

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG SRIKANDI RSJD Dr.
AMINO GONDHOUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Memproleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Anggy Rossa Wijisono

NIM. 40902000007

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DI RUANG SRIKANDI RSJD Dr.
AMINO GONDHOUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Anggy Rossa Wijisono

NIM.40902000007

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 2 Mei 2023



Anggy Rossa Wijisono



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI RUANG SRIKANDI RSJD Dr. AMINO GUNDOHUTOMO PROVINSI JAWA
TENGAH**

Dipersiapkan Dan Disusun oleh :**Nama : Anggy Rossa Wijisono****Nim : 40902000007**

Telah Disetujui Untuk Dipertahankan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III
Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
pada :

Pada : Rabu

Tanggal : 19 Mei 2023

Semarang ,19 Mei 2023

pembimbing



(Ns. Betie Febriana, M.Kep)

NIDN. 06-2302-8802

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

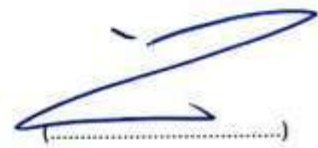
Karya tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang Kamis, 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji I

Ns. Wigyo Susanto, M.Kep

NIDN : 06-2907-8303



Penguji II

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

NIDN : 06-1408-7702



Penguji III

Ns. Betie Febriana, M.Kep

NIDN : 06-2302-8802



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM, M.Kep

NIDN: 06-2208-7403



MOTTO

“jadilah orang yang ‘alim (orang yang berilmu), apabila tidak bisa maka jadilah muta’alim (orang yang menuntut ilmu) atau jadilah mustami’an (pendengar yang baik) atau paling tidak jadilah Muhammad (pecinta ilmu) dan janganlah engkau menjadi orang kelima niscaya engkau akan celaka ”. (HR.Baihaqi).

Jangan menjelaskan tentang dirimu kepada siapapun karena yang menyukaimu tidak butuh itu, dan yang membencimu tidak percaya itu. (Ali bin Abi Thalib).

Jangan pernah lupa untuk selalu bersyukur dan berbagi karna hal tersebut adalah salah satu cara untuk bersyukur atas nikmatnya



KATA PENGANTAR



Alhamdulillah rabbil ‘alamin, puji syukur atas kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya. Oleh karena-Nya penulis dapat diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.S Dengan Resiko Perilaku Kekerasan di RSJD Dr. Amino Gundohutomo Semarang Jawa Tengah.

Terkait dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis memperoleh saran serta bimbingan yang bermanfaat dari banyak pihak yang terkait, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis hendak mengucapkan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian, SKM,.M.Kep Dekan Fkultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Bettie Febriana, M.Kep Pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang sangat sabar dan selalu meluangkan waktu serta tenaganya untuk membimbing saya dan teman teman, tidak lupa selalu memberi nasehat dan semangat dan ilmu yang sangat bermanfaat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah
5. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan selama saya menjadi mahasiswa di Fakultas Ilmu Keperawatan
6. Kepada orang tua dan kakak laki laki penulis, Bpak Kamsono dan Ibu Rusni serta kakak penulis Faris Riga Wijisono. Yang telah memberikan doa restu, nasihat, kkasih

sayang, dukungan, kesabaran yang luar biasa dan selalu menyemangati saya dalam segala hal yang positif, menemani dalam setiap langkah demi mewujudkan cita cita penulis. Penulis berharap dapat menjadi anak yang berbakti kepada orang tua, membahagiakan orang tua dan keluarga, dan bermanfaat bagi banyak orang.

7. Kepada teman teman satu angkatan dan teman teman DIII Keperawatan angkatan 2020 yang telah berjuang bersama kerang lebih 3 tahun bersama untuk menggapai masa depan yang indah bersama
8. Kepada teman teman yang setia selalu menemani penulis friska, umi , fazri, yang selalu mendukung penulis, trimakasih sudah menemani selama ini selama menempuh pendidikan , memberikan semangat dan mau mendengarkan keluh kesah penulis dan memberikan semangat untuk segera menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah penulis dengan baik
9. Kepada Bribda Muhammad Ridhlo Ardiyanto trimakasih sudah menemani sejauh ini,memberikan semangat ,menghibur serta mendorong saya untuk terus segera menyelesaikan tugas Karya Tulis Ilmiah penulis dengan semangat dan selalu sabar ketika penulis sedang kesal dan marah marah tidak jelas.



DAFTAR ISI

| | |
|---|------------|
| SAMPUL | i |
| JUDUL | ii |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASME | iii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI | v |
| MOTTO | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR ISI | ix |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar belakang | 2 |
| B. Tujuan penulisan studi kasus | 3 |
| C. Manfaat penulisan..... | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| A. Konsep Dasar Ansietas | 5 |
| 1. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan | 5 |
| 2. Rentang Respon Marah | 5 |
| 3. Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan | 6 |
| 4. Proses Terjadinya masalah | 7 |
| 5. Manifestasi klinis | 8 |
| 6. Penatalaksanaan | 9 |
| A. Konsep Dasar Keperawatan | 10 |
| 1. Proses Keperawatan | 11 |
| 2. Pohonmasalah | 12 |
| BAB III RESUME KASUS | 14 |
| A. Pengkajian Keperawatan | 14 |
| B. Faktor predisposisi | 15 |
| C. Pemeriksaan fisik..... | 16 |
| D. Ststus mental..... | 17 |
| E. Mekanisme Koping..... | 18 |
| F. Analisa Data..... | 19 |
| G. Rencana Tindakan Keperawatan..... | 20 |
| H. Implementasi Keperawatan | 21 |
| I. Evaluasi Keperawatan..... | 22 |
| BAB IV PEMBAHASAN | 26 |
| A. Pengkajian Keperawatan | 26 |
| B. Diagnosa Keperawatan | 27 |
| C. Rencana Tindakan Keperawatan..... | 39 |
| D. Implementasi Keperawatan | 32 |
| E. Evaluasi Keperawatan..... | 37 |
| BAB V PENUTUP | 40 |
| A. Kesimpulan | 40 |
| B. Saran | 41 |
| DAFTAR PUSTAKA | 43 |

DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

| | |
|--|-----------|
| Gambar 2.1 Rentang Respon Marah | 5 |
| Gambar 2.2 Pohon Masalah..... | 13 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|----|
| Lampiran 1.1 Lembar Konsultasi Bimbingan..... | 50 |
| Lampiran 1.2 Asuhan Keperawatan..... | 51 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Gangguan jiwa merupakan sindrom yang diakibatkan dari berbagai perilaku yang khas yang berhubungan dengan gejala penderita didalamnya satu ataupun lebih fungsi penting dari manusia yang meliputi fungsi psikologis, perilaku biologis yang dapat menimbulkan gangguan pada masyarakat (Zega et al., 2020). Di Indonesia gangguan jiwa terbanyak terdapat di Bali dengan presentase kasus 10,5% dengan kasus gangguan jiwa berat prevalensia (Ansia et al., 2021). Penderita gangguan jiwa yang ada di Indonesia mengalami peningkatan mencapai 7% penduduk, sehingga diperkirakan terdapat 450 ribu orang dengan gangguan jiwa yang berat. Di Jawa Tengah sendiri terdapat 8,7% penduduk yang mengalami skizofrenia, hal ini menjadi salah satu provinsi dengan urutan kelima jumlah penderita terbanyak (Riskesdas, 2018). Data rekam medik RSJ di Jawa Tengah menunjukkan bahwasanya jumlah pasien gangguan jiwa menjalani rawat inap di tahun 2018, ada sebanyak 4.255 pasien masuk dan 4.242 pasien keluar. Sedangkan tahun 2017, ada sebanyak 5.418 pasien masuk dan ada 5.446 pasien yang keluar (RSJD Dr. Amino Gondhohutama Semarang, 2018).

World health organisation (WHO) memaparkan bahwa permasalahan utama pada Gangguan jiwa di duniaini adalah skizofrenia. Skizofrenia sendiri merupakan permasalahan yang tapat diotak dan proses pikirnya, skizofrenia mempunyai karakteristik dengan gejala positif dan negatif. Gejala positif antarlain yaitu halusinasi dan waham, dan untuk gejala negatifnya yaitu seperti perilaku apatis, menarik diri dan tidak nyaman, selain itu pada gejala skizofrenia adalah resiko perilaku kekerasan (*World health organization, 2021*). Salah satu gejala yang muncul dalam skizofrenia dengan perilaku kekerasam gejala yang muncul adalah tindakan amarah, pada resiko perilaku

kekerasan adalah kondisi dimana seseorang pernah ataupun mempunyai riwayat mencederai dirinya sendiri ataupun orang lain dan lingkungannya di sekitarnya baik secara fisik, emosionalnya, pada seks maupun secara langsung hal tersebut di karenakan ketidak mampuan mengendalikan dan mengontrol amarah secara konstruktif (Kartika et al., 2018).

Tanda gejala yang muncul salah satunya adalah matanya melotot pandangannya tajam, tangannya menggenggam , rahang mengatup, wajahnya merah, postur tubuh kaku, tanda dan gejala terseut dapat di sebabkan dari ketidak mampuan pada individu untuk mengontrol nafsu amarahnya. Stimulus lingkungan, pertengkaran interpersonal, perubahan status mental, tidak mau minum obat-obatan, penyalahgunaan zat berbahaya atau Alkohol (PPNI, 2016). Adapun dampak ataupun akibat dari resiko perilaku kekerasan dapat membahayakan seseorang maupun diri sendiri secara fisik maupun psikologis. Orang yang sedang menderita resiko perilaku kekerasan biasanya mengalami perubahan perilakunya contohnya mengancam orang lain, melotot, gelisah, nada suara tinggi dan tegang (Hasannah & Solikhah, 2019).

Tugas atau seorang perawat pada kasus resiko perilaku kekerasan adalah pada saat melaksanakan Asuhan keperawatan dengan keseluruhan meliputi pengkajian, melakukan asuhan keperawatan, rencana keperawatan, melakukan implementasi keperawatan. Implementasi yang paling utama yang dapat di lakukan yaitu dengan SP atau strategi pelaksanaan yang meliputi SP untuk pasien dan SP untuk keluarga dan melakukan evaluasi keperawatan pada kasus pasien resiko perilaku kekerasan dan dapat meningkatkan kesehatan mental dengan cara melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan (Afriyanti et al., 2021).

Berdasarkan latar belakang di atas seseorang yang mengalami gangguan jiwa dan dapat beresiko melakukan resiko perilaku kekerasan yang di sebabkan ketidak mampuan untuk mengontrol emosi, oleh sebab itu orang

gangguan jiwa membutuhkan perawatan untuk membantu mengontrol emosinya ataupun meluapkan emosinya dengan mengajak mengalihkannya ke hal yang positif agar tidak merugikan dirinya sendiri dan orang lain yang di sekitarnya. Sampai benar benar pasien mampu mengontrol dan mengendalikan emosinya maka dari itu penulis tertarik untuk menulis karya tulis ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan Jiwa pada Tn. S dengan Gangguan Resiko Perilaku kekerasan di Ruang Srikandi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umumnya dari karya tulis ilmiah ini guna memperoleh informasi terkait asuhan keperawatan dan dapat memberikan gambaran mengenai asuhan keperawatan pada penderita resiko perilaku kekerasan Di Ruang Srikandi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Jawa Tengah.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Ruang Srikandi RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang Jawa Tengah .
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Srikandi RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang Jawa Tengah
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien Resiko Prilaku Kekerasan Di Ruang Srikandi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Jawa Tengah
- d. Melakukan implementasi pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Srikandi RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang jawa tengah

- e. Melakukan evaluasi pada penderita Resiko perilaku kekerasan di Ruang Srikandi RSJD Dr. Amino Gundohutomo Semarang Jawa Tengah .

C. Manfaat Penulisan

Dapat diharapkan karya tulis ilmiah yang disusun oleh penulis di harapkan berguna bagi pihak yang ber terkaitan antara lain :

1. Institusi pendidikan

Penulisan karya tulis ilmiah di harapkan berguna bagi penulis karya ilmiah itu sendiri dan bagi mahasiswa lain untuk dapat memberi wawasan dan gambaran yang luas pada saat melaksanakan dalam Asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

2. Profesi keperawatan

Dari hasil karya tulis ilmiah tersebut dapat bermanfaat ,menambah lagi pengetahuan dan skill dan meningkatkan peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

3. Lahan praktik

Dapat memberikan acuan untuk meningkatkan mahasiswa praktik untuk memberikan asuhan kepada pasien dengan optimal dan sebaik mungkin.

4. Masyarakat

Dapat memeberikan informasi dan gambaran kepada masyarakat mengenai Asuhan keperawatan yang dapat di berikan kepada penderita Gangguan jiwa dengan kasus resiko perilaku kekerasan

BAB II

TINJAUAN TEORI

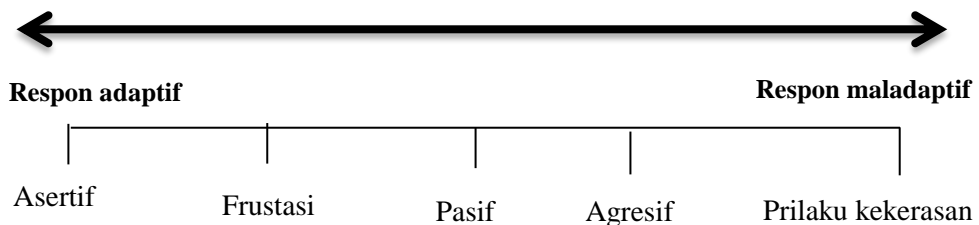
A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Resiko perilaku kekerasan adalah kondisi seorang individu pernah atau memiliki riwayat mencederai dirinya sendiri dan orang lain dan lingkungannya disekitarnya dengan cara fisik, emosionalnya, seksual maupun lisan, dikarenakan individu tidak mampu mengendalikan dan mengontrol amarahnya secara konstruktif (Kartika et al., 2018).

Perilaku kekerasan sendiri merupakan sesuatu ungkapan amarah, emosi yang di luapkan atau dimanifestasikan dalam bentuk fisik, terhadap dirinya sendiri dan orang lain, biasanya disertai dengan amarah, membuat gaduh, gelisah tidak dapat terkendalikan. Seseorang yang mengalami amarah bisa jadi sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dirinya tidak menyetujui, dan merasa terganggu, dan merasa tidak dianggap, merasa dituntut dan merasa diremehkan.

2. Rentang Respon Marah



Gambar 2.1 Rentang Respon

Keterangan :

a. Adaptif

Asertif : Amarah dapat diekspresikan tanpa menyakiti orang lainnya

Frustrasi : ketidak berhasilan dalam menggapi keinginan.

b. Maladatif

Pasif : Tanggapan konstan mengenai ketidak mampuan untuk mengungkapkan dan meluapkan perasaannya.

Agresif : prilaku yang merusak tetapi masih dapat terkendalikan .

Amok : Vandalisme yang tidak terkendali.

(Yusuf et al., 2015)

3. Etiologi Resiko Perilaku Kekerasan

Proses terjadinya masalah menurut Stuart dalam Halimah (2019)

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologis

Dari beberapa faktor biologis terdapat faktor yang heredieter yaitu dimana anggota keluarga salah satu dari mereka sering melakukan prilaku kekerasan, ataupun adanya keluarga yang mengalami gangguan jiwa, terdapat riwayat trauma kepala, dan adanya riwayat penggunaan obat-obatan terlarang seperti NAPZA Stuart dalam Halimah (2019).

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis yang dapat menimbulkan resiko perilaku kekerasan yaitu dari respon stimulus eksternal maupun internal dan dari lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi akibat dari ekpektasi individu untuk mewujudkan sesuatu yang mengalami kelambatan maupun sebuah kegagalan.

3) Faktor sosiokultural

Faktor sosiokultural di timbulkan dari lingkungan sosial yang sangat mempengaruhi perilaku individu dalam menggambarkan maupun meluapkan kemarahannya.

b. Faktor presipitasi

1) Faktor Lingkungan

Faktor dari dalam individu yang meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang lain (putus cinta, perceraian, kematian) kehilangan kasih sayang, kekawatiran terhadap pengakit fisiknya. Sedangkan faktor luar lingkungan meliputi serangan fisik, dalam lingkungannya yang kurang kondusif, dalam kritikan, tindakan kekerasan (Stuart, 2016).

4. Proses Terjadinya Masalah

Menurut pemaparan C.P Chaplin, Anger 2019 (amarah, murka, berang, gusar, amarah, kemurkaan, kebrangasan) adalah sebuah reaksi yang emosional akut yang timbul dari sebuah keadaan yang dapat merangsang, termasuk dalam ancaman, agresi lahiriah, pengekangan diri, serangan lisan, rasa kecewa atau frustrasi dan digambarkan dengan aksi kuat pada sistem saraf otonomiknya, khususnya oleh reaksi darurat pada bagian simpatetik dan secara implisit disebabkan oleh reaksi dengan serangan lahiriah, baik yang bersifat somatis atau jasmani maupun yang verbal atau dengan lisannya.

Perilaku kekerasan atau keadaan seseorang yang tidak bisa mengontrol emosi atau perilaku kekerasan banyak sekali faktor dan penyebabnya di antaranya yaitu munculnya rasa amarah yang bisa muncul dari stress, cemas, merasa rendah dan bermasalah atau berada di bawah tekanan, frustrasi, ketakutan yang berlebih, dan sifat ancaman atau manipulasi. Resiko perilaku kekerasan dapat timbul dari pertukaran emosi yang belum bisa dapat terselesaikan.

Seseorang atau klien yang dapat mengalami resiko perilaku kekerasan beresiko dapat membahayakannya dirinya sendirinya ataupun orang lain ataupun lingkungannya, baik fisiknya, emosional, seksualnya dan verbal (NANDA, 2016). Jadi, resiko perilaku kekerasan melalui proses atau

terdapat banyak faktor penyebab yang dapat memicu perilaku kekerasan di mana seseorang tidak dapat mengendalikan emosi atau kemarahannya. Dari ketidak mampuan untuk mengontrol emosi dan kemarahannya tersebut timbulnya perilaku kekerasan yang dapat di luapkan secara fisik maupun lisan, hal tersebut dapat mencederai individunya sendiri maupun lingkungannya dan orang di sekitarnya.

5. Manifestasi klinis

Dari Buku Ajar Keperawatan Jiwa, (2019) tanda atau gejala pada resiko perilaku kekerasan adalah :

Subjektif :

- a. Perasaan seseorang yang mengungkapkan kemarahan dan kekesalan.
- b. Keinginan seseorang untk melukai orang lain, diri sendiri dan lingkungan.
- c. Seseorang yang suka menyerang atau membentak orang -orang lain.

Objektif :

- a. Matanya melotot
- b. Tangannya menggenggam
- c. Wajahnya merah
- d. Postur tubuhnya kaku
- e. Melakukan ancaman
- f. Nada suara atau bicara tinggi
- g. Mengamuk

Tanda dan gejala yang lain di ataranya seorang yang menderita prilaku kekerasan dapat menunjukkan prubahan prilaku seperti melakukan ancaman, mondar mandir, cemas, nada suara keras, menunjukkan mimik tegang, agresif, nada suara tinggi, bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami resiko prilaku kekerasan menimbulkan

perubahan kemampuannya dalam menyelesaikan masalah, orientasi terhadap waktu tempat, seseorang, gelisah (PPNI, 2016).

6. Penatalaksanaan

a. Memberikan Terapi farmakologi

Untuk terapi farmakologi pagi pasien penderita gangguan emosi atau tidak dapat mengontrol kemarahan seringkali di berikan beberapa pengobatan berupa terapi farmakologis yaitu salah satunya diberikan obat antiansietas dan obat penenang hipotik, seperti lorazepam dan clonazepam, obat penenang tersebut sering sekali di gunakan untuk menenangkan apabila pasien mengalami perlawanan. Menurut (Wulansari, 2021) .

b. Memberikan terapi nonfarmakologi

1) Strategi pelaksanaan

a) Strategi pelaksanaan pasien :

- (1) SP 1 pasien : Latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.
- (2) SP 2 : Evaluasi kemampuan pasien, latih cara fisik II yaitu latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal .
- (3) SP 3 : Evaluasi kemampuan klien, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- (4) SP 4 : Evaluasi kemamuan pasien, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

b) Strategi pelaksanaan untuk keluarga :

- (1) SP 1 keluarga : Mendiskusikan permasalahan yang dihadapi oleh klien dan keluarga dan memberikan penjelasan dengancara merawat klien dengann perilaku kekerasan .
- (2) SP 2 keluarga : melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan .

(3) SP 3 keluarga : melatih secara langsung ke pasien cara keluarga mempraktekkan cara merawat pasien .

(4) Sp 4 keluarga : memfasilitasi keluarga untuk menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien dan obat (discharge planning).

2) Terapi aktivitas kelompok (TAK)

(Arisandy & Sunarmi, 2018) memaparkan mengenai “Terapi Aktivitas Kelompok stimulus persepsi berhubungan dengan kemampuan Mengontrol perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia”. Dalam penelitiannya di dapatkan nilai selisihnya rata dari sebelum postes ke posttest sebesar 7,76 pada variabelnya kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasan setelah di berikan pelatihan aktivitas kelompok stimulasi persepsi dengan kemampuan mengevaluasi perilaku kekerasan

3) Terapi spiritual

Terapi spiritual merupakan terapi dengan dilakukannya dengan cara mendekatkan dirinya pasien terhadap kepercayaannya yang di anutnya. Kjaer (2020) menyebutkan adanya peningkatan level dopamin dan kadar serotonin yang dapat meningkatkan perasaan euphoria atau kebahagiaan dalam tubuh saat dilakukan tindakan atau kegiatan spiritual seperti berdoa atau berzikir sehingga meminimalkan perilaku agresif. Hal tersebut dapat menjadi landasan saat di lakukan terapi spiritual dapat mengontrol perilaku kekerasan. Bentuk dari terapi spiritualnya diantaranya adalah dzikir dan mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an .

Ernawati,dkk (2020) menyebutkan terapi spiritual secara islami dapat terbukti efektif terhadap kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan, dimana dapat perubahan yang signifikan karena adanya penurunan dari tanda dan gejala yang dapat muncul saat

sebelumnya dilakukan terapi spiritual dan setelah di lakukan terapi spiritual .

4) Terapi memukul bantal

Untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan maka perlu penatalaksanaan yang tepat salah satunya yaitu melatih teknik memukul bantal, teknik ini di lakukan untuk meluapkan energi marah yang dirasakan pasien bisa tersalurkan selain itu juga tidak merugikan banyak pihak. Oleh karena tehnik ini sangat membantu untuk penderita prilaku kekerasan (Sadock et al., 2018).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Proses Keperawatan

Keperawatan jiwa merupakan salah satu cabang keperawatan yang dalam pelaksanaan keperawatannya bersifat unik salah satu keunikannya adalah di karenakan seringnya pasien menunjukkan gejala yang sama dalam kasus yang sama. tetapi kebanyakan pasien sulit untuk mengungkapkan ataupun menceritakan permasalahan yang di hadapinya , tak sering pasien justru dapatmenceritakan hal yang sama sekali berbeda dengan permasalahan yang terjadi.

dalamProses keperawatan membantu perawat mendapatkan luarannya, mengukur kualitas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan mepercepat perawat untuk melakukan praktik klinis keperawatan kususnya bagi perawat pemula (Xiao et al., 2017). Dalam Proses keperawatann sendiri terdiri dari lima tahapan, yaitu pengkajiannya, diagnosis, perencanaan keperawatann, implementasi, dan evaluasiakhir. Adapun proses keperawatan jiwa diantaranya berikut :

a. Pengkajian

Pengkajiann merupakan tahapan awal untuk mengidentifikasi data obyek dan subjektif, dan tujuan dari pengkajian itu sendiri yaitu melakukan identifikasi masalah keperawatann pada klien .

b. Analisa data

Menganalisa data bertujuan untuk membuat sebuah kesimpulannya dalam menentukan permasalahan dalam kesehatan dan keperawatan klien sehingga dapat membantu perawat dalam menentukan diagnosa keperawatan.

c. Diagnosaa keperawatan

Resiko perilaku kekerasann

d. Rencana tindakann keperawatan

Menurut Buku Ajar Keperawatan jiwa, (2019) resncana tindakan keperawatan untuk 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 : Evaluasi kemampuan pasien, latih cara fisik II yaitu latih pasin cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantall .
- c) SP 3 : Evaluasi kemampuan pasien, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal.
- d) SP 4 : Evaluasi kemamuan pasien, latih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

2) Strategi pelaksanaan keluarga

- a) SP 1 keluarga : Merundingkan masalah yang dialami oleh klien dan keluarganya dan memberikan penjelasan cara merawat pasien dengan perilaku kekerasan .
- b) SP 2 keluarga : mengajarkan keluarganya mempraktekkan tips perawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan .

- c) SP 3 keluarga : melatih secara langsung ke pasien cara keluarga mempraktekkan tips merawat pasien .
- e) Sp 4 keluarga : memfasilitasi keluarganya untuk menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk pasien dan obat (*discharge planning*).
- e. Implementasi
Implementasi sendiri merupakan proses pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan atau intervensi.
- f. Evaluasi akhir
Evaluasi atau tahap akhir merupakan tahapan kelanjutan untuk menilai keefektifan tindakan atau menilai hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap pasien.

2. Pohon masalah



Sumber : (NANDA, 2016)

Gambar.2.2 pohon masalah.

BAB III

RESUME KASUS

Ruangan perawatan : Srikandi

Tanggal Dirawat : 09 Desember 2022

Hasil studi kasus

Berdasarkan wawancara dan observasi saat hasil pengkajian yang dilakukan penulis tanggal, 20 Desember 2022 pukul 10.00 WIB di RSJD Dr. Amino Gundohutomo Semarang tepