional. (Kandar & Iswanti, 2019)

Dalam buku SDKI (PPNI, 2017) menyebutkan penyebab perilaku kekerasan sebagai berikut:



- a. Individu tidak mampu mengendalikan emosi atau marah
- b. Stimulus lingkungan
- c. Terdapat konflik interpersonal
- d. Status mental berubah
- e. Penggunaan obat dihentikan atau terputus
- f. Penyalahgunaan zat atau alkohol

#### 4. Proses terjadinya masalah

Proses terjadinya perilaku kekerasan berawal oleh adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi

##### a. Faktor predisposisi

###### 1) Faktor biologis

Faktor genetik merupakan hal yang terdapat dalam faktor biologis yaitu keberadaan anggota keluarga yang selalu menunjukkan perilaku kekerasan bahkan melakukan perilaku kekerasan, keberadaan anggota keluarga yang memiliki gangguan atau penyakit mental, memiliki riwayat penyakit atau cedera kepala, dan riwayat penyalagunaan obat atau NAPZA.

###### 2) Faktor psikologis

Adanya stimulus baik dari eksternal, internal maupun lingkungan dapat menimbulkan respon psikologis berupa marah. Jika keinginan individu untuk mencapai sesuatu mengalami hambatan atau bahkan mengalami kegagalan maka dapat memicu individu tersebut mengalami frustrasi. Pengumpulan frustrasi dapat menyebabkan perilaku kekerasan. Berperilaku merupakan kebutuhan manusia, jika kebutuhan ini tidak dapat dipenuhi melalui perilaku baik

atau membina maka yang terjadi perilaku individu itu merusak.

### 3) **Faktor sosiokultural**

Teori lingkungan sosial menyatakan bahwa sikap individu dalam mengekspresikan amarah dapat dipengaruhi oleh lingkungan. Sikap individu untuk merespon secara tegas atau positif dapat didukung oleh budaya. Sehingga proses sosialisasi dapat menentukan seseorang melakukan perilaku kekerasan (Pembelajaran sosial teori)

#### **b. Faktor presipitasi**

Setiap orang itu tidak sama dan unik, hal itu mungkin pemicu stres seorang individu di dalam dan di luar. Faktor dalam diri individu meliputi hilangnya hubungan antara orang lain, orang yang dicintai atau bermakna (misalnya putus, perceraian, kematian), kekhawatiran penyakit fisik, dll. Pada saat yang sama, faktor diluar individu termasuk serangan fisik, lingkungan yang bising, kritik mengarah pada penghinaan, dan kekerasan. (Nurhalimah, 2016)

### 5. **Manifestasi klinis**

Menurut Muhith 2015 dalam (Malfasari et al., 2020) tanda dan gejala perilaku kekerasan meliputi tidak mampu mengontrol emosi, berteriak, menatap dengan tatapan yang tajam, tampak tegang dan muka merah, mengepalkan tangan, rahang mengatup dengan kuat, mencederai orang lain/ lingkungan, merusak benda-benda sekitar, mengancam seseorang baik secara verbal atau fisik.

Dalam buku SDKI (PPNI, 2017) menyebutkan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut:

#### a. Subjektif

- 1) Mengancam baik secara lisan maupun fisik
- 2) Memaki/ mengumpat dengan kata yang tidak pantas
- 3) Berbicara dengan suara yang keras
- 4) Ketus saat diajak berbicara

b. Objektif

- 1) Mencederai dirinya sendiri maupun orang lain
- 2) Menyerang
- 3) Membanting barang-barang maupun lingkungan
- 4) Berperilaku agresif karena tidak bisa mengontrol emosi
- 5) Menatap dengan tatapan yang tajam
- 6) Mengepalkan tangan
- 7) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 8) Postur tubuh tegang
- 9) Wajah memerah

**6. Penatalaksanaan**

**a. Penatalaksanaan Medis**

Untuk pasien yang menderita gangguan emosi atau kemarahan, seringkali ada beberapa pengobatan. Penatalaksanaan farmakologis menggunakan obat antiansietas dan obat penenang hipnotik, seperti lorazepam dan clonazepam, obat penenang ini sering digunakan untuk menenangkan perlawanan klien. Ada juga golongan antidepresan yang termasuk dalam golongan obat ini, seperti amitriptilin dan triazolone. Obat tersebut menghilangkan *agresivitas* pasien dengan gangguan jiwa. (Muliani et al., 2019)

**b. Penalaksanaan Keperawatan**

Menurut (Nurhalimah, 2016) penatalaksanaan keperawatan untuk pasien resiko perilaku kekerasan sebagai berikut:

- 1) Strategi pelaksanaan pasien

- a) SP 1 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam
- b) SP 2 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal
- c) SP 3 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal
- d) SP 4 Pasien: Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual
- e) SP 5 Pasien : Latih pasien cara mengontrol pasien dengan cara patuh minum obat

2) Strategi pelaksanaan keluarga

- 1) SP 1 Keluarga: Mendiskusikan masalah yang dirasakan klien dan keluarga dan menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan
- 2) SP 2 Keluarga: Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan

**c. Penatalaksanaan Spesialis Jiwa**

1) *Rasional emotive behavior therapi* (REBT)

Merupakan suatu tindakan untuk memecahkan masalah secara rasional terhadap masalah perilaku individu. Menurut Albert Ellis dalam (Siauta et al., 2020) memonitor kecemasan yang tidak rasional lebih diri akan bertahan didalam ingatan manusia daripada dihilangkan. Oleh karena itu untuk menurunkan perilaku agresif maka diperlukan pengajaran terhadap klien untuk merubah pikirannya yang tidak rasional dan memberi penjelasan rasional untuk masalah perilaku klien. REBT mempunyai tujuan untuk menguatkan keyakinan rasional dan menurunkan atau mengurangi keyakinan yang

tidak rasional, untuk anak dan dewasa yang marah dan agresif terapi ini cukup efektif untuk menanganinya.

## 2) Terapi musik

Status emosional dan mood seseorang dapat dipengaruhi oleh musik, saat mendengarkan musik sistem imun dan hormonal mengalami perubahan. Gejala hipertensi, nadi meningkat dan ketegangan otot meningkat merupakan manifestasi klinis dari perilaku kekerasan. Tekanan darah, nadi, dan ketegangan otot akan menurun saat kondisi seseorang relaks. Kenyamanan seseorang akan meningkat jika seseorang sedang dalam kondisi rileks. Sehingga dengan memberikan terapi musik klien dapat merasakan rileks dan ketenangan atau kenyamanan. (Setiawan et al., 2015)

## 3) Terapi token ekonomi

Menurut Nasir dan Muhith 2011 dalam (Sunarsih et al., 2017) *reinforcement* atau *reward* positif yang dapat diimplementasikan pada klien psikiatri yaitu pemberian token ekonomi. Kegiatan pemberian token ekonomi dapat dilakukan dengan cara memberi token seperti uang dengan jumlah tertentu, permen, ataupun makanan bila klien dapat merubah perilakunya. Terapi tersebut bertujuan untuk memotivasi klien supaya dapat meningkatkan perilaku yang diinginkan dan mengurangi perilaku yang tidak diinginkan seperti perilaku kekerasan.

## **B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa**

### **1. Proses keperawatan**

Dalam proses keperawatan hal pertama yang harus dilakukan adalah melakukan pengkajian, pengkajian dapat dilakukan dengan wawancara dan observasi langsung terhadap klien dan keluarga. Dengan wawancara dan observasi dapat ditemukan manifestasi klinis dari perilaku kekerasan. Wawancara dapat berupa pertanyaan berikut:

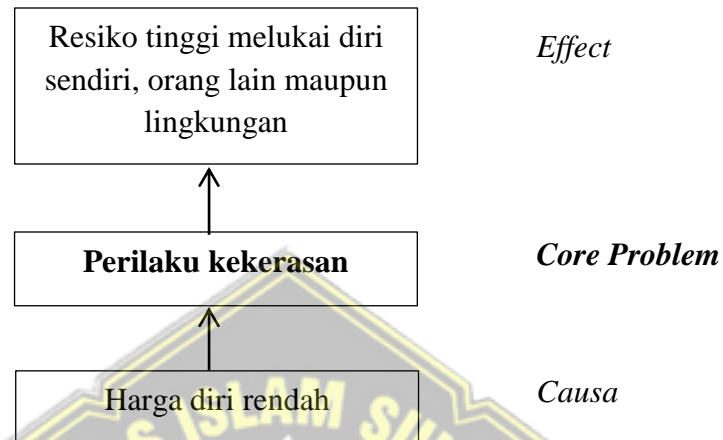
- a. Boleh saya tahu apa penyebab atukah ada kejadian yang membuat anda marah?
- b. Silahkan ceritakan kepada saya ketika anda marah apa yang anda rasakan?
- c. Ketika anda marah bagaimana perasaan anda?
- d. Ketika anda marah kemudian apa yang anda lakukan?
- e. Apa akibat dari cara marah yang anda lakukan?
- f. Apa yang dapat dilakukan untuk menghilangkan atau menghentikan saat anda marah?
- g. Apakah terdapat cara lain untuk dapat mengekspresikan kemarahan anda?

Melalui observasi manifestasi klinis yang dapat ditemukan meliputi:

- a. Tampak tegang dan wajah memerah
- b. Tampak memandang dengan tatapan yang tajam
- c. Rahang tampak mengatup dengan kuat
- d. Tangan mengepal
- e. Berbicara kasar dan ketus
- f. Berjalan bolak-balik atau Mondar mandir
- g. Berteriak atau menjerit
- h. Mencederai orang lain, lingkungan atau benda. (Nurhalimah, 2016)

## 2. Pohon masalah

Gambar 2 Pohon masalah



Sumber: (Nurhalimah, 2016)

## 3. Diagnosa keperawatan yang muncul

### a. Perilaku kekerasan

#### Data Subjektif

- 1) Mengancam orang lain baik secara lisan maupun fisik
- 2) Mengumpat dengan kata yang tidak pantas
- 3) Berbicara dengan suara yang keras
- 4) Ketus saat diajak berbicara

#### Data Objektif

- 1) Mencederai dirinya sendiri maupun orang lain
- 2) Menyerang
- 3) Membanting barang-barang maupun merusak lingkungan
- 4) Berperilaku agresif karena tidak bisa mengontrol emosi
- 5) Menatap dengan tatapan yang tajam
- 6) Mengepalkan tangan
- 7) Mengatupkan rahang dengan kuat

- 8) Postur tubuh tegang
- 9) Wajah memerah. (PPNI, 2017)

**b. Harga diri rendah**

**Data Subjektif**

- 1) Penilaian negatif terhadap dirinya sendiri
- 2) Mengungkapkan perasaan bersalah atau malu
- 3) Mengatakan tidak dapat melakukan apapun
- 4) Mengatakan tidak dapat mengatasi masalah
- 5) Mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki kelebihan atau hal positif
- 6) Menolak penilaian positif yang dikatakan orang lain tentang dirinya
- 7) Melebih-lebihkan penilaian negatif terhadap dirinya
- 8) Mengatakan bahwa merasakan keputusasaan
- 9) Mengatakan kesulitan tidur
- 10) Mengatakan kesulitan konsentrasi

**Data Objektif**

- 1) Tampak menolak untuk mencoba hal baru
- 2) Tampak menunduk
- 3) Postur tubuh menunduk
- 4) Saat berinteraksi kontak mata kurang
- 5) Tampak tidak mersemangat atau lesu
- 6) Berperilaku pasif
- 7) Tampak mencari menguat secara berlebihan
- 8) Tidak dapat berpendapat dan bergantung pada pendapat orang lain
- 9) Berperilaku tidak asertif. (PPNI, 2017)

**4. Rencana tindakan keperawatan**



## **Diagnosa 1 Perilaku kekerasan**

### **Tujuan**

- a. Klien bisa mengetahui terhadap perilaku kekerasan yang dialaminya
- b. Klien bisa mengendalikan perilaku kekerasan yang dialaminya
- c. Klien mengikuti program pengobatan secara optimal
- d. Keluarga klien mampu merawat klien saat dirumah dan menjadi pendukung secara efektif bagi klien

### **Strategi pelaksanaan**

- a. Strategi pelaksanaan pasien
  - 1) SP 1 Pasien: Latihan cara mengendalikan emosi dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam:
    - a) Identifikasi penyebab, manifestasi klinis, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan
    - b) Bantu klien mempraktekkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam dengan baik dan benar
    - c) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien
  - 2) SP 2 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal:
    - a) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
    - b) Latihan mengendalikan emosi atau marah dengan cara memukul bantal dan bantu klien mempraktekan cara tersebut dengan baik dan benar
    - c) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien

- 3) SP 3 Pasien: Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal:
  - a) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
  - b) Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal dan membantu klien untuk mempraktekkan cara tersebut dengan baik dan benar
  - c) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien
- 4) SP 4 Pasien: Latih cara mengendalikan emosi atau marah dengan cara spiritual:
  - a) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
  - b) Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan spiritual dan bantu klien mempraktekkan cara tersebut dengan baik dan benar
  - c) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien
- 5) SP 5 Pasien : Latih pasien cara mengontrol pasien dengan cara patuh minum obat:
  - a) Evaluasi jadwal kegiatan harian klien yang telah diberikan dihari sebelumnya
  - b) Jelaskan mengendalikan emosi atau perilaku kekerasan dengan cara minum obat
  - c) Anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut dalam jadwal kegiatan harian klien

b. Strategi pelaksanaan keluarga

- 1) SP 1 Keluarga: Mendiskusikan masalah yang dirasakan klien dan keluarga dan menjelaskan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan:
  - a) Diskusikan apa yang menjadi masalah keluarga klien selama merawat klien
  - b) Jelaskan pada keluarga klien mengenai apa itu perilaku kekerasan, penyebab, manifestasi klinis dan bagaimana proses terjadinya perilaku kekerasan
  - c) Jelaskan bagaimana cara merawat klien dengan perilaku kekerasan saat dirumah
- 2) SP 2 Keluarga: Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan:
  - a) Latih keluarga klien cara merawat klien dengan perilaku kekerasan
  - b) Bantu keluarga klien mempraktekkan cara merawat klien secara langsung dengan baik dan benar

### **Diagnosa 2 Harga diri rendah**

#### **Tujuan**

- a. Klien mampu menentukan kemampuan fisik yang dimiliki
- b. Klien mampu menilai terhadap kemampuan klien yang dapat digunakan
- c. Klien mampu menetapkan kegiatan sesuai kemampuan
- d. Klien mampu melatih kegiatan yang sudah dipilih sesuai kemampuan dengan baik dan benar
- e. Klien mampu mendokumentasikan kegiatan yang sudah dilakukan dengan menyusun jadwal harian klien
- f. Keluarga klien mampu merawat klien dengan harga diri rendah saat dirumah dan menjadi pendukung yang efektif bagi klien

#### **Strategi Pelaksanaan**

### SP Pasien

- a. SP 1 : Identifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki klien dan latihan kemampuan positif yang sudah dipilih klien
  - 1) Mengidentifikasi potensi positif yang dimiliki klien misalnya kemampuan yang dilakukan saat di rumah, di rumah sakit, dalam keluarga dan lingkungan sekitar klien
  - 2) Bantu klien dalam menilai kemampuan positif yang dapat dilakukan
  - 3) Bantu klien untuk menetapkan kemampuan positif yang akan dilatih
  - 4) Latih klien melakukan kemampuan positif yang telah dipilih klien dengan baik dan benar
  - 5) Berikan pujian secara nyata terhadap setiap potensi yang mampu dilakukan klien
  - 6) Anjurkan klien untuk mendokumentasikan atau menuliskan kegiatan yang telah dilakukan pada jadwal kegiatan harian klien
- b. SP 2: Melatih kemampuan positif kedua yang sudah ditentukan klien dengan baik dan benar
  - 1) Mengevaluasi jadwal harian klien
  - 2) Melatih kemampuan kedua klien dengan baik dan benar
  - 3) Mengajukan klien untuk mendokumentasikan atau mencatat kegiatan yang sudah dilakukan ke dalam jadwal kegiatan harian klien

### SP Keluarga

- a. SP 1 Keluarga: Diskusikan dengan keluarga klien tentang keadaan klien

- 1) Diskusikan kepada keluarga klien tentang masalah atau hambatan dalam merawat klien dengan harga diri rendah
  - 2) Jelaskan kepada keluarga klien tentang harga diri rendah yang dialami klien
  - 3) Jelaskan kepada keluarga klien cara merawat klien dengan harga diri rendah
- b. SP 2 Keluarga: Melatih keluarga cara merawat anggota keluarga cara merawat klien dengan harga diri rendah
- c. SP 3 Keluarga: Bantu keluarga klien menyusun jadwal harian klien saat dirumah. (Nurhalimah, 2016)



## **BAB III**

### **RESUME KASUS**

#### **Hasil Studi Kasus**

Berdasarkan wawancara dan observasi saat pengkajian yang dilakukan penulis pada 17 Februari 2021 pukul 11.00 WIB di Desa Kedung Malang 07/03 Kecamatan Kedung Kabupaten Jepara di dapatkan hasil pengkajian klien bernama Ny.M berusia 32 tahun jenis kelamin perempuan. Klien beragama islam dan bertempat tinggal di Desa Kedung Malang Kabupaten Jepara. Pendidikan terakhir SLTA. Klien mengatakan bahwa tidak dapat mengontrol marahnya jika diganggu ketenangannya. Keluarga klien mengatakan bahwa klien jika telat minum obat sering marah- marah, merusak barang- barang dirumah, mencederai tetangganya yang lewat depan rumah klien. Sebelumnya klien pernah mengalami riwayat aniaya fisik oleh majikannya saat klien bekerja sebagai TKW pada umur 28 tahun.

#### **1. Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada 17 Februari 2021 pukul 11.00 WIB di Desa Kedung Malang Kecamatan Kedung Kabupaten Jepara. Klien bernama Ny.M yang berusia 32 tahun, jenis kelamin perempuan. Klien beragama islam dan bertempat tinggal di Jepara. Klien merupakan seorang pengangguran karena kondisinya saat ini dan belum menikah. Pendidikan terakhir klien SLTA. Klien mengatakan bahwa tidak dapat mengontrol marah jika diganggu ketenangannya. Keluarga klien mengatakan bahwa klien jika telat minum obat sering marah- marah, merusak barang- barang dirumah, mencederai tetangganya yang lewat depan rumah klien. Sebelumnya klien pernah mengalami riwayat aniaya

fisik oleh majikannya saat klien bekerja sebagai TKW pada umur 28 tahun

a. Keluhan

Keluarga klien mengatakan bahwa klien jika telat minum obat sering marah- marah, merusak barang- barang dirumah, mencederai tetangganya yang lewat depan rumah klien.

b. Faktor predisposisi

Keluarga Ny.M mengatakan bahwa Ny.M sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit jiwa, dan pengobatan sebelumnya menurut keluarga kurang berhasil. Keluarga Ny.M juga mengatakan bahwa Ny.M pernah mengalami riwayat aniaya fisik oleh majikannya saat Ny. M bekerja menjadi TKW saat berumur 28 tahun.

c. Fisik

Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada Ny.M didapatkan TD : 120/100 mmHg, N : 98 X/ menit, Suhu : 37°C, RR : 20X/ menit. Dan klien mengatakan memiliki keluhan fisik yaitu merasa pusing.

d. Genogram

Dari hasil pengkajian yang penulis lakukan pada analisa genogram didapatkan data bahwa Ny.M mengatakan orang tua dari ayah dan ibu klien sudah meninggal semua. Ayah Ny.M merupakan anak pertama dari 2 bersaudara dan ibu Ny.M merupakan anak ke satu dari 3 bersaudara. Ny.M adalah anak ke tiga dari 3 bersaudara. Ayah dari Ny.M sudah meninggal. Ny.M mengatakan selama tinggal bersama ibu dan kakak perempuannya. Saat dilakukan pengkajian klien tampak kurang berkonsentrasi dan mudah beralih saat ada orang lewat. Klien beragama islam, keluarga klien mengatakan bahwa klien setiap hari shalat 5 waktu.

e. Konsep diri

Ny.M mengatakan bahwa dapat mengenal dirinya sendiri, klien mengetahui apa yang klien suka dan yang klien tidak suka. Ny.M dapat memperkenalkan dirinya seperti nama, umur, alamat dan apa yang disukai dan tidak disukai. Ny.M berharap ingin segera sembuh dan dapat bekerja karena tidak ingin membebani keluarganya.

f. Hubungan Sosial

Keluarga klien mengatakan bahwa orang terdekat klien adalah kakak perempuannya karena biasanya yang merawat klien adalah kakak perempuannya dan jika ibunya yang merawat klien menolak. Keluarga klien juga mengatakan bahwa klien saat dirumah tidak pernah mengikuti kegiatan masyarakat yang dilakukan di lingkup rumahnya. Keluarga klien mengatakan bahwa saat klien berbicara dengan orang suaranya keras dan ketus.

g. Status mental

Ny.M mengatakan mampu berdandan sendiri. Ny.M tampak tegang, kurang rapi, gigi agak kuning, tubuhnya tidak berbau, cara berpakaian klien tampak sudah sesuai dengan jenis kelamin. Saat diajak interaksi untuk wawancara klien menjawab dengan suara yang keras, ketus dan cepat, namun pernah juga tidak menjawab saat wawancara dan klien juga tampak curiga akan kedatangan orang lain. Klien tampak kurang bisa berkonsentrasi dan mudah beralih. Klien tampak menunduk dan saat melihat klien menatap dengan tatapan yang tajam. Ny.M juga mempunyai kendala dalam mengingat jangka panjang.

h. Kebutuhan pulang

Ny. M mengatakan mampu berdandan dan mandi sendiri. Keluarga Ny.M mengatakan bahwa saat dirumah klien mampu makan, minum, mandi, BAB dan BAK, bedandan dan menjaga



kebersihan diri secara mandiri. Namun jika minum obat klien harus dibantu karena klien cukup susah saat minum obat. Ny.M mengatakan bahwa ia dapat beristirahat dengan baik kurang lebih 5-6 jam sehari.

i. Mekanisme koping

Keluarga Ny.M mengatakan bahwa Ny.M dapat berbicara dengan orang lain saat suasana hatinya baik atau stabil. Namun saat suasana hatinya buruk klien berbicara ketus bahkan marah-marah sendiri bahkan merusak barang-barang dirumah.

## 2. Analisa Data

Dari hasil wawancara dan observasi yang telah dilakukan penulis pada 17 Februari 2021 pukul 11.00 WIB dapat ditemukan masalah keperawatan yaitu:

a. Resiko perilaku kekerasan

Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subjektif klien yaitu klien mengungkapkan bahwa emosi jika ketenangannya diganggu, klien mengatakan sulit mengontrol emosinya. Data subjektif juga ditemukan pada keluarga klien yaitu keluarga klien mengatakan bahwa saat klien telat minum obat klien marah-marah, merusak barang-barang dan mencederai orang lain atau tetangga yang lewat depan rumah klien. Dan keluarga klien juga mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat aniaya fisik oleh majikannya saat klien bekerja menjadi TKW saat berumur 28 tahun. Dan data objektif yang ditemukan adalah klien tampak gelisah, selalu waspada pada keadaan sekitar, berbicara dengan suara keras dan ketus, dan saat melihat seseorang dengan tatapan yang tajam.

b. Harga diri rendah

Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subjektif klien yaitu klien mengatakan malu karena tidak bekerja dan masih merepotkan keluarga. Dan data objektif klien tampak menunduk namun saat melihat seseorang klien menatap dengan tatapan yang tajam, klien saat ditanya terkadang menjawab terkadang membisu.

Dari data diatas penulis mendapatkan data untuk diagnosa utama yaitu **Resiko perilaku kekerasan.**

### 3. Rencana Tindakan Keperawatan

Masalah yang muncul pada tanggal 17 Februari 2021 tersebut, selanjutnya di susun rencana tindakan keperawatan yang digunakan sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan pada Ny.M

**Resiko perilaku kekerasan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Klien mengenali perilaku kekerasan yang dialaminya, klien dapat mengontrol perilaku kekerasan, klien dapat mengikuti program pengobatan secara optimal, keluarga klien mampu merawat klien saat dirumah dan menjadi pendukung yang efektif untuk klien.

Intervensi pertama yang dilakukan adalah SP 1 pasien latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 yaitu latihan tarik nafas dalam, rasionalnya tarik nafas dalam merupakan tindakan untuk memberikan rasa nyaman sehingga klien merasa rileks dan saat klien rileks maka keinginan untuk marah dapat terkontrol, dan saat rileks juga tekan darah dapat stabil, nadi stabil dan ketegangan otot dapat menurun. Yang kedua yaitu SP 2 pasien latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 2 yaitu memukul bantal,

rasionalnya klien dapat mengungkapkan perasaan marah tanpa merugikan dirinya sendiri maupun orang lain. Yang ketiga yaitu SP 3 pasien latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal, rasionalnya klien mampu mengungkapkan semua perasaan marah atau perasaan yang mengganggu klien secara verbal atau mengatakan secara langsung tanpa menyakiti atau merugikan siapapun. Yang keempat yaitu SP 4 pasien latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual yaitu dengan cara bersholawat atau murothal, rasionalnya dengan bersholawat atau murothal klien dapat tenang dalam hatinya sehingga keinginan marah dapat terkontrol karena klien ingat dengan Allah SWT. Yang kelima yaitu SP 5 pasien mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara meminum obat, rasionalnya peran obat sangatlah penting untuk mengontrol perubahan-perubahan kimia dalam otak sehingga untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan diperlukan kepatuhan dalam minum obat yang sudah diresepkan dokter. Yang keenam SP 1 keluarga diskusi masalah yang dialami keluarga klien saat merawat klien dan jelaskan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan, rasionalnya meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dan mampu menjadi pendukung yang efektif bagi klien. Yang ketujuh SP 2 keluarga, praktekkan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan, bantu keluarga mempraktekkan langsung kepada klien dengan resiko perilaku kekerasan, rasionalnya keluarga klien dapat merawat dengan baik dan benar dan menjadi pendukung yang efektif bagi klien dengan resiko perilaku kekerasan.

#### **4. Implementasi**

Pelaksanaan atau implementasi telah di susun berdasarkan masalah klien, sebagai tindak lanjut dari proses asuhan keperawatan maka

dilakukan implementasi pada Ny.M untuk mengatasi masalah klien resiko perilaku kekerasan :

### **Resiko perilaku kekerasan**

Yaitu pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 13.00 WIB melakukan SP 1 pasien dan juga terapi spesialis jiwa berupa terapi token ekonomi, kemudian SP 1 keluarga. SP 1 pasien yang dilakukan yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab, tanda gejala, akibat dari resiko perilaku kekerasan dan mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan yang dilakukan kemudian melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam. Respon klien yaitu klien cukup kooperatif saat latihan tarik nafas dalam, masih tampak tegang dan kurang berkonsentrasi. Selanjutnya SP 1 keluarga yang dilakukan adalah menjelaskan masalah yang dialami klien, mendiskusikan masalah yang dialami keluarga saat merawat klien dan menjelaskan cara merawat klien. Respon keluarga yaitu baik dan cukup kooperatif . Selanjutnya pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 08.00 WIB melakukan SP 2 pasien dan terapi spesialis jiwa berupa *Rasional emotive behavior therapi* (REBT). SP 2 pasien yaitu dengan mengevaluasi jadwal harian klien, melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dan menganjurkan klien mencatat tindakan yang dilakukan dalam jadwal harian klien dengan respon klien yaitu cukup kooperatif, klien mampu mengikuti penjelasan dan bersedia mencatat tindakan yang sudah dilakukan dalam jadwal harian klien, klien berbicara dengan suara ketus. Selanjutnya pada tanggal 19 Februari 2021 pukul 08.00 WIB melakukan SP 3 pasien dan terapi spesialis jiwa terapi musik. SP 3 pasien yaitu melakukan mengevaluasi jadwal harian klien, melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal dan menganjurkan klien mencatat tindakan yang sudah dilakukan dalam jadwal harian klien dengan respon

klien yaitu klien cukup kooperatif meskipun klien masih berbicara dengan suara yang ketus.

## 5. Evaluasi

Evaluasi yakni tindakan pengukuran respon klien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang sudah diterima atau dilakukan untuk kemajuan klien. Evaluasi merupakan tahap akhir dari keseluruhan proses asuhan keperawatan. Dengan evaluasi penulis dapat mengetahui apakah tindakan keperawatan yang dilakukan efektif atau tidak.

### **Resiko perilaku kekerasan**

Dilakukan evaluasi pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 14.40 WIB dan didapatkan evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan cukup terbantu dengan tehnik tarik nafas dalam klien merasa sedikit rileks, keluarga klien mengatakan sudah mengetahui apa yang sudah dijelaskan tentang resiko perilaku kekerasan meliputi penyebab, tanda gejala dan akibat, dan mengatakan sudah faham bagaimana merawat klien. Dan didapatkan evaluasi objektif klien tampak mempraktekkan tehnik tarik nafas dalam dengan baik dan benar, klien tampak tegang, klien tampak berbicara dengan suara keras dan ketus, keluarga klien tampak kooperatif dan tampak faham tentang resiko perilaku kekerasan. Penulis memberikan planning kepada klien untuk latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam sehari 3 kali pukul 08.00, 13.00 dan 17.00 WIB dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada tanggal 18 Februari 2021 yaitu SP 2 pasien latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 atau memukul bantal.

Selanjutnya evaluasi pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 09.00 WIB didapatkan evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan sudah faham cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu

memukul bantal, klien mengatakan sedikit lega, klien mengatakan bersedia mencatat tindakan yang sudah dilakukan dalam jadwal harian klien. Dan didapatkan evaluasi objektif klien tampak tegang, berbicara dengan suara ketus, klien menatap dengan tatapan yang tajam, klien saat melakukan cara fisik 2 sudah benar dan baik. Penulis memberikan planning kepada klien untuk latihan memukul bantal sehari 2 kali yaitu pukul 09.00 dan 17.00 WIB kemudian penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada tanggal 19 Februari 2021 yaitu SP 3 pasien latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal.

Selanjutnya evaluasi pada tanggal 19 Februari 2021 pukul 09.00 WIB didapatkan evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan sudah faham cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal, klien mengatakan sedikit lega atau rileks, klien mengatakan bersedia mengisi jadwal harian klien. Dan evaluasi objektif klien tampak masih berbicara dengan suara keras dan ketus, tampak tegang, dan klien tampak sedang tidak baik mood atau suasana hatinya. Penulis memberikan planning kepada klien untuk latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal sehari 2 kali yaitu pada pagi dan sore hari, dan juga merencanakan tindakan untuk klien adalah melakukan SP 1, SP 2, dan SP 3 secara mandiri dirumah dan mencatat tindakan yang sudah dilakukan ke dalam jadwal harian klien.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Penulis dalam bab ini membahas tentang bagaimana asuhan keperawatan terhadap Ny.M dengan kasus resiko perilaku kekerasan di Desa Kedung Malang 07/03 Kecamatan Kedung Kabupaten Jepara. Penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.M selama 3 hari kelolaan secara sistematis. Melakukan asuhan keperawatan yang sistematis pada klien yaitu dengan melakukan pengkajian dengan cara wawancara dan observasi, menentukan masalah atau diagnosa keperawatan, menentukan rencana keperawatan yang akan dilakukan, melakukan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, dan kemudian mengevaluasi perkembangan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan terhadap klien.

#### **A. Pengkajian**

Proses terjadinya perilaku kekerasan timbul akibat adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi, sehingga dalam melakukan pengkajian faktor tersebut harus dikaji lebih dalam lagi melalui wawancara dan juga observasi. Penulis melakukan pengkajian yaitu pengumpulan data melalui wawancara dan observasi dengan latar tempat di rumah klien, karena saat melakukan kontrak tempat klien dan keluarga klien memilih melakukan wawancara dan observasi didalam rumah klien sendiri yang bertepatan diruang tamu.

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan penulis di Desa Kedung Malang 07/03 Kecamatan Kedung Kabupaten Jepara pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 11.00 WIB didapatkan data klien sebagai berikut: klien bernama Ny.M berumur 32 tahun, faktor predisposisi yang mempengaruhi klien mengalami masalah resiko perilaku kekerasan adalah klien memiliki anggota keluarga yaitu nenek klien dulu pernah memiliki gangguan jiwa dan hanya

dirawat dirumah atau dikurung dikamarnya. Faktor predisposisi selanjutnya adalah putus obat, pernyataan tersebut dikatakan oleh keluarga klien bahwa klien memiliki riwayat dirawat dirumah sakit jiwa sehingga sampai sekarang jika klien telat minum obat atau tidak minum obat atau bahkan putus obat klien suka marah-marah, membanting barang-barang dirumah bahkan mencederai tetangga yang lewat depan rumahnya. Sedangkan faktor presipitasi yang mempengaruhi masalah resiko perilaku kekerasan klien adalah klien memiliki riwayat aniaya fisik yang dilakukan oleh majikannya saat klien bekerja menjadi seorang TKW. Klien mengatakan bahwa klien tidak bisa mengontrol emosinya dan suka emosi jika ketenangannya diganggu. Selama penulis mengkaji klien tampak terkadang menunduk dan terkadang menatap dengan tatapan yang tajam dan penuh curigan, klien sulit berkonsentrasi dan mudah beralih saat ada orang lewat, klien tampak tegang dan saat berinteraksi bicara dengan suara keras dan ketus.

Faktor tersebut sesuai dengan teori menurut (Nurhalimah, 2016) yang sudah dijelaskan dalam tinjauan teori bahwa proses terjadinya perilaku kekerasan timbul akibat faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Yang termasuk faktor predisposisi yaitu faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural. Sedangkan faktor presipitasi meliputi faktor internal dan eksternal. Oleh karena itu, penulis dapat menyimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus yang dikelolah penulis.

## **B. Diagnosa**

Dalam buku SDKI (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan merupakan suatu tahap dalam asuhan keperawatan berupa penilaian klinis mengenai respon klien terhadap *problem* kesehatan baik aktual maupun potensial. Penilaian tersebut bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu maupun keluarga terhadap keadaan yang berhubungan dengan kesehatan. Saat



merumuskan masalah keperawatan jiwa penulis mengacu terhadap pohon masalah yang muncul pada klien.

Saat menegakkan diagnosa keperawatan penulis menjadikan buku SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) sebagai referensi. Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan pada klien dengan wawancara dan observasi didapatkan data subjektif dan data objektif, sehingga dari data tersebut penulis menegakkan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama dan harga diri rendah sebagai diagnosa keperawatan kedua. Karena batas waktu yang singkat penulis hanya mengambil satu diagnosa prioritas utama yaitu resiko perilaku kekerasan untuk mengelolah asuhan keperawatan terhadap klien.

Data subjektif dan objektif yang sudah didapatkan penulis berupa keluarga klien mengatakan bahwa jika klien telat minum obat atau putus obat klien menjadi suka marah-marah, membanting barang-barang dirumah bahkan mencederai tetangga yang lewat depan rumahnya. Klien mengatakan bahwa klien tidak bisa mengontrol emosinya dan suka emosi jika ketenangannya diganggu. Data objektif yang didapatkan klien tampak terkadang menunduk dan terkadang menatap dengan tatapan yang tajam dan penuh curigan, klien sulit berkonsentrasi dan mudah beralih saat ada orang lewat, klien tampak tegang dan saat berinteraksi bicara dengan suara keras dan ketus.

Alasan mengapa penulis menegakkan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan sebagai diagnosa prioritas adalah semua data yang sudah didapatkan termasuk keluhan utama dan tanda gejala yang paling tampak atau menonjol adalah data yang menunjukkan bahwa klien mengalami masalah resiko perilaku kekerasan. Sesuai dengan teori yang terdapat dalam SDKI (PPNI, 2017) menyebutkan manifestasi klinis dari perilaku kekerasan dengan data subjektif berupa mengancam secara lisan maupun fisik, mengumpat

dengan kata yang tidak pantas, nada suara keras dan ketus, kemudian data objektif berupa melukai dirinya sendiri maupun orang lain, menyerang, membanting barang-barang maupun lingkungan, tidak dapat mengontrol emosi, tatapan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, tegang dan wajah memerah. Oleh karena itu, penulis dapat menyimpulkan bahwa antara teori dengan kasus tidak ditemukan kesenjangan.

