

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA NY.U DENGAN  
MASALAH RESIKO PERILAKU KEKERASAN  
DI RUANG BROTOJOYO**

Karya Tulis Ilmiah  
Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Siska Widiyaningrum  
40901900056

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG 2021/2022**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Ny. U DENGAN GANGGUAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG BROTOJOYO  
RSJD DR. AMINO GONDOHUTOMO  
PROVINSI JAWA TENGAH**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Siska Widiyaningrum

NIM : 40901900056

Telah disetujui untuk dipertahankan Tim Penguji Karya  
Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 06 Juni 2022

Pembimbing



**Ns. Betie Febriana, M.Kep**

NIDN. 06-2302-8802



Dipindai dengan CamScanner

## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jumat tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

Penguji I

Ns. Hj Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, sp.Kep-I

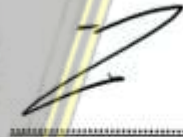
NIDN. 06-1408-7702



Penguji II

Ns. Wigvo Susanto, M.Kep

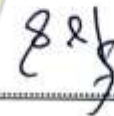
NIDN. 06-2907-8303



Penguji III

Ns. Betie Febriana, M.Kep

NIDN. 06-2302-8802



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN. 0622087403



Dipindai dengan CamScanner

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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



## DAFTAR ISI

|   |    |
|---|----|
| DAFTAR ISI.....                                 | v  |
| BAB I PENDAHULUAN.....                          | 1  |
| A. Latar Belakang Masalah .....                 | 1  |
| B. Tujuan.....                                  | 1  |
| C. Manfaat Penulisan.....                       | 2  |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....                   | 4  |
| A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan ..... | 4  |
| B. Konsep Dasar Keperawatan .....               | 10 |
| BAB III RESUME KASUS .....                      | 14 |
| A. PENGKAJIAN .....                             | 14 |
| II. RIWAYAT.....                                | 14 |
| III. FAKTOR PREDISPOSISI.....                   | 14 |
| IV. FISIK.....                                  | 14 |
| V. PSIKOSOSIAL.....                             | 14 |
| VI. STATUS MENTAL.....                          | 15 |
| VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN ULANG.....             | 15 |
| VIII. MEKANISME KOPING.....                     | 15 |
| IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN.....     | 15 |
| X. SUMBER DAYA .....                            | 15 |
| B. ANALISIS DATA.....                           | 15 |
| C. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN.....              | 16 |
| D. RENCANA KEPERAWATAN.....                     | 16 |
| E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI.....               | 18 |
| BAB IV .....                                    | 21 |
| PEMBAHASAN .....                                | 21 |
| A. Pengkajian Keperawatan.....                  | 21 |
| B. Diagnosa Keperawatan .....                   | 22 |
| C. Intervensi keperawatan .....                 | 23 |
| D. Implementasi Keperawatan.....                | 24 |
| E. Evaluasi Keperawatan.....                    | 26 |
| BAB V PENUTUP.....                              | 30 |
| B. Kesimpulan .....                             | 30 |
| C. Saran .....                                  | 31 |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kesehatan mental adalah keadaan emosional, psikologis, dan sosial yang sehat dalam realisasi perilaku interpersonal yang efektif dan jaringan koping. Berdasarkan kriteria diagnostik keperawatan indonesia (SDKI, 2017) (Madhani & Kartina, n.d.).

Perilaku kekerasan adalah sesuatu keadaan yang tidak dapat di kendalikan dan tingkah laku seseorang, lingkungan dan orang lain (Wulansari & Sholihah, 2021).

Peran perawat dalam menangani klien yang menunjukkan perilaku kekerasan. Perannya adalah melatih klien untuk mengontrol perilaku kekerasan, menarik nafas dalam-dalam, rileks, dan memukul bantal untuk mengontrol kekerasan (Pardede, 2019).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (2018) gangguan jiwa di indonesia meningkat drastis. Provinsi Bali pravelensi 11%, DIY dengan 10% NTB dengan 9% (Fitriani Arifah Sari & Sartika Sari, n.d. Tahun 2021). Gangguan jiwa terjadi pada usia 18-21 tahun sekitar 150 juta seseorang mengalami depresi.

Berdasarkan latar belakang di atas penulisan menarik melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. U Dengan Masalah Perilaku Kekerasan di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

### **B. Tujuan**

#### **1. Tujuan Umum**

Tujuan dari KTI untuk memberikan dan menjelaskan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Resiko Perilaku

Kekerasan di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

## **2. Tujuan khusus**

- a. Untuk mendeskripsikan konsep dasar pada klien dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- b. Untuk mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- c. Untuk mendeskripsikan rencana tindakan keperawatan pada klien dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- d. Untuk mendeskripsikan Tindakan keperawatan pada klien dengan masalah Resiko Perilaku kekerasan di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- e. Untuk mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada klien dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

## **C. Manfaat Penulisan**

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

untuk menambahkan pengetahuan dan wawasan referensi bagi institusi kesehatan sebagai sumber pengetahuan serta pendidikan kesehatan yang benar

### **2. Bagi Profesi Keperawatan**

Untuk memberikan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan selama 3 hari dan mengetahui skill dan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa.

### **3. Bagi Lahan Praktik**

Untuk bahan materi dalam memberikan asuhan keperawatan



jiawa pada klien.

#### 4. Masyarakat

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman bagi masyarakat tentang resiko perilaku kekerasan.





## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan**

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

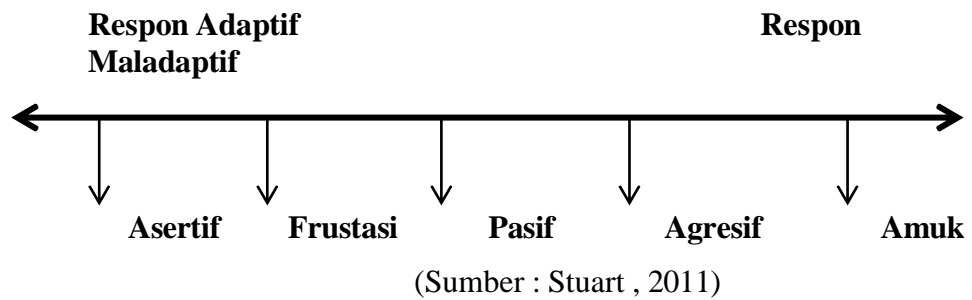
Resiko perilaku kekerasan merupakan berisiko membahayakan secara fisik, emosi dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Sedangkan perilaku kekerasan ialah kemarahan yang di ekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederai orang lain dan atau merusak lingkungan (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

Salah satu faktor risiko perilaku kekerasan adalah kesedihan berkepanjangan karena ditinggalkan oleh orang yang dicintai. Harga diri rendah ini mengarah pada sikap seseorang yang sulit bergaul dengan orang lain (Anisa et al., 2021)..

Perilaku kekerasan merupakan respon seseorang terhadap kemarahan yang diakibatkan oleh ketidakmampuan klien mengatasi stressor yang dialami. Perilaku ini dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain (Laia, 2019).

##### **2. Rentang Respon**

Perilaku kekerasan dianggap kemarahan yang ekstrim. Perilaku agresif dan kekerasan sering dilihat sebagai domain dengan agresi verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan dari kekerasan disisi yang lain. Situasi yang membangkitkan emosi, frustrasi, dan kemarahan. Hal ini mempengaruhi perilaku manusia. Bukti keadaan emosional bahwa akibat perilaku agresif atau menyakitkan dapat dipicu oleh support yang tidak tepat.



**Keterangan :**

- a. Assertif merupakan ungkapan marah tanpa adanya seseorang yang dilukai atau merendahkan harga dirinya.
- b. Frustrasi merupakan perilaku negatif yang terjadi karena mengalami suatu kegagalan terhadap keinginannya.
- c. Pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu mengungkapkan perasaan sesungguhnya.
- d. Agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu.
- e. Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan control diri.

**3. Etiologi**

Menurut (Salamah & Nyumirah, 2018), beberapa etiologi predisposisi dan presipitasi yang terjadi pada sikap kekerasan sebagai berikut:

**a. Predisposisi**

Faktor Predisposisi adalah gangguan jiwa yang dialami karena faktor kehilangan, kegagalan, dan berduka.

1) Psikoanalisis

Teori ini menyatakan bahwa kejiwaan klien sebagai ekspresi dengan adanya dorongan yang menimbulkan masalah.

## 2) Psikologis

Terori yang mengatakan bahwa gangguan kejiwaan yang mengganggu klien dan dapat menyebabkan rasa frustrasi yang berlebihan.

## 3) Biologis

Beberapa hal yang menyebabkan klien bertindak kekerasan sebagai berikut :

- a) Pengaruh Genetik, faktor dari keturunan yang pernah mengalami hal tersebut
- b) Sindrome otak yang berkaitan dengan gangguan sistem otak seperti tumor dan adanya trauma.

Menurut (Wulansari & Sholihah, 2021), sistem otak menyangkut yang menimbulkan agresivitas sebagai berikut :

### a) Sistem Limbik

adalah sistem otak berfungsi mengolah adanya emosi. Selain itu fungsi sistem limbik adalah mengolah informasi atau mengingatkan memori seorang klien.

### b) Lobus temporal

adalah sistem otak berfungsi menyimpan memori dan sistem pendengaran.

### c) Lobus frontal

adalah sistem organ otak yang berfungsi untuk mengolah daya pikir klien secara realistis, dan mengontrol emosi.

### d) Neuro

adalah sistem organ saraf dan ada beberapa obat salah satunya serotonin, Dopamin, Norepineprin, Acetylcholin.

- 4) Perilaku merupakan tindakan yang didalamnya membutuhkan berbagai tindakan dan juga aktivitas klien.
  - a) Adanya tekanan yang berlebihan kepada klien yang dapat mempengaruhi rasa percaya diri.
  - b) Adanya perilaku kekerasan di kalangan anak muda yang menimbulkan korban kekerasan dipengaruhi oleh kurangnya koping dari keluarga klien.
- 5) Sosial budaya
  - a) Norma adalah aturan yang bersifat mengikat berkaitan dengan tingkah laku klien.
  - b) Budaya lokal di lingkungan bertujuan untuk merespon cara marah klien dengan sehat.

**b. Presipitasi**

Presipitasi adalah faktor pencetus yang berawal dari keluarga ke pasien. Penyebab ini dikarenakan adanya mobilitas fisik, putus asa dan kurangnya rasa percaya diri (Salamah & Nyumirah, 2018).

**c. Mekanisme Koping**

Menurut (Laia, 2019) bahwa cara ini bertujuan untuk menolong klien dalam mengungkapkan kemarahan atau emosinya. Seperti denial

Sikap yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan antara

lain:

1) Menyerang

Posisi klien yang terjadi pada sistem syaraf otonom akibatnya klien mengalami tekanan darah tinggi, takikardi, wajah marah, ada rasa ingin memukul.

2) Mengungkapkan

Sikap dilakukan klien dalam mengungkapkan marah adalah sikap liar atau sangat aktif. Sedangkan asertif adalah sikap marah klien tanpa menyakiti diri sendiri maupun orang lain (Anisa et al., 2021).

### 3) Pemberontak

Yang bertujuan untuk klien mencari perhatian orang lain.

### 4) Perilaku Kekerasan

Sikap keras atau tantrum yang diperlihatkan untuk mencari perhatian orang lain.

## 4. Tanda dan Gejala

Menurut (Prabowo, 2018), tanda gejala perilaku kekerasan sebagai berikut :

- a. Marah : cemas, kesal, rasa terganggu, marah dan mudah tersinggung.
- b. Intelektual : mengontrol, argumentatif, dan merendahkan.
- c. Fisik : wajah merah, penglihatan tajam, sesak nafas, tekanan darah tinggi
- d. Spiritual : sombong, adanya keraguan, kreativitas lambat.
- e. Sosial : menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan.

## 5. Manifestasi Klinis

Menurut (Madhani & Kartina, n.d.) manifestasi klinis dengan perilaku sehari-hari sebagai berikut :

Data Subjektif :

- a. Mengekspresikan sikap marah
- b. Rasa ingin menyakiti diri sendiri, orang lain dan sekitar lingkungannya
- c. sering membentak dan menyerang orang disekitar klien

Data Objektif :

- a. Penglihatan Tajam
- b. Rahang tegang serta tangan menggepal

## 6. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wulandari et al., n.d.) ada beberapa tindakan medis dengan resiko perilaku kekerasan terdapat 2 yaitu :

#### 1) Kapsul Haloperidol

Guna mengendalikan sikap mengganggu diri

#### 2) Obat Trihexifenidil

Untuk mengendalikan sikap mengganggu diri serta menenangkan dengan dicoba Electro Convulsive Therapy( ECT)

### b. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan dengan menerapkan strategi SP 1-5 pada klien sebagai berikut :

1) SP I : Mengidentifikasi perilaku kekerasan klien, teknik mengontrol dengan cara fisik, *yang pertama* yaitu tarik napas dalam, bangun rasa hubungan saling percaya, mengecek resiko perilaku kekerasan, mengecek tanda gejala perilaku kekerasan, Mengidentifikasi sikap kekerasan yang dilakukan, mengecek bahaya perilaku kekerasan, menjelaskan cara mengendalikan sikap kekerasan, menuliskan ke jadwal harian.

SP2 : Ajarkan klien dalam mengendalikan sikap kekerasan dengan cara fisik II yaitu memukul kasur, hari selanjutnya membuat jadwal harian.



- 2) SP 3 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan terhadap orang lain, berlatih menunjukkan rasa marah yaitu berbicara dengan halus, membuat jadwal harian cara menyatakan sikap marah.
- 3) SP 4 Klien : Mengajarkan klien cara mengontrol sikap kekerasan secara spiritual, Membantu klien untuk beribadah dan berdoa menurut keyakinan masing-masing, membuat jadwal harian beribadah dan berdoa.
- 4) SP 5 Klien : mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara rutin dan mencatat waktu pemberian obat klien secara teratur. (Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

Melakukan Sp pada Keluarga :

- 1) Menyampaikan masalah yang dihadapi klien oleh keluarga guna untuk mensupport kesembuhan klien.
- 2) Melakukan penyuluhan melalui video atau pamflet seperti menjelaskan definisi perilaku kekerasan, etiologi perilaku kekerasan, tanda gejala perilaku kekerasan dan awal mula terjadi perilaku kekerasan.
- 3) Memberikan waktu untuk keluarga mempraktikkan yang sudah disampaikan perawat.
- 4) Membuat jadwal kepulangan klien

(Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Proses Keperawatan**

#### a. Pengkajian

Mencari informasi yang dilakukan perawat guna mengumpulkan data klien.

#### b. Analisa data

Menganalisis data subyektif maupun objektif guna memilih permasalahan yang dihadapi klien dengan menggunakan pohon



masalah. Dari hasil menganalisis perawat mampu menegakan diagnosa keperawatan.

- c. Diagnosa
  - a. Perilaku Resiko Kekerasan
  - b. HDR
- d. Intervensi

Intervensi keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan melakukan Sp :

Sp Klien

- 1) Melakukan SP I : Membangun hubungan saling percaya , menjelaskan etiologi perilaku kekerasan, menjelaskan tanda gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi sikap kekerasan, menjelaskan bahaya perilaku kekerasan, melatih untuk mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik *yang pertama* yaitu relaksasi nafas dalam dan memasukkan dalam jadwal harian.
- 2) SP2 : Mengajarkan klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik *yang kedua* yaitu memukul bantal, membuat jadwal kegiatan harian.
- 3) SP 3 Klien : Mengajarkan klien mengendalikan perilaku kekerasan, berlatih cara menyatakan rasa marah yaitu berbicara dengan halus, dan membuat jadwal kegiatan harian cara mengungkapkan marah verbal.
- 4) SP 4 Klien : Mengajarkan klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual, membantu klien untuk beribadah dan berdoa menurut keyakinan, membuat jadwal kegiatan latihan beribadah dan berdoa.
- 5) SP 5 Klien : mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara minum obat rutin (Buku Keperawatan Jiwa, 2020).

Sp Keluarga

- 1) Menyampaikan masalah yang dihadapi klien kepada keluarga guna untuk mensupportt kesembuhan klien.

- 2) Melakukan penyuluhan pada keluarga melalui video atau pamflet seperti menjelaskan perilaku kekerasan, etiologi perilaku kekerasan, tanda gejala perilaku kekerasan.
- 3) Memberikan waktu pada keluarga untuk mempraktikkan yang sudah diajarkan perawat.
- 4) Membuatkan surat perencanaan kepulangan klien pada keluarga.

e. Tujuan

Klien bisa mengetahui perilaku kekerasan yang dialaminya, klien mampu mengendalikan perilaku kekerasan, klien mau diberikan obat dengan rutin dan keluarga bisa merawat klien dengan baik (Buku Keperawatan Jiwa, 2020).

f. Implementasi

Implementasi keperawatan dilakukan setelah menentukan intervensi dan implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan

g. Evaluasi

Evaluasi yakni tahap akhir dari asuhan keperawatan , mengevaluasi keberhasilan tindakan sebelumnya yang diberikan pada klien. Evaluasi dilakukan selama pelaksanaan intervensi.

## 2. Akar Masalah

Akibat melukai orang di sekelilingnya.

Bahaya sikap kekekerasan

*Problem atau masalah*



HDR kronis atau situasional *Causa*



## **BAB III**

### **RESUME KASUS**

#### **A. PENGKAJIAN**

##### **I. IDENTITAS KLIEN**

Tanggal 07 Desember 2021 penulis melakukan pengkajian atau mencari data informasi klien di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Data yang diperoleh dengan Ny.U berusia 48 Tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, status klien menikah.

##### **II. RIWAYAT**

Klien mengeluh sulit mengontrol emosi, dan punya rasa ingin memukul orang yang sudah menggangunya. Nada bicara klien tampak keras dan cetus. Keluarga klien mengatakan klien menolak minum obat dan klien mudah emosi bahkan mondar mandir, klien sebelumnya pernah melukai suaminya dengan alat tajam.

##### **III. FAKTOR PREDISPOSISI**

Keluarga klien mengatakan Ny.U pernah di rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa. Klien mengatakan pernah mengalami adanya penolakan dari keinginannya tidak terpenuhi yaitu tidak di support suami untuk membangun usaha.

##### **IV. FISIK**

Pada saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh hasil TD: 134/110 mmHg, Nadi 120x/menit, Suhu 36derajat Celcius. Klien mengatakan tidak ada keluhan lain.

##### **V. PSIKOSOSIAL**

Hasil dari genogram pada saat memperoleh data penulis menganalisa klien masih mempunyai 2 orang tua, klien anak pertama dari empat bersaudara. Klien sudah berkeluarga dan memiliki dua anak, saat ini klien tinggal dengan suami dan anak

perempuannya.

## **VI. STATUS MENTAL**

Pada saat pengkajian klien terlihat rapi dengan pakaiannya dan penampilannya. Ny.U tampak tegang dan pembicaraannya ketus. Pada saat berinteraksi dengan klien tampak kurang konsentrasi, emosi klien kurang terkontrol, sering mengalihkan pembicaraan, ekspresi mudah berubah. Klien masih mampu mengingat memori dengan jangka panjang, ketika ditanya tentang sekolah dan aktivitas sehari-hari dan klien mampu mengingat kejadian sekarang yang dialami sekarang.

## **VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN ULANG**

Klien mengatakan mampu melakukan aktivitas sendiri seperti makan, minum, mandi, berdandan, istirahat tidur, tetapi klien masih sulit untuk minum obat ketika disuruh anaknya.

## **VIII. MEKANISME KOPING**

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

## **IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

Klien mengatakan mengalami masalah dengan lingkungan karena sering diejek atau diganggu dan punya rasa ingin memukul orang di sekitarnya.

## **X. SUMBER DAYA**

Penyakit jiwa : klien mengatakan tidak paham dengan etiologi yang dialami sekarang, mengenai obat-obatan klien belum paham manfaat dari obat tersebut.

## **B. ANALISIS DATA**

Hasil analisa data diagnosa prioritas utama, data subyektif : Klien mengatakan susah mengontrol emosi, serta punya rasa ingin memukul orang yang sudah menganggunya. Keluarga klien mengatakan klien

susah minum obat sehingga klien mudah emosi dan sering mondar-mandir. klien mempunyai riwayat pernah melukai suaminya dengan alat tajam. Data obyektif :

Kontak mata tampak tajam, nada bicara klien terdengar keras, agak kacau emosi klien tampak labil. Sehingga muncul diagnose keperawatan Resiko perilaku kekerasan.

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

### **C. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN**

1. Resiko perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah

### **D. RENCANA KEPERAWATAN**

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

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



berdoa, klien minum obat secara teratur.

Dengan menerapkan strategi SP 1-5 :

- SP I : Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, mengontrol dengan cara fisik 1 yaitu tarik napas dalam Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, Mengidentifikasi Akibat perilaku kekerasan, menyebutkan Cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam , menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian.
- SP2 : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal, menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua.
- SP 3 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu mengucapkan secara baik-baik , menyusun jadwal kegiatan harian mengungkapkan marah secara verbal.
- SP 4 Klien : Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual, Membantu klien untuk latihan beribadah dan berdoa menurut keyakinan masing-masing, menyusun jadwal kegiatan latihan beribadah dan berdoa.
- 5 Klien : mengendalikan perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur dan menyusun jadwal minum obat klien secara teratur.

#### Sp Keluarga

- Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien. Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga meliputi ; pengertian perilaku kekerasan, penyebab PK yang dialami
- Oleh pasien, tanda dan gejala PK dan proses terjadinya



perilaku kekerasan.

- Berikan kesempatan pada keluarga untuk mempragakan.  
(Buku Keperawatan Jiwa, 2020).

## E. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Implementasi yang dilakukan pada 7 Februari 2021 pukul 13.00 WIB, Data subyektif : Klien mengatakan cepat tersinggung dan ingin mengamuk orang-orang yang mengejek atau menganggunya, Klien mengatakan tidak mampu mengontrol emosi. Data Obyektif: Kontak mata klien tampak tajam, nada bicara klien terdengar keras. Diagnosa keperawatan : Resiko perilaku kekerasan, dengan terapi SP 1 membantu klien mengidentifikasi perilaku, kekerasan yang dilakukan, mengontrol dengan cara fisik 1 yaitu tarik napas dalam: Membina hubungan saling percaya, Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, Mengidentifikasi Akibat perilaku kekerasan, Menyebutkan Cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam , menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal harian. Rencana Tindak Lanjut: 8 Desember 2021 planning perawat mengevaluasi SP1 dan melakukan SP2: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal. Evaluasi tanggal 7 Februari 2021,

- S : Klien mengatakan lebih tenang dari sebelumnya, Klien mengatakan bersedia melakukan tarik napas dalam 2x sehari.
- O : klien tampak mampu menjawab salam, menyebutkan namanya, dan mampu menjawab pertanyaan dari perawat meskipun ragu-ragu , klien tampak mampu mengikuti tarik napas dalam yang di ajarkan.
- A: Masalah teratasi sebagian, SP1P Tercapai, RPK (+),
- P: latihan teknik tarik napas dalam 3x sehari, pagi siang dan sore.(berikan jadwal latihan ke klien).

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 8 februari 2021 pukul 13.00 WIB, Data Subyektif: Klien mengatakan sudah melakukan relaksasi napas dalam 3x sehari secara mandiri, dilakukan setelah makan pagi siang dan sore dan merasa lebih tenang setelah melakukan relaksasi, Klien mengatakan masih susah mengontrol emosi, Klien mengatakan bersedia melakukan latihan mengontrol emosi dengan pukul kasur dan bantal. Data Obyektif: Nada bicaranya kadang keras dan ketus. Diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan. Terapi/tindakan keperawatan: mengevaluasi SP1 dan melakukan SP2: Membina hubungan saling percaya, memperkenalkan diri lagi, menanyakan perasaan klien saat ini, melakukan kontral (waktu, tempat dan topik), Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul kasur dan bantal, menyusun jadwal kegiatan latihan pukul kasur dan bantal 2x sehari pagi dan sore. Rencana Tindak Lanjut: 9 februari 2021 :mengevaluasi SP2P dan melakukan SP3P: Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal. Evaluasi pada tanggal 8 februari 2021

- S: Klien mengatakan merasa sedikit lebih rileks dari sebelumnya, klien mengatakan tidak ingin mengamuk, klien mengatakan bersedia mengontrol emosi dengan melakukan pukul kasur dan bantal 2x sehari.
- O: klien tampak kooperatif, klien mampu dan mengikuti latihan pukul kasur dan bantal yang diajarkan.
- A: SP2P teratasi RPK(+).
- P: Latihan melakukan pukul kasur dan bantal 2x sehari pagi dan sore.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 9 februari 2021 pukul 11.00 WIB. Data Subyektif : Klien mengatakan sudah melakukan pukul kasur dan bantal di kamar tanpa disuruh, Klien mengatakan mulai mampu mengontrol perilaku tidak ingin mengamuk, Klien mengatakan tidak ingin merusak barang-barang yang ada disekitarnya, Klien

mengatakan bersedia melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara yang baikbaik. Dan klien bersedia minum obat secara teratur. Data Obyektif :Klien tampak tersenyum ketika perawat datang. Diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan. Terapi/tindakan keperawatan: mengevaluasi SP2P dan melakukan SP3P:, Membina hubungan saling percaya, memperkenalkan diri lagi, menanyakan perasaan klien saat ini, melakukan kontral (waktu, tempat dan topik), Melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal, latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu mengucapkan secara baik-baik, menyusun jadwal kegiatan harian mengungkapkan marah secara verbal.

Evaluasi pada tanggal 9 Februari 2021.

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

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pembahasan yang disampaikan penulis mengenai asuhan keperawatan jiwa yang di berikan Ny. U diagnosa keperawatan Resiko perilaku kekerasan di ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang di lakukan mulai tanggal 7 Desember 2021 – 9 Desember 2021, Penulis melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari .

Isi pembahasan meliputi asuhan keperawatan dengan melakukan mencari informasi, menegakkan diagnosa, menentukan planning, dengan melakukan tindakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah di berikan pada klien.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah wawancara yang dilakukan oleh perawat ke klien guna mengumpulkan informasi klien, menilai dan merumuskan problem klien. Hasil wawancara di kumpulkan yaitu keseluruhan (Buku Ajar Keperawatan Jiwa, 2015).

Berdasarkan pengkajian yang di lakukan penulis pada Tanggal 7 Desember 2021 di Ruang Brotojoyo RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang di dapatkan data sebagai berikut, klien Bernama Ny. U berumur 69 tahun tinggal di Desa Tawangrejo Rt 04 / Rw 05 Winong Pati Jateng suami dan anak yang sudah berumah tangga, dan terdapat keluhan klien mengatakan mudah emosi, serta suka berbicara sendiri dan mengamuk , klien juga mengatakan sulit mengontrol emosi , dan keluarga mengatakan jika klien tidak minum obat klien mudah emosi dan mondar mandir dengan kata ketus dan klien mempunyai riwayat pernah tersinggung dengan ucapan tetangganya (membanding-bandingkan) lalu klien memikirkan samapai tidak bisa tidur samapai sudah minum obat tetap tidak bisa tidur, marah-marah, emosi, nyanyi sendiri

komat kamit.

Selama pengkajian konsentrasi klien mudah beralih, Ny, U pandangan mata tajam, nada bicaranya kacau, berbicara sendiri, serta marah-marah dan nada suara yang keras. Hal ini menurut (SDKI, 2017) yaitu resiko sikap kekerasan artinya sangat merugikan pada fisik dan seksual klien dengan faktor resiko perilaku kekerasan (Kandar & Iswanti, 2019).

Menurut (Madhani & Kartina, n.d.) bahwa faktor presposisi dari perilaku kekerasan merupakan berawal dari situasi lingkungan, klien merasa dikucilkan oleh tetangga sekitar, klien sering bicara lantang seperti orang marah, sedangkan faktor presipitasi ancaman diri dan lingkungan yaitu klien merusak barang disekitar rumah, apabila klien marah klien mengepalkan tangan, selama wawancara kepada klien melalui komunikasi terapeutik dan memberikan rasa percaya antara perawat dan klien untuk mengungkapkan yang dirasakan klien saat ini (Hasannah & Solikhah, 2019).

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Hasannah, 2019) bahwa diagnosa keperawatan adalah memberikan nilai yang bersifat potensial maupun aktual secara komunitas.

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

Menurut data yang diperoleh telah sesuai dengan buku pedoman SDKI yang mendukung untuk menegakkan diagnosa resiko perilaku kekerasan : klien mengatakan , klien pernah di beda-bedan orang di sekelilingnya jadi membuat klien tidak bisa mengontrol emosi, klien mengatakan kadang mendengar suara telepon yang menyuruhnya untuk kembali ke RSJ, klien mengatakan susah mengontrol emosi dan ingin



mengamuk orang yang menganggunya, klien tampak curiga pandangan mata tajam, suka menyanyi sendiri dengan nada bicara klien keras dan ketus, sehingga masalah yang muncul adalah bahaya perilaku kekerasan.

Dari data tersebut menuliskan diagnosa resiko perilaku kekerasan : resiko perilaku kekerasan merupakan prioritas utama, karena dalam data yang diperoleh saat wawancara keluhan utama klien, tanda gejala yang didapatkan bahwa klien mengalami resiko perilaku kekerasan.

Oleh karena itu, berdasarkan data tersebut, penulis dapat membuat kesimpulan bahwa ditemukan dua diagnosis dalam teori dan kasus, yang dapat mendukung diagnosis yang terdapat dalam teori tersebut.

### C. Intervensi keperawatan

Planning keperawatan adalah kumpulan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan tertentu. Rasional ialah suatu alasan untuk bertindak. Informasi ini dapat ditemukan dari literatur dan pengalaman praktik. Planning tindakan yang dipakai dalam lingkungan kesehatan jiwa sudah menyesuaikan dengan standar perawatan jiwa di Indonesia. Tindakan keperawatan harus menjelaskan secara independen, dan berkolaborasi dengan klien, keluarga, kelompok, maupun dengan tim kesehatan jiwa lainnya (Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015) Intervensi untuk klien resiko perilaku kekerasan : Penggunaan implementasi strategis pelaksanaan (Sp) guna bahaya perilaku kekerasan pada Ny. U. Ada 5 Sp untuk klien resiko perilaku kekerasan yaitu:

- a. SPI : bangunlah rasa hubungan saling percaya terhadap klien , Menjelaskan etiologi perilaku kekerasan, Menjelaskan tanda gejala perilaku kekerasan, Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang diperbuat, Menjelaskan bahaya perilaku kekerasan, Menyebutkan cara mengendalikan perilaku kekerasan melalui fisik *yang pertama* adalah latihan relaksasi dan menuliskan di buku jadwal harian klien.
- b. SP2 : Mengajarkan klien menahan perilaku kekerasan melalui fisik *yang kedua* yaitu memukul bantal, kemudian menuliskan di buku

jadwal harian yang kedua.

- c. SP 3 Klien : Mengajarkan klien cara menahan perilaku kekerasan verbal, latihan mengekspresikan marah secara verbal yaitu Berbicara dengan halus, menulis jadwal kegiatan harian cara mengekspresikan marah secara langsung.
- d. SP 4 Klien : Melatih klien mencegah perilaku kekerasan spiritual, Membantu klien untuk beribadah dan berdoa menurut keyakinan, membuat jadwal beribadah dan berdoa.
- e. SP 5 Klien : mencegah perilaku kekerasan dengan menerapkan minum obat rutin dan mencatat jadwal kedalam buku harian.

Adapun SP untuk keluarga :

- a. Menyampaikan masalah yang dialami klien terhadap keluarga guna untuk merawat klien
- b. Memberikan penyuluhan kesehatan berupa pamflet atau video seperti : definisi perilaku kekerasan, etiologi perilaku kekerasan, tanda gejala PK.
- c. Memberikan waktu untuk keluarga yang bertujuan mempraktikan yang sudah diajarkan perawat.
- d. Membuat planning kepelangan oleh keluarga Intervensi sesuai dengan strategi pelaksanaan menurut (Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015)

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi diberikan penulis sudah sesuai dengan intervensi yang telah di rencanakan, implementasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari

,mengingat karna keterbatasan waktu yang singkat penulis hanya menerapkan strategi pelaksanaan (Sp) 1-3. Implementasi hari pertama pada 7 Desember 2021 pukul 09.00 WIB, dengan tindakan Sp 1 : Membangun rasa saling percaya (salam, menyapa klien, berkenalan, menanyakan inisial lengkap, menanyakan nama panggilan, bertanya perasaan dan kabar hari ini terhadap klien) , Menjelaskan etiologi perilaku kekerasan, Menjelaskan tanda gejala perilaku kekerasan, Menjelaskan perilaku kekerasan,



Mengecek hal yang merugikan mengenai perilaku kekerasan, Mengajarkan tips mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik *yang pertama* yaitu relaksasi nafas dalam dan Menuliskan atau membuat jadwal harian klien. Saat penulis menanyakan bagaimana cara mengendalikan emosi klien menjawab dengan baik, klien terlihat mempratekkan dan mengikuti cara melakukan tarik napas dalam dengan baik dan benar.

Implementasi hari kedua pada 8 Desember 2021 pada pukul 11.00 WIB, dengan tindakan Sp 2 : Membangun hubungan saling percaya, memperkenalkan diri lagi, Mengevaluasi jadwal kegiatan klien Sp 1, menanyakan perasaan klien saat ini, melakukan kontral (waktu, tempat dan topik), mengajarkan klien mencegah perilaku kekerasan dengan fisik *yang kedua* yaitu memukul guling, memasukan ke dalam jadwal harian 2x sehari pagi dan sore. Klien mampu mengikuti dan mempraktekkan bantal dengan baik dan betul.

Implementasi ketiga pada 9 Desember 2021 pukul 08.00 WIB, dengan tindakan SP 3: Membina hubungan saling percaya, memperkenalkan diri lagi, Mengevaluasi jadwal kegiatan klien Sp 2, menanyakan perasaan klien saat ini, melakukan kontral (waktu, tempat dan topik), Melatih untuk menahan perilaku kekerasan verbal, latihan mengekspresikan rasa marah verbal yaitu mengucapkan secara baikbaik, menyusun jadwal kegiatan harian mengungkapkan marah secara verbal. Respon klien dapat mempratekkan dengan baik.

Saat menerapkan SP1, Sp2 dan Sp 3 tidak terdapat hambatan, klien kooperatif saat dilakukan tindakan. Penulis tidak melakukan SP4 dan SP5, selain keterbatasan waktu dan saat dikaji klien mengatakan mampu berdoa dan beribadah sesuai keyakinan, serta keluarga klien mengatakan selalu pengawasi klien dalam penggunaan obat, Sehingga penulis tidak melakukan SP4 dan SP5.

Penulis tidak melakulan intervensi terhadap keluarga karena penulis hanya fokus kepada klien, padahal keluarga sebagai support

sistem klien selama proses kesembuhan kejiwaanya (Salamah & Nyumirah, 2018). Keluarga mampu merawat klien yang diperlukan selama klien berada dirumah.

Selama di rumah klien harus mendapatkan perawatan juga, apabila pengobatan ini berhenti kemungkinan bisa mengakibatkan klien kambuh dan harus dirawat kembali mulai dari awal pengobatan dari hari sebelumnya. Peran keluarga sangat penting bagi klien sehingga kekhawatiran akan kesehatan jiwa nya bisa diatasi dengan semaksimal mungkin.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan ialah proses akhir dari asuhan keperawatan untuk melihat hasil dari tindakan keperawatan terhadap klien. Ada 2 jenis evaluasi keperawatan adalah *yang pertama* : evaluasi formatif yaitu kegiatan yang dilakukan sehari-hari setelah selesai melakukan tindakan sehingga perlu dicatat ke dalam buku dokumentasi, *yang kedua* evaluasi hasil yaitu kegiatan yang diterapkan melalui cara melihat reaksi klien dengan tujuan khusus dan umum. (Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa, 2015). Hasil evaluasi tindakan keperawatan selama 3 hari pada Ny.U : Untuk evaluasi pada hari pertama, klien bersedia diajak diskusi secara baik dan bersedia mengikuti intruksi penulis, klien mampu menjawab pertanyaan pertanyaan penulis. Klien dapat kembali berlatih bagaimana mengontrol emosi, yaitu tarik napas dalam. Klien terlihat bisa mengikuti dengan baik dan betul. Untuk evaluasi hari kedua, klien kooperatif dan mau berdiskusi dengan baik, serta dapat mempraktekkan cara mengurangi emosi dengan fisik *yang kedua* adalah memukul guling, pasien dapat mengikuti dan mempraktekkan dengan baik.

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

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **B. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil yang didapatkan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, dapat di simpulkan :

##### 1. Pengkajian

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

##### 2. Diagnosa

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

##### 3. Intervensi

Intervensi bertujuan untuk planning tindakan keperawatan guna mencegah perilaku kekerasan dan pasien bersedia untuk diberikan obat sesuai jadwal.

##### 4. Implementasi

Intruksi keperawatan yang di berikan yaitu dengan menerapkan SP yakni SP 1 latihan teknik tarik napas dalam ,SP 2 latihan dengan cara memukul bantal dengan baik, SP 3 mengajarkan klien mencegah perilaku kekerasan verbal. Klien sangat kooperatif.

##### 5. Evaluasi

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

### C. Saran

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

1. Bagi Mahasiswa

Untuk mahasiswa dapat memberikan asuhan keperawatan jiwa mengenai kasus perilaku kekerasan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Menilai hasil asuhan keperawatan jiwa berharap dapat menjadi contoh oleh teman sejawat mengenai perilaku kekerasan.

3. Bagi Keluarga Klien

Luangkanlah waktu guna untuk merawat klien, berikanlah perhatian dan dukungan penuh untuk mempercepat pemulihan klien.