### C. Intervensi

Dalam buku SIKI (PPNI, 2018) intervensi keperawatan merupakan semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan yang mengacu pada pengetahuan dan penilaian klinis. Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan berupa terapi modalitas keperawatan, konseling, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan ADL, kolaborasi terapi somatis dan psikofaraka (Arisandy & Juniarti, 2020). Dalam mengurangi resiko perilaku kekerasan pada Ny.M tindakan yang dilakukan adalah dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP).

Tujuan yang diharapkan oleh penulis pada Ny.M adalah klien mampu mengenali resiko perilaku kekerasan yang dialami, dapat mengontrol atau mengurangi resiko perilaku kekerasan, mampu mengikuti program pengobatan secara optimal, dan harapan penulis untuk keluarga klien adalah keluarga klien mampu merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan dan mampu menjadi pendukung yang efektif bagi klien. Strategi pelaksanaan untuk masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan 5 SP pasien dan 2 SP keluarga:

- 1) SP 1 : bina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab, manifestasi klinis, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengontrol perilaku kekerasan, bantu klien mempraktekkan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas

dalam dengan baik dan benar, anjurkan klien mendokumentasi kegiatan tersebut kedalam jadwal kegiatan harian klien.

- 2) SP 2 : evaluasi jadwal harian klien yaitu evaluasi jadwal harian tindakan tarik nafas dalam, latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 memukul bantal dan anjurkan klien untuk membuat jadwal harian klien.
- 3) SP 3 : evaluasi jadwal harian klien yang sudah disepakati sebelumnya, latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal meliputi berbicara, meminta, mengekspresikan marah dengan ungkapan yang baik, anjurkan mencatat ke dalam jadwal harian klien.
- 4) SP 4 : evaluasi jadwal harian klien yang sudah disepakati sebelumnya, latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual seperti shalawatan atau murothal, anjurkan klien membuat jadwal harian klien.
- 5) SP 5 : evaluasi jadwal harian klien yang sudah disepakati sebelumnya, latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat, anjurkan klien membuat jadwal harian.(Arisandy & Juniarti, 2020)

SP Keluarga:

- 1) SP 1 Keluarga : diskusikan masalah yang dialami keluarga dalam merawat klien, jelaskan kondisi klien kepada keluarga meliputi penyebab, tanda gejala, dan akibat yang ditimbulkan dari resiko perilaku kekerasan, jelaskan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan dan menjadi pendukung yang efektif bagi klien.
- 2) SP 2 keluarga latih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan, latih keluarga mempraktekkan langsung kepada klien dengan resiko perilaku kekerasan. (Nurhalimah, 2016)

Teori yang mendukung tentang SP yang direncanakan penulis yaitu menurut (Yuhanda et al., 2013) SP 1 pasien perilaku kekerasan yaitu melatih pasien mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam, karena efek yang ditimbulkan dari tarik nafas dalam tidak hanya menenangkan fisik namun juga dapat menenangkan pikiran. Jadi untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, mengendalikan diri, menurunkan depresi dan emosi dapat terjadi dengan melakukan tehnik relaksasi yaitu tarik nafas dalam.

Kemudian teori yang mendukung SP 2 pasien perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara memukul bantal, menurut (Hastuti, 2017) seseorang yang mengalami emosi dapat mencederai dirinya sendiri maupun orang lain sehingga untuk mengurangi resiko tersebut diperlukan terapi yang dapat menyalurkan energi konstruktif salah satunya yaitu tehnik memukul bantal. Tehnik ini berfungsi untuk menyalurkan energi marah yang di alami pasien sehingga perilaku maladaptif menjadi adaptif.

SP 3 Pasien perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara lisan. Menurut (Sujarwo & PH, 2019) mengendalikan marah secara verbal yaitu dengan menolak secara baik tanpa kata kasar dan nada tinggi , meminta secara baik serta mengutarakan perasaan atau permasalahan secara baik. Dengan begitu pasien tidak berkata kasar maupun ketus dan mengetahui bagaimana berbicara yang baik dengan lawan bicaranya.

SP 4 Pasien perilaku kekerasan yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual. Yang termasuk tindakan spiritual diantaranya yaitu mendengarkan murothal atau sholawat, berdzikir, membaca al qur'an dan sebagainya. Terdapat hubungan yang signifikan antara agama dan kesehatan, hal tersebut dibuktikan dalam penelitian psikiatrik, yaitu seseorang akan relatif lebih sehat dan dapat mengatasi penyakitnya saat seseorang tersebut taat menjalankan

agama sehingga dengan begitu proses penyembuhan penyakit lebih cepat (Sujarwo & PH, 2019)

SP 5 Pasien perilaku kekerasan yaitu dengan meminum obat. Teori ini sesuai menurut (Kandar & Iswanti, 2019) yaitu kekambuhan atau kembalinya individu dalam melakukan perilaku kekerasan karena ketidakseimbangan kembali komponen kimia dalam obat yang disebabkan karena putus obat. Sehingga untuk mengontrol perubahan-perubahan kimia yang terjadi dalam otak peran obat sangatlah penting, oleh karena itu penggunaan obat perlu dipantau untuk mengatasi perilaku kekerasan.

Selanjutnya yaitu SP 1 dan SP 2 keluarga dengan perilaku kekerasan yaitu dengan cara mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien kemudian latih keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan. Teori ini sesuai menurut (Twistiandayani & Pranata, 2016) yang menjelaskan tentang pentingnya dukungan keluarga bagi klien dengan resiko perilaku kekerasan yaitu untuk membantu klien agar dapat bersosialisasi kembali, menciptakan kondisi lingkungan suportif (jika pasien sedang marah maka jauhkan barang barang yang berbahaya dari klien, jauhkan benda tajam, jauhkan anak kecil dari klien dsb) dan membantu memecahkan masalah maka klien sangat membutuhkan dukungan keluarga. Dukungan keluarga terdapat klien berupa respon yang positif kepada klien, bertanggung jawab terhadap klien dan menghargainya sebagai anggota keluarga.

#### **D. Implementasi**

Implementasi yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 17 Februari 2021 jam 13.00 WIB terhadap Ny.M adalah SP 1 pasien meliputi membina hubungan saling percaya dengan klien yaitu dengan cara memberikan salam dan memperkenalkan diri, menyapa klien dengan sopan dan senyuman,

menanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan kesukaan klien atau yang biasa digunakan sehari-hari, menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan, menanyakan kesediaan klien, menunjukkan sikap menerima klien apa adanya, memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan yang dialami klien, mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan yang dilakukan klien, mendiskusikan tentang resiko perilaku kekerasan meliputi penyebab, tanda gejala, akibat dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan pada klien, melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam, memberikan pujian terhadap klien karena dapat melakukan tarik nafas dalam dengan baik dan benar, kemudian menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian klien, melakukan kontrak yang akan datang dengan klien. Klien mampu mengungkapkan perasaannya, klien bersedia memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan dalam jadwal harian klien, dan klien bersedia melakukan kontak yang akan datang. Selanjutnya SP 1 keluarga meliputi menumbuhkan hubungan saling percaya kepada keluarga dengan cara memberikan salam dengan sopan dan memperkenalkan diri, menyapa keluarga dengan sopan dan senyuman, mengidentifikasi kepada keluarga masalah yang dialami dalam merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan, menjelaskan kondisi yang dialami klien meliputi penyebab, tanda gejala, serta proses terjadinya masalah, menjelaskan cara merawat klien dan menjadi pendukung yang efektif bagi klien dengan resiko perilaku kekerasan. Keluarga bersedia mengungkapkan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien, klien memahami apa yang sudah dijelaskan penulis dan bersedia menjadi pendukung bagi klien.

SP 1 yang dilakukan penulis yaitu latihan mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam. Menurut (Yuhanda et al., 2013) efek yang ditimbulkan dari tarik nafas dalam tidak hanya menenangkan fisik namun juga dapat menenangkan pikiran. Jadi untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, mengendalikan diri, menurunkan depresi dan emosi dapat terjadi dengan

melakukan tehnik relaksasi yaitu tarik nafas dalam. Sedangkan teori yang menjelaskan tentang pentingnya dukungan keluarga bagi pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah menurut (Twistiandayani & Pranata, 2016) untuk membantu klien agar dapat bersosialisasi kembali, menciptakan kondisi lingkungan suportif dan membantu memecahkan masalah maka klien sangat membutuhkan dukungan keluarga. Untuk mendorong manusia dalam berperilaku hingga mencapai suatu tujuan, dukungan merupakan faktor penting. Dukungan keluarga terhadap klien berupa berespon positif kepada klien, bertanggung jawab terhadap klien dan menghargainya sebagai anggota keluarga.

Pada tanggal 18 Februari 2021 jam 08.00 WIB penulis melakukan implementasi SP 2 pasien meliputi memberikan salam dengan sopan dan senyuman, menyapa klien dengan sopan dan senyuman, menjelaskan maksud dan tujuan kedatangan, menanyakan kesediaan klien, menanyakan perasaan yang dirasakan klien, memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan yang dirasakan klien, mengevaluasi jadwal harian klien yang sudah disepakati sebelumnya, melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 2 yaitu memukul bantal sesuai dengan kontrak yang disepakati pada hari sebelumnya, memberi pujian kepada klien karena melakukan cara fisik 2 dengan baik dan benar, menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian klien, melakukan kontrak yang akan datang dengan klien. Klien mampu mengungkapkan perasaan yang dirasakan, klien dalam melakukan cara fisik 2 sudah baik dan benar, klien bersedia memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan dalam jadwal harian klien, klien bersedia menyepakati kontrak yang akan datang.

Teori yang mendukung SP 2 yaitu dikarenakan emosi seseorang dapat mencederai dirinya sendiri maupun orang lain sehingga untuk mengurangi resiko tersebut diperlukan terapi yang dapat menyalurkan energi konstruktif

salah satunya yaitu tehnik memukul bantal. Tehnik ini berfungsi untuk menyalurkan energi marah yang dialami pasien sehingga perilaku maladaptif menjadi adaptif (Hastuti, 2017)

Pada tanggal 19 Februari 2021 jam 08.00 WIB penulis melakukan implementasi SP 3 pasien meliputi mengucapkan salam dan menyapa klien dengan sopan dan senyuman, menjelaskan maksud dan tujuan, menanyakan kesediaan klien, menanyakan perasaan yang dirasakan, memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya, mengevaluasi jadwal harian yang sudah disepakati sebelumnya, melatih klien cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal sesuai kontrak sebelumnya, memberikan pujian terhadap klien karena dapat melakukan cara verbal dengan baik dan benar, menganjurkan klien melakukan tindakan-tindakan yang sudah diajarkan secara mandiri untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dan memasukkan dalam jadwal harian klien. Klien mampu mengungkapkan perasaannya, klien melakukan cara verbal untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan baik dan benar, klien bersedia melakukan tindakan-tindakan yang sudah diajarkan secara mandiri dan memasukkan dalam jadwal harian klien. Mengendalikan emosi secara verbal yaitu dengan menolak secara baik tanpa kata kasar dan nada tinggi, meminta secara baik serta mengutarakan perasaan atau permasalahan secara baik (Sujarwo & PH, 2019)

Karena keterbatasan waktu maka penulis mengimplementasikan SP resiko perilaku kekerasan hanya tindakan SP 1, SP2, SP 3 pasien dan SP 1 keluarga. Namun penulis juga mengimplementasikan terapi spesialis jiwa berupa terapi token ekonomi yang dilakukan pada tanggal 17 Februari 2021, *Rasional emotive behavior therapi* (REBT) atau terapi merubah pemikiran yang tidak rasional dan memberikan penjelasan yang rasional yang dilakukan



pada tanggal 18 Februari 2021, dan juga terapi musik yang dilakukan pada tanggal 19 Februari 2021.

Penulis melakukan tindakan terapi token ekonomi, REBT dan juga terapi musik karena mendapatkan ide dari pengalaman pada saat penulis melakukan praktek klinik keperawatan jiwa berbasis komunitas yaitu penulis mendapat saran dari dosen pembimbing pada saat itu untuk menambahkan rencana tindak lanjut selain SP dalam asuhan keperawatan yang dikelola oleh penulis waktu itu. Sehingga pada kesempatan ini juga penulis memiliki ide untuk menerapkan rencana tindak lanjut selain SP untuk klien dengan resiko perilaku kekerasan berupa terapi token ekonomi, REBT (*Rasional emotive behavior therapi*), dan juga terapi musik.

Alasan penulis memilih ketiga terapi tersebut karena terapi token ekonomi merupakan bentuk *reinforcement* untuk meningkatkan perilaku yang diinginkan dan juga mengurangi perilaku yang tidak diinginkan (Sunarsih et al., 2017). REBT (*Rasional emotive behavior therapi*) bertujuan untuk mengurangi pemikiran yang irrasional dengan cara memberikan penjelasan yang rasional terhadap masalah, sehingga dapat membantu individu lebih rasional dalam berpikir, berperilaku dan berperasaan secara efektif dan efisien (Siauta et al., 2020). Tekanan darah meningkat, nadi meningkat, otot mengalami ketegangan merupakan manifestasi klinis dari perilaku kekerasan, dengan memberikan terapi musik klien dapat merasakan rileks dan ketenangan. Jika seseorang mengalami ketenangan maka tekanan darah yang meningkat dapat kembali normal, nadi dan juga ketegangan otot dapat kembali normal (Setiawan et al., 2015). Dalam lingkup tingkatan D3 keperawatan tindakan yang dilakukan seharusnya hanya sampai strategi pelaksanaan saja sehingga untuk melakukan ketiga tindakan selain SP tersebut harus dikomunikasikan dengan pembimbing dan harus didampingi oleh spesialis jiwa.

## E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi respon klien dan mengidentifikasi tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Arisandy & Juniarti, 2020). Sehingga dengan dilakukannya evaluasi penulis mengetahui apakah implementasi yang sudah dilakukan dapat membantu mengatasi masalah klien atau tidak. Dan apabila masalah tidak teratasi penulis dapat memberikan rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan klien secara mandiri dirumah.

Pada evaluasi hari pertama yaitu tanggal 17 Februari 2021 didapatkan data evaluasi berupa klien mampu mengungkapkan perasaannya, klien bersedia memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan dalam jadwal harian klien, dan klien bersedia melakukan kontak yang akan datang. Data evaluasi kepada keluarga berupa keluarga bersedia mengungkapkan masalah yang dialami keluarga dalam merawat klien, klien memahami apa yang sudah dijelaskan penulis dan bersedia menjadi pendukung bagi klien. Planning yang diberikan penulis kepada klien yaitu latihan tarik nafas dalam sehari 3 kali yaitu pada pukul 08.00, 13.00, dan 17.00 WIB.

Evaluasi kedua pada tanggal 18 Februari 2021 didapatkan data klien mampu mengungkapkan perasaan yang dirasakan, klien dalam melakukan cara fisik 2 sudah baik dan benar, klien bersedia memasukkan kegiatan yang sudah diajarkan dalam jadwal harian klien, klien bersedia menyepakati kontrak yang akan datang. Planning yang diberikan penulis kepada klien berupa latihan fisik 2 (memukul bantal) sehari 2 kali pukul 09.00 dan 13.00 WIB.

Evaluasi ketiga pada tanggal 19 Februari 2021 didapatkan data berupa klien mampu mengungkapkan perasaannya, klien melakukan cara verbal

untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan baik dan benar, klien bersedia melakukan tindakan-tindakan yang sudah diajarkan secara mandiri dan memasukkan dalam jadwal harian klien. Planning yang diberikan penulis kepada klien berupa latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal sehari 2 kali pagi dan sore hari.

Dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 3 hari dengan masalah atau diagnosa resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil masalah belum teratasi. Penulis menganjurkan klien untuk melakukan tindakan yang sudah diajarkan secara mandiri dirumah dan menganjurkan klien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan klien. Penulis juga memberikan saran kepada keluarga klien untuk memotivasi klien dalam melakukan jadwal kegiatan haria klien.

Teori yang mendukung tentang pemberian jadwal kegiatan dapat mengatasi resiko perilaku kekerasan adalah terapi pemberian jadwal kegiatan harian, karena dengan memberikan jadwal kegiatan harian klien kemampuan mengontrol emosi yang sudah diajarkan akan menjadi kebiasaan dan klien tidak akan cepat lupa dengan apa yang sudah diajarkan karena sudah menjadi kebiasaan (Prasetya, 2018)

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Dari pengkajian yang sudah dilakukan penulis terhadap Ny.M didapatkan data subjektif klien mengatakan emosi saat diganggu ketenangannya, sulit mengontrol emosi, keluarga klien mengatakan bahwa saat klien telat minum obat klien marah-marah, merusak barang-barang dirumah bahkan mencederai tetangganya yang lewat depan rumah. Data objektif klien tampak tegang dan gelisa, menatap dengan tatapan yang tajam, berbicara dengan suara keras dan ketus, menatap dengan curiga saat penulis datang.
2. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan penulis terhadap Ny.M diagnosa yang muncul adalah resiko perilaku kekerasan
3. Berdasarkan pengkajian dan diagnosa yang ditetapkan penulis, penulis merencanakan tindakan keperawatan berupa strategi keperawatan dari SP 1 hingga SP 5 pasien kemudian SP 1 dan SP 2 keluarga untuk mengatasi resiko perilaku kekerasan pada klien
4. Berdasarkan intervensi yang sudah ditetapkan, penulis mengimplementasikan SP 1 pasien, SP 1 keluarga, SP 2 dan SP 3 pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Penulis tidak mengimplementasikan semua intervensi dikarenakan keterbatasan waktu.
5. Berdasarkan data yang didapatkan saat evaluasi, masalah keperawatan Ny.M yaitu resiko perilaku kekerasan belum teratasi.

#### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis dapat memberikan beberapa saran yaitu:

1. Bagi Institusi Pendidikan

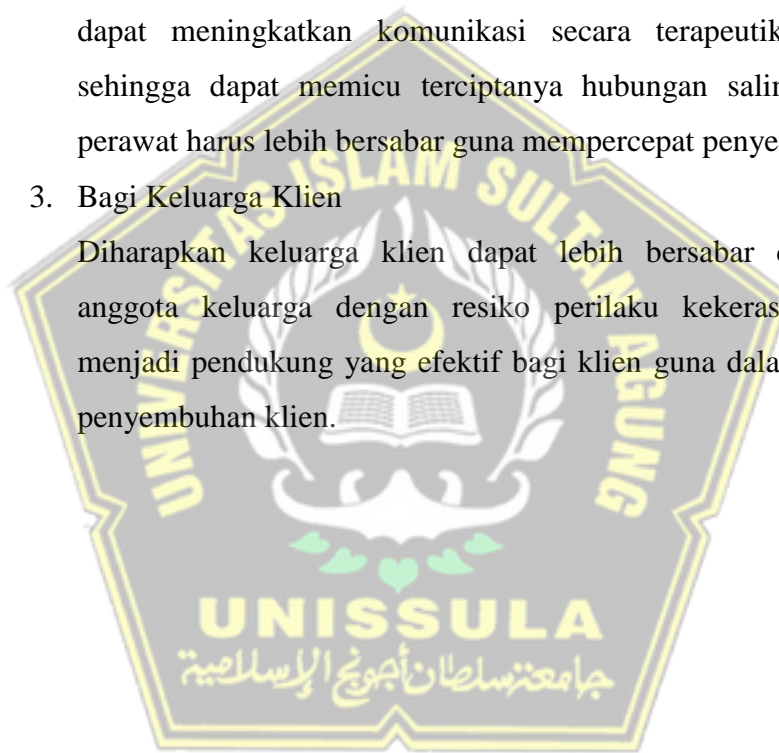
Diharapkan institusi pendidikan dapat memberikan bimbingan kepada mahasiswa secara efektif dan optimal, terutama pada peminatan keperawatan jiwa supaya dapat melakukan asuhan keperawatan jiwa secara maksimal

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan yang tepat dan dapat meningkatkan komunikasi secara terapeutik kepada klien sehingga dapat memicu terciptanya hubungan saling percaya dan perawat harus lebih bersabar guna mempercepat penyembuhan klien

3. Bagi Keluarga Klien

Diharapkan keluarga klien dapat lebih bersabar dalam merawat anggota keluarga dengan resiko perilaku kekerasan serta dapat menjadi pendukung yang efektif bagi klien guna dalam mempercepat penyembuhan klien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Arisandy, W., & Juniarti, A. (2020). PENERAPAN STRATEGI PELAKSANA PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN. *Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 12(2), 103–114.
- Hastuti, R. Y. (2017). Efektivitas Teknik Memukul Bantal Terhadap Perubahan Status Emosi : Marah Klien Skizofrenia. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 8(9), 1–58.
- Jatmika, D. G. P., Triana, K. Y., & Purwaningsih, N. K. (2020). Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 2(1), 1–10. <https://doi.org/10.33088/jkr.v2i1.485>
- Kandar, & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149–156. <https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226>
- Kartika, A., Fathra, A. N., & Yesi, H. (2018). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Pasien Perilaku Kekerasan Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Perilaku Kekerasan. *JOM FKp*, Vol.5(No.2), 777–786.
- Malfasari, E., Febtrina, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(1), 65–74. <https://doi.org/10.32584/jikj.v3i1.478>
- Muliani, R., Abidin, I., & Adawiyah, R. (2019). PENGARUH EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (EFT) TERHADAP TINGKAT AGRESIFITAS PASIEN RESIKO PERILAKU KEKERASAN. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 9–16.

- Nurhalimah, N. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan jiwa* (A. A. P. Bangun Asmo Darmanto (ed.)). Pusdik SDM Kesehatan.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan tindakan keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Prasetya, A. S. (2018). Efektifitas Jadwal Aktivitas Sehari-Hari Terhadap Kemampuan Mengontrol Perilaku kekerasan. *Jurnal Kesehatan Panca Bhakti Lampung*, VI(1), 18–29.
- Rangkuti, W., Zaini, S., & Agustinus. (2021). PENGARUH PERILAKU KEKERASAN KLIEN TERHADAP STRES PERAWAT DI RUANG DARURAT PSIKIATRI RUMAH SAKIT JIWA. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4, 89–98. <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj>
- Setiawan, H., Keliat, B. A., & Wardani, & I. Y. (2015). Tanda Gejala dan Kemampuan Mengontrol Perilaku Kekerasan Dengan Terapi Musik dan Rational Emotive Cognitif Behavior Therapy. *Jurnal Ners*, 10(2), 233–241.
- Siauta, M., Tuasikal, H., & Embuai, & S. (2020). UPAYA MENGONTROL PERILAKU AGRESIF PADA PERILAKU KEKERASAN DENGAN PEMBERIAN RATIONAL EMOTIVE BEHAVIOR THERAPY Moomina. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(1), 27–32.
- Sujarwo, & PH, L. (2019). Studi Fenomenologi : Strategi Pelaksanaan Yang Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Pasien Di Ruang Rawat Inap Laki Laki. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(1), 29. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.1.2018.29-35>
- Sunarsih, Manurung, I., & Holiday. (2017). PENGARUH TERAPI TOKEN

TERHADAP KEMAMPUAN MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA. *Jurnal Keperawatan*, XIII(2), 234–238.

Twistiandayani, R., & Pranata, F. (2016). DUKUNGAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN MENURUNKAN RESIKO KEKAMBUHAN PERILAKU KEKERASAN (Family Support in Caring for Clients Decrease Risk of Recurrence Violent Behavior). *Journals of Ners Community*, 07(02), 102–112.

Yuhanda, D., Rochmawati, D. H., & Purnomo, S. E. (2013). *EFEKTIVITAS TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM DAN TERTAWA DALAM MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN PERILAKU KEKERASAN di RSJD Dr. Amino GondoHutomo Semarang.*





## LAMPIRAN- 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 : Eva Damayanti

NIM : 40901800029

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.M Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Desa Kedung Malang 04/03 Kec. Kedung Kab. Jepara Provinsi Jawa Tengah

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, 19 Mei 2021

Pembimbing

*Heppy*

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

NIDN : 06- 1408- 770



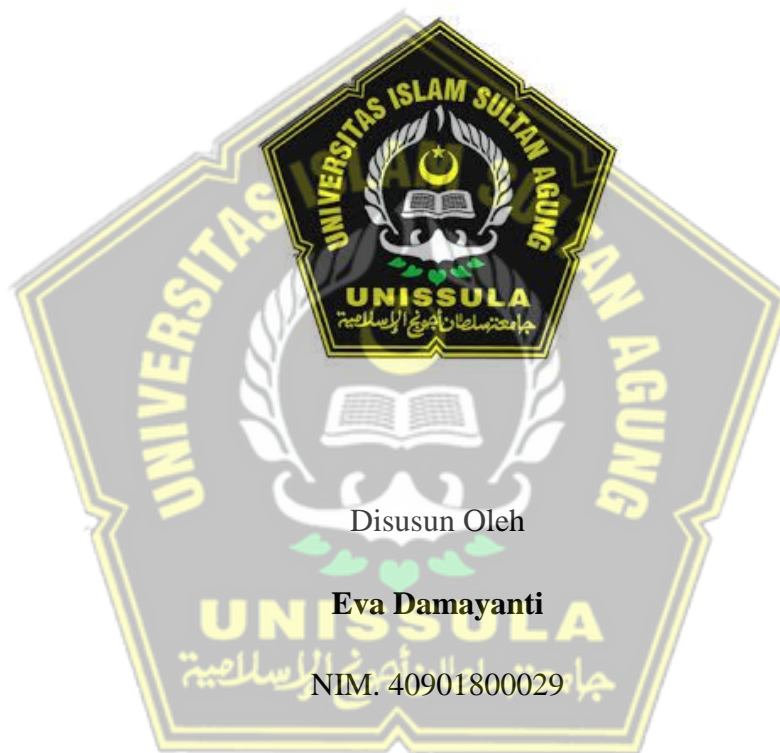
*Lampiran 2***LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH****MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN****FIK UNISSULA****2021****NAMA MAHASISWA : Eva Damayanti****NIM : 40901800029****JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY. M DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNG MALANG 04/03 KEC. KEDUNG KAB. JEPARA PROVINSI JAWA TENGAH****PEMBIMBING : Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J**

<b>HARI/ TANGGAL</b>	<b>MATERI KONSULTASI</b>	<b>SARAN PEMBIMBING</b>	<b>TTD PEMBIMBING</b>
Rabu, 17 Februari 2021	Persiapan menjelang pembuatan KTI	Menanyakan kesiapan dan memberikan arahan	<u>AheppyR</u>
Jum'at, 19 Februari 2021	Menentukan kasus yang akan dijadikan KTI	Menyetujui kasus yang dipilih	<u>AheppyR</u>
Rabu, 24 Februari 2021	Pengajuan judul KTI dengan kasus psikososial	Menyarankan untuk mencari pasien dengan masalah gangguan jiwa	<u>AheppyR</u>
Jum'at, 26 Februari	Menjelaskan askep yang sudah dikelola dengan masalah gangguan jiwa (RPK)	Penulisan askep sesuai dengan format yang sudah ditentukan, dan menganjurkan untuk mulai berproses KTI nya	<u>AheppyR</u>
Rabu, 3 Maret 2021	Bimbingan BAB 1	Prevelensi minimal tahun 2019, 1 alenia	<u>AheppyR</u>

		terdiri dari 3 kalimat	
Jum'at, 19 Maret 2021	Bimbingan BAB 2	-Revisi penatalaksanaan medis -Tindakan keperawatan berupa SP bukan tujuan umum dan khusus -Perbaiki gambar pohon masalah	<u>Aheppur</u>
Rabu, 31 Maret 2021	Bimbingan BAB 1 dan BAB 2	Lanjutkan ke BAB selanjutnya	<u>Aheppur</u>
Jum'at, 9 April 2021	Bimbingan BAB 3	Sesuaikan dengan askep dan resum askep tersebut	<u>Aheppur</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>Aheppur</u>
Jum'at, 16 April 2021	Bimbingan BAB 4	Lanjutkan mengerjakan BAB 5	<u>Aheppur</u>
Jum'at, 23 April 2021	Bimbingan BAB 5	Mempersingkat kembali kesimpulan	<u>Aheppur</u>
Rabu, 19 Mei 2021	Bimbingan BAB 1 sampai BAB 5	ACC KTI, kemudian lanjutkan untuk persiapan sidang dan buat PPT yang menarik	<u>Aheppur</u>

*Lampiran 3*

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.M DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI DESA KEDUNG  
MALANG 04/03 KEC. KEDUNG KAB. JEPARA PROVINSI  
JAWA TENGAH**



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

**2021**

## PENGKAJIAN PERAWATAN JIWA

### A. PENGKAJIAN

#### I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny. M  
 Umur : 32 tahun  
 Pendidikan terakhir : SLTA  
 Agama : Islam  
 Informan : Keluarga  
 Tanggal pengkajian : 17 Februari 2021

#### II. KELUHAN

- Klien mengatakan bahwa mudah emosi jika ketenangannya diganggu, dan juga mengatakan sulit mengontrol emosinya
- Klien mengatakan bahwa dulu sering membanting barang-barang yang ada didekatnya
- Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering marah-marah sendiri dan teriak-teriak, membanting barang-barang dirumah, memukuli orang yang lewat didepan rumah bahkan tetangganya yang jualan didepan rumahnya menutup tokonya karena ketakutan. Namun setelah minum obat klien bisa lebih tenang dan tidak marah-marah lagi. Jadi klien dari pertama kali gangguan jiwa sampai sekarang tergantung dengan obat, jika tidak minum obat klien marah-marah dan membanting barang-barang dirumah.

#### III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu?

Ya

Tidak

2. Pengobatan sebelumnya

Berhasil

Kurang berhasil

Tidak berhasil

3. Trauma

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
Aniaya fisik	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/>
Aniaya seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penolakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kekerasan dalam keluarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tindakan kriminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jelaskan no 1,2,3 : Keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah bekerja menjadi TKW saat berumur 28 tahun dan saat disana klien disiksa oleh majikannya dan setelah pulang klien mengalami gangguan jiwa berupa marah-marah kepada orang, suka membanting barang-barang dirumah, bahkan pernah memukul orang.

Masalah keperawatan : Resiko perilaku kekerasan

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya  Tidak

Hubungan keluarga : Nenek

Gejala dan tanda : Keluarga klien mengatakan bahwa nenek klien ada yang mengalami gangguan jiwa yang tanda dan gejalanya sama dengan klien yaitu marah-marah sendiri, membanting barang-barang dirumah, dan memukul orang.

Riwayat pengobatan : Keluarga klien mengatakan bahwa saat ini neneknya sudah meninggal, dulu tidak dibawa ke rumah sakit dan hanya dikurung didalam kamar

Masalah keperawatan: -

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Klien mengatakan bahwa dulu klien pernah disiksa majikannya saat bekerja menjadi TKW

Masalah keperawatan: -

#### IV. FISIK

1. TTV

TD : 120/100 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 98X/Menit

RR : 20X/Menit

2. Ukur

TB : 152 Cm

BB : 68 Kg

3. Keluhan fisik: Pusing

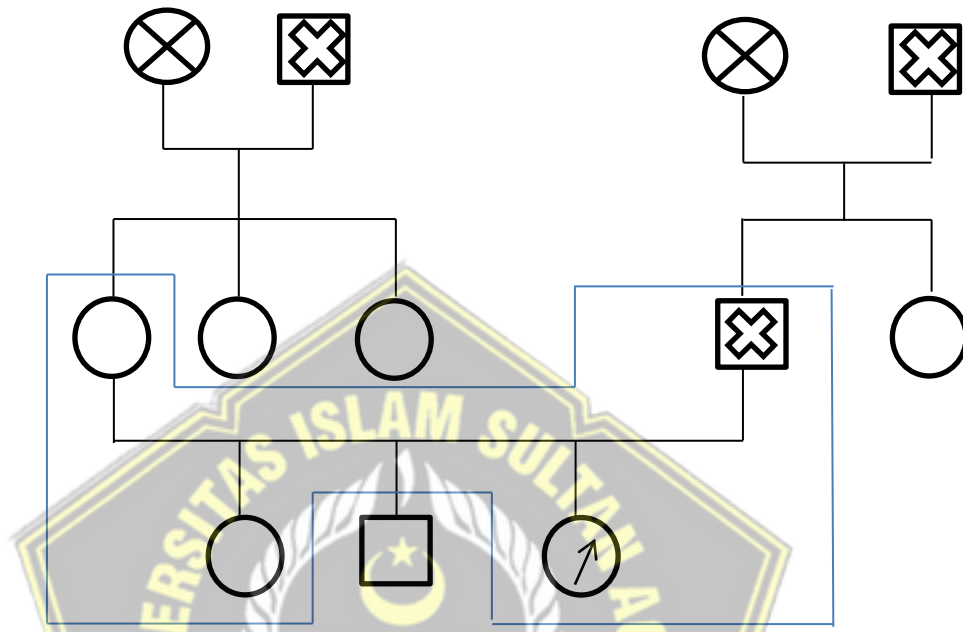
Jelaskan: Didapatkan TTV normal, BB 68 Kg, TB 152 cm, Klien memiliki keluhan fisik yaitu merasa pusing.

Masalah keperawatan: -



## V. PSIKOSOSIAL

### 1. Genogram



Keterangan:



: Klien perempuan



: Laki-laki



: Perempuan



: Laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal

Masalah keperawatan: -

### 2. Konsep diri

- a. Gambaran diri : Klien tampak memiliki tubuh yang tidak terlalu tinggi, warna kulit sawo matang, rambut keriting dan berminyak.
- b. Identitas : Klien mengatakan bahwa dirinya anak ketiga dari 3 bersaudara, klien tinggal bersama ibu dan kakak perempuannya. Keluarga klien mengatahah bahwa klien setelah mengalami gangguan jiwa klien tidak bekerja lagi.
- c. Peran : Klien mengatakan bahwa perannya sebagai anak ketiga dari ibu dan ayah klien tapi klien merasa tidak berguna karena masih menyusahkan orang tua.
- d. Ideal diri : Klien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya dan akan bekerja supaya tidak merepotkan orang tua
- e. Harga diri : Klien mengatakan malu karena tidak bisa bekerja dengan baik dan masih merepotkan orang tua. Klien mengatakan dirinya sakit kepala/ pusing. Keluarga klien mengatakan bahwa klien mengingkari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa yang klien mengerti adalah dirinya sedang sakit kepala/pusing.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah

3. Hubungan sosial
  - a. Orang yang berarti : Keluarga klien mengatakan bahwa orang yang dekat dengan klien adalah kakak
  - b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak pernah serta dalam kegiatan masyarakat
  - c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : Keluarga klien mengatakan bahwa hambatan klien dalam berhubungan dengan orang lain adalah bicaranya ketus seperti marah-marah, apabila sedang kampuh tiba-tiba marah-marah dan membanting barang

Masalah keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam, setiap hari harus shalat 5 waktu
- b. Kegiatan ibadah : Keluarga klien mengatakan bahwa setiap hari klien selalu shalat 5 waktu

Masalah keperawatan:-

**VI. STATUS MENTAL**

1. Penampilan

- Tidak rapi
- Penggunaan pakaian tidak sesuai
- Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : Penampilan klien tampak tidak rapi, giginya agak kuning, tubuhnya tidak berbau, cara berpakaian sudah tepat sesuai dengan jenis kelamin, postur tubuh agak membungkuk dan kaku

Masalah keperawatan: -

2. Pembicaraan

- Cepat  Keras  Gagap
- Apatis  Lambat  Membisu
- Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : Pembicaraan klien terdengar keras, ketus dan cepat saat diajak berbicara

Masalah keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

3. Aktivitas motorik

- Lesu  Tegang  Gelisah
- Agitasi

- TIK     Grimasen     Tremor  
 Kompulsif

Jeaskan : Aktivitas motorik klien tampak tegang, gelisah, tampak curiga dan bertanya-tanya, terlihat seperti orang sedang jengkel, tampak meremas-remas tangan, hal tersebut didapatkan saat melakukan pengkajian

Masalah keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

4. Alam perasaan

- Sedih     Ketakutan     Putus asa  
 Khawatir     Gembira berlebihan

Jelaskan : Klien tampak khawatir tentang apa yang terjadi pada dirinya

Masalah keperawatan: Ansietas

5. Afek

- Datar     Tumpul     Labil  
 Tidak sesuai

Jelaskan : Klien tampak datar dan melamun saat interaksi

Masalah keperawatan: -

6. Interaksi dalam wawancara

- Bermusuhan  
 Tidak kooperatif  
 Mudah tersinggung  
 Kontak mata  
 Defensif  
 Curiga

Jelaskan : Klien terlihat tidak ada kontak mata dengan lawan bicara, berbicara dengan tatapan kosong, klien tampak curiga dengan kedatangan orang yang tak dikenal

Masalah keperawatan: -

7. Persepsi

Halusinasi:

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan : Keluarga mengatakan bahwa klien pernah mengatakan bahwa suaminya kerja tidak pulang-pulang padahal klien tidak punya suami dan belum pernah menikah

Masalah keperawatan: -

8. Proses pikir

- Sirkumtansial
- Tangensial
- Kehilangan Asosiasi
- Flight of ideas
- Blocking
- Pengulangan pembicaraan

Jelaskan : Klien saat diajak bicara/ ditanya terkadang menjawab, terkadang diam saja

Masalah keperawatan: -

9. Isi pikir

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obsesi          | <input checked="" type="checkbox"/> Fobia | <input type="checkbox"/> Hipokondria |
| <input type="checkbox"/> Depersonalisasi | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>             |

Waham:

- |  |                                  |                                     |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agama             | <input type="checkbox"/> Somatik | <input type="checkbox"/> Kebesaran  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Curiga | <input type="checkbox"/>         |                                     |
| <input type="checkbox"/> Nihilistik        | Sisip pikir                      | <input type="checkbox"/> Siar pikir |
| <input type="checkbox"/> Kontrol pikir     |                                  |                                     |

Jelaskan: Klien tampak curiga saat didatangi orang yang tidak dikenal,  
kurang tanggap saat diajak berbicara

Masalah keperawatan: -

10. Tingkat kesadaran

Bingung       Sedasi       Stupor

Disorientasi:

Waktu       Tempat

Jelaskan : Saat ditanya ini hari apa klien tampak kebingungan menjawab

Masalah keperawatan: -

11. Memori

Gangguan daya ingat jangka panjang  
 Gangguan daya ingat jangka pendek  
 Gangguan daya ingat saat ini  
 Konfabulasi

Jelaskan : Klien mampu menceritakan kejadian saat ini dan kejadian 1 bulan yang lalu

Masalah keperawatan:-

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Mudah beralih  
 Tidak mampu berkonsentrasi  
 Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan: Klien saat diajak bicara mudah beralih seperti ada yang lewat langsung menoleh dan waspada terhadap lingkungan sekitar

Masalah keperawatan: -

13. Kemampuan penilaian

Gangguan ringan       Gangguan bermakna

Jelaskan: Klien tidak mampu menilai masalah, klien tidak mampu menilai bahwa sesuatu yang dilakukan dengan marah-marah bisa merugikan diri sendiri dan orang lain.

Masalah keperawatan: -

14. Daya titik diri

Mengingkari penyakit yang diderita

Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan: Keluarga klien mengatakan bahwa klien mengingkari penyakit yang diderita, kepercayaan klien adalah dirinya sedang sakit kepala/ pusing saja.

Masalah keperawatan: -

**VII. KEBUTUHAN**

1. Makan

Bantuan total  Bantuan minimal

2. BAB/BAK

Bantuan total  Bantuan minimal

3. Mandi

Bantuan total  Bantuan minimal

4. Bepakaian/berhias

Bantuan total  Bantuan minimal

5. Kebersihan diri

Bantuan total  Bantuan minimal

Jelaskan: Saat ini klien bisa membersihkan diri, makan, BAB/BAK, berhias sendiri dan hanya sesekali dibantu keluarganya.

Masalah keperawatan: -

6. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama jam 13.00 sd jam 14.00 WIB

Tidur malam lama Jam 21.00 sd jam 05.00 WIB

Kegiatan sebelum/ sesudah tidur

Jelaskan : Klien mengatakan tidur siang jam 13.00 sampai jam 14.00 WIB tetapi jarang tidur siang. Tidur malam sekitar jam 21.00 sampai jam 05.00 WIB. Keluarga klien mengatakan bahwa kegiatan klien sebelum/sesudah tidur suka berbicara keras, marah-marah.

Masalah keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

7. Penggunaan obat

Bantuan total       Bantuan minimal

8. Pemeliharaan kesehatan

	Ya	Tidak
-Perawatan Lanjutan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sistem pendukung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Kegiatan didalam rumah

	Ya	Tidak
-Mempersiapkan makanan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Menjaga kerapihan rumah	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Mencuci pakaian	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
-Pengaturan keuangan	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

10. Kegiatan diluar rumah

	Ya	Tidak
Belanja	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Transportasi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lain-lain	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Jelaskan : Keluarga klien mengatakan bahwa klien saat dirumah dapat makan sendiri, terkadang menyapu dan mengepel, menyuci pakaian pernah tetapi jarang sekali, tidak dapat mengatur keuangan karena klien tidak kerja. Klien mengatakan tidak dapat mengatur keuangan karena klien tidak bisa bekerja dengan baik.

Masalah keperawatan: Harga diri rendah



### VIII. MEKANISME KOPING

#### Adaptif

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Teknik relaksasi
- Aktivitas konstruktif
- Olahraga
- Lainnya
- Lainnya: Mencederai orang

#### Maladaptif

- Minum alkohol
- Reaksi lambat/berlebihan
- Bekerja berlebihan
- Menghindar
- Mencedarai diri

Jelaskan: Keluarga klien bahwa klien dapat berbicara dengan orang lain saat moodnya stabil, dan saat mood nya jelek klien marah-marah sendiri, membanting barang, mencederai orang.

Masalah keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

### IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik
- Masalah dengan pendidikan, spesifik
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik: Klien saat menjadi TKW sering disiksa oleh majikannya
- Masalah dengan perumahan, spesifik
- Masalah ekonomi, spesifik
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik
- Masalah lainnya, spesifik

Jelaskan : Keluarga klien mengatakan bahwa sebenarnya klien tidak ada masalah dengan lingkungannya, hanya saja klien sendiri yang merasa lingkungannya mengancam. Keluarga klien mengatakan klien pernah menjadi TKW dan disana sering disiksa oleh majikannya.

Masalah keperawatan: Resiko perilaku kekerasan

**X. SUMBER DAYA**

- Pengetahuan penyakit jiwa
- Sistem pendukung
- Pengetahuan ttg faktor presipitasi
- Pengetahuan ttg penyakit fisik
- Pengetahuan ttg obat-obatan
- Koping
- Lainnya

Jelaskan: Klien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit kepala/ pusing

Masalah keperawatan: -

**XI. ASPEK MEDIK**

1. Diagnosa medik: Skizofrenia
2. Terapi medik
  - ❖ Halloperidol (HLP) 5 mg 1X1
  - ❖ Trihexyphenidil (THP) 2 mg 1X1
  - ❖ Chlorpromazin (CPZ) 100 mg 1X1

**B. ANALISA DATA**

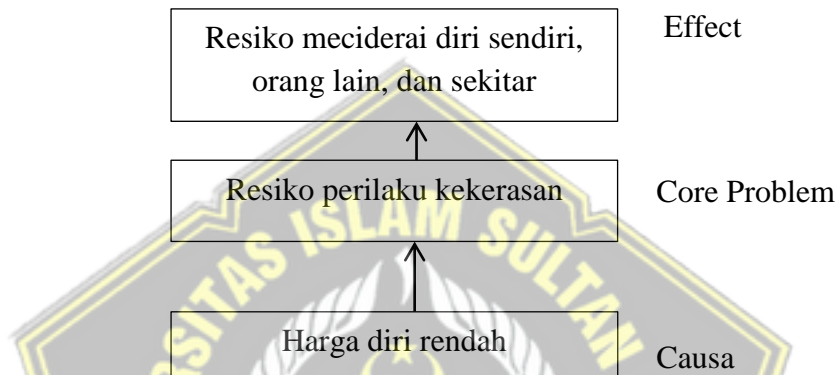
No	Data	Masalah
1	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan emosi jika ketenangannya diganggu</li> <li>-Klien mengatakan sulit mengontrol emosinya</li> <li>-Klien mengatakan bahwa dulu sering membanting barang-barang yang ada didekatnya</li> </ul>	<p>Resiko perilaku kekerasan</p>

	<p>-Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering marah-marah sendiri dan teriak-teriak, membanting barang- barang dirumah, memukuli orang yang lewat didepan rumah</p> <p>-Keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah bekerja menjadi TWK dan disiksa oleh majikannya</p> <p><b>DO:</b></p> <p>-Klien menggunakan nada ketus saat berbicara</p> <p>-Klien saat diajak berbicara kontak mata kurang, tetapi sekali melihat dengan tatapan tajam</p> <p>-Klien tampak selalu waspada pada keadaan sekitar</p> <p>-Klien saat diajak berbicara tampak bingung dan tidak tenang</p>	
2	<p><b>DS:</b></p> <p>-Klien mengatakan malu karena tidak bekerja dengan baik</p> <p>-Klien mengatakan malu karena masih merepotkan orang tuanya dan tidak memiliki pekerjaan</p> <p><b>DO:</b></p> <p>-Klien saat diajak bicara/tanya tampak terkadang menjawab terkadang membisu</p> <p>-Klien tampak banyak menunduk, tetapi sekali menatap matanya tajam</p>	Harga diri rendah

### C. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah

### D. POHON MASALAH



### E. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan dan Terapi keperawatan	Diagnosa medis dan Terapi medis
<p><b>Diagnosa Keperawatan</b> Resiko perilaku kekerasan</p> <p><b>Terapi keperawatan</b></p> <p><b>SP 1 Pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi penyebab RPK</li> <li>- Mengidentifikasi tanda dan gejala RPK</li> <li>- Mengidentifikasi RPK yang dilakukan</li> <li>- Mengidentifikasi akibat RPK</li> <li>- Menyebutkan cara mengontrol RPK</li> <li>- Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I (Tarik nafas dalam)</li> <li>- Menganjurkan klien memasukkan dalam</li> </ul>	<p><b>Diagnosa medik:</b> Skizofrenia</p> <p><b>Terapi medik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Haloperidol (HLP) 5 mg 1X1</li> <li>-Trihexyphenidil (THP) 2 mg 1X1</li> <li>-Chlorpromazin (CPZ) 100 mg 1X1</li> </ul>

kegiatan harian

**SP 2 Pasien:**

- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- Melatih pasien mengontrol RPK dengan cara fisik II (memukul bantal)
- Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

**SP 3 Pasien:**

- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- Melatih pasien mengontrol RPK dengan cara verbal
- Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

**SP 4 Pasien:**

- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- Melatih klien mengontrol RPK dengan cara spiritual
- Menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian klien

**SP 5 Pasien:**

- Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien
- Menjelaskan cara mengontrol RPK dengan minum obat
- Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian

**SP 1 Keluarga:**

- Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien

<p>-Menjelaskan pengertian RPK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya RPK</p> <p>-Menjelaskan cara merawat pasien dengan RPK</p> <p><b>SP 2 Keluarga:</b></p> <p>-Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan RPK</p> <p>-Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien RPK</p>	
<p><b>Diagnosa Keperawatan</b></p> <p>Harga diri rendah</p> <p><b>Terapi keperawatan</b></p> <p><b>SP 1 Pasien:</b></p> <p>- Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien</p> <p>-Membantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan</p> <p>-Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih</p> <p>-Melatih kemampuan yang dipilih pasien</p> <p>-Membantu menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih</p> <p><b>SP 2 Pasien:</b></p> <p>-Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</p> <p>-Melatih kemampuan kedua</p> <p>-Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 1 Keluarga:</b></p> <p>-Mendiskusikan masalah yang dirasakan</p>	

<p>keluarga dalam merawat pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya</li> <li>-Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah</li> </ul> <p><b>SP 2 Keluarga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah</li> <li>-Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah</li> </ul> <p><b>SP 3 Keluarga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat ( discharge planning</li> <li>-Menjelaskan follow up pasien setelah pulang</li> </ul>	
--	--

#### F. RENCANA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan	Rencana keperawatan	Rasional tindakan
Resiko perilaku kekerasan	<p><b>Tujuan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengenali RPK yang dialaminya</li> <li>-Klien dapat mengontrol RPK</li> <li>-Klien mengikuti program pengobatan secara optimal</li> <li>-Keluarga klien dapat merawat klien dirumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien</li> </ul>	

	<p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Perilaku menyerang orang lain menurun</li> <li>-Perilaku merusak lingkungan menurun</li> <li>-Suara keras menurun</li> <li>-Bicara ketus menurun</li> </ul> <p><b>Tindakan keperawatan:</b></p> <p><b>SP 1 Pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Membina hubungan saling percaya</li> <li>- Mengidentifikasi penyebab RPK</li> <li>-Mengidentifikasi tanda dan gejala RPK</li> <li>-Mengidentifikasi RPK yang dilakukan</li> <li>-Mengidentifikasi akibat RPK</li> <li>-Menyebutkan cara mengontrol RPK</li> <li>-Membantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I (Tarik nafas dalam)</li> <li>-Menganjurkan klien memasukkan dalam kegiatan harian</li> </ul> <p><b>SP 2 Pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>- Melatih pasien mengontrol RPK dengan cara fisik II (memukul bantal)</li> <li>-Menganjurkan klien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Membangun kepercayaan klien</li> <li>-Klien mampu mengetahui tentang penyebab RPK</li> <li>-Klien mampu mengetahui tentang tanda dan gejala RPK</li> <li>-Mengetahui RPK yang dilakukan</li> <li>-Klien mengetahui akibat RPK yang dilakukan</li> <li>-Klien mampu menyebutkan cara mengontrol RPK</li> <li>-Klien mampu mempraktekkan cara mengontrol RPK dengan benar</li> <li>-Memotivasi klien untuk melakukan tindakan yang sudah diajarkan</li> <li>-Mengetahui perkembangan klien</li> <li>-Klien dapat mengontrol RPK menggunakan tehnik fisik II dengan baik dan benar</li> </ul>
--	---	--



	<p>memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 3 Pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>-Melatih pasien mengontrol RPK dengan cara verbal</li> </ul> <p>-Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p> <p><b>SP 4 Pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>-Melatih klien mengontrol RPK dengan cara spiritual</li> <li>-Menganjurkan klien memasukkan jadwal kegiatan harian klien</li> </ul> <p><b>SP 5 Pasien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien</li> <li>-Menjelaskan cara mengontrol RPK dengan minum obat</li> <li>-Menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ul> <p><b>SP 1 Keluarga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien</li> <li>-Menjelaskan pengertian RPK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya RPK</li> <li>-Menjelaskan cara merawat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Memotivasi klien untuk melakukan tindakan yang sudah diajarkan</li> <li>-Mengetahui perkembangan klien</li> <li>-Klien dapat mengontrol RPK menggunakan tehnik cara verbal dengan baik dan benar</li> <li>-Memotivasi klien untuk melakukan tindakan yang sudah diajarkan</li> <li>-Mengetahui perkembangan klien</li> <li>-Klien dapat mengontrol RPK dengan cara spiritual (bersholawat)</li> <li>-Memotivasi klien untuk melakukan tindakan yang sudah diajarkan</li> <li>-Mengetahui perkembangan klien</li> <li>-Klien dapat menepati program pengobatan supaya cepat sembuh</li> <li>-Memotivasi klien untuk meminum obat secara teratur</li> <li>-Mengetahui masalah yang dirasakan keluarga</li> <li>-Keluarga klien dapat mengetahui tentang RPK</li> <li>-Keluarga klien dapat</li> </ul>
--	--	---

	<p>pasien dengan RPK</p> <p><b>SP 2 Keluarga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan RPK</li> <li>-Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien RPK</li> </ul>	<p>merawat anggota keluarga secara efektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Keluarga klien dapat merawat anggota keluarga dengan baik</li> <li>-Keluarga klien dapat merawat anggota keluarga dengan baik penuh dengan kasih sayang</li> </ul>
--	---	---

## G. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

<b>Implementasi tindakan keperawatan</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>
<p><b>Rabu, 17 Februari 2021 pukul 13.00</b></p> <p><b>Data</b></p> <p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan emosi jika ketenangannya diganggu</li> <li>-Klien mengatakan sulit mengontrol emosinya</li> <li>-Klien mengatakan bahwa dulu sering membanting barang-barang yang ada didekatnya</li> <li>-Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering marah-marah sendiri dan teriak-teriak, membanting barang-barang dirumah, memukuli orang yang lewat didepan rumah</li> <li>-Keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah bekerja menjadi TWK dan disiksa oleh majikannya</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien menggunakan nada ketus saat berbicara</li> </ul>	<p><b>Rabu, 17 Februari 2021 pukul 14.40 WIB</b></p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien mengatakan cukup terbantu dengan tehnik yang diberikan (tarik nafas dalam)</li> <li>-Klien mengatakan bahwa sedikit rilek</li> <li>-Keluarga klien mengatakan bahwa paham dengan apa yang sudah dijelaskan tentang RPK meliputi penyebab, tanda gejala dan akibatnya</li> <li>-Keluarga klien mengatakan bahwa sudah paham bagaimana cara merawat klien dengan RPK</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Klien tampak mempraktekkan tehnik tarik nafas dalam dengan benar</li> <li>-Keluarga klien tampak sudah paham dengan apa yang sudah</li> </ul>

<p>-Klien saat diajak berbicara kontak mata kurang, tetapi sekali melihat dengan tatapan tajam</p> <p>-Klien tampak selalu waspada pada keadaan sekitar</p> <p>-Klien saat diajak berbicara tampak bingung dan tidak tenang</p> <p><b>Diagnosa keperawatan</b> Resiko perilaku kekerasan</p> <p><b>Tindakan keperawatan</b> SP 1 Pasien, SP 1 Keluarga</p> <p><b>Rencana tindak lanjut</b> Tanggal 18 Februari melakukan SP 2 pasien</p> <p><b>Planning perawat</b> Terapi token ekonomi (kegiatan memberikan token berupa permen/uang/makan kepada klien bila sukses mengubah perilakunya)</p>	<p>dijelaskan</p> <p>-Klien tampak masih berbicara ketus</p> <p>-Klien tampak masih tegang</p> <p><b>A:</b> RPK (+)</p> <p><b>P:</b> Latihan tarik nafas dalam 3 kali sehari Pukul 08.00, 13.00, dan 17.00 WIB (Memberikan jadwal kepada klien)</p> <p>TTD Eva damayanti</p>
<p><b>Kamis, 18 Februari 2021 pukul 08.00</b></p> <p><b>Data</b></p> <p>-Klien mengatakan emosi jika ketenangannya diganggu</p> <p>-Klien mengatakan masih sulit mengontrol emosinya</p> <p>-Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering marah-marah sendiri dan teriak-teriak, tetapi sejak kemarin sampai sekarang tidak begitu sering</p> <p><b>DO:</b></p> <p>-Klien menggunakan nada ketus saat berbicara</p> <p>-Klien saat diajak berbicara kontak mata kurang, tetapi sekali melihat dengan tatapan tajam</p>	<p><b>Kamis, 18 Februari 2021 pukul 09.00</b></p> <p><b>S:</b> -Klien mengatakan sudah paham dengan apa yang sudah disampaikan yaitu cara mengontrol RPK dengan cara memukul bantal dengan benar</p> <p>-Klien mengatakan bersedia untuk memasukkan tindakan dalam jadwal kegiatan harian klien</p> <p>-Klien mengatakan sedikit lega</p> <p><b>O:</b></p> <p>-Klien tampak sudah benar melakukan tehnik memukul bantal</p> <p>-Klien tampak berbicara dengan nada kesar dan ketus</p> <p>-Klien tampak tegang</p>

<p>-Klien saat diajak berbicara tampak bingung dan tidak tenang</p> <p><b>Diagnosa keperawatan</b></p> <p>Resiko perilaku kekerasan</p> <p><b>Tindakan keperawatan</b></p> <p>SP 2 Pasien</p> <p><b>Rencana tindak lanjut</b></p> <p>Tanggal 19 Februari 2021 melakukan SP 3 Pasien</p> <p><b>Planning perawat</b></p> <p>Rational Emotive Behavior Therapy (merubah pemikiran yang tidak rasional dan memberikan penjelasan rasional)</p>	<p>-Klien tampak melihat dengan tatapan yang tajam</p> <p><b>A:</b> RPK (+)</p> <p><b>P:</b> Latihan kemampuan fisik II (memukul bantal) 2 kali sehari pukul 09.00 dan 17.00 WIB (Menyerahkan jadwal kegiatan kepada klien)</p> <p>TTD Eva damayanti</p>
<p><b>Jum'at, 19 Februari 2021 pukul 08.00</b></p> <p><b>Data</b></p> <p>-Klien mengatakan emosi jika ketenangannya diganggu</p> <p>-Klien mengatakan masih sulit mengontrol emosinya</p> <p>-Keluarga klien mengatakan bahwa klien jika telat minum obat sering marah-marah sendiri dan teriak-teriak</p> <p><b>DO:</b></p> <p>-Klien menggunakan nada ketus saat berbicara</p> <p>-Klien saat diajak berbicara kontak mata kurang, tetapi sekali melihat dengan tatapan tajam</p> <p>-Klien saat diajak berbicara tampak bingung dan tidak tenang</p> <p><b>Diagnosa keperawatan</b></p>	<p><b>Jum'at, 19 Februari 2021 pukul 09.00</b></p> <p><b>S:</b></p> <p>-Klien mengatakan sudah paham dengan apa yang sudah dijelaskan yaitu cara mengontrol emosi dengan cara verbal</p> <p>-Klien mengatakan perasaannya sedikit rilek atau lega</p> <p>-Klien mengatakan bersedia untuk memasukkan tindakan dalam jadwal kegiatan harian klien</p> <p><b>O:</b></p> <p>-Klien tampak berbicara dengan nada keras dan ketus saat</p>

<p>Resiko perilaku kekerasan</p> <p><b>Tindakan keperawatan</b></p> <p>SP 3 Pasien</p> <p><b>Rencana tindak lanjut</b></p> <p>-</p> <p><b>Planning perawat</b></p> <p>Terapi musik</p>	<p>berbicara</p> <p>-Kontak mata sedikit, dan menatap dengan tajam</p> <p>-Klien tampak sedang tidak mood</p> <p><b>A:</b> RPK (+)</p> <p><b>P:</b> Latihan mengontrol emosi dengan cara verbal 2 kali sehari pada pagi dan sore hari</p> <p>(Menyerahkan jadwal kepara klien)</p> <p>TTD</p> <p>Eva damayanti</p>
--	--


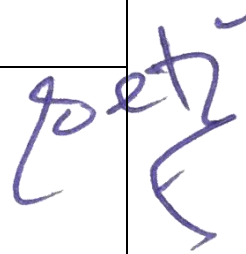


**Lampiran 4****BERITA ACARA**

Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny.M Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Desa Kedung Malang 04/03 Kec. Kedung Kab. Jepara Provinsi Jawa Tengah.

Nama : Eva Damayanti

NIM : 40901800029

No	Nama Penguji	Bagian yang direvisi	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1	Wahyu Endang Setyowati, SKM, M.Kep	1. Menyantumkan teori tentang tindakan spesialis yang telah dilakukan kemudian bahas dalam pembahasan BAB 4	39	Ya	-	
		2. Memberikan teori pembahasan juga pada evaluasi BAB 4	41	Ya	-	
2	Ns. Betie Febriana, M.Kep	1. Menyantumkan teori SP RPK yang direncanakan dalam pembahasan intervensi BAB 4	34-35	Ya	-	
		2. Menyantumkan teori yang dilakukan di pembahasan BAB 4	36-38	Ya	-	
		3. Menyantumkan SP yang tidak dilakukan dan alasan kemudian dibahas dalam pembahasan	38	Ya	-	
3	Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J	1. Bahas bagaimana mendapatkan ide untuk melakukan tindakan spesialis dalam pembahasan BAB 4 karena tindakan spesialis harus didampingi dengan spesialis jiwa.	39	Ya	-	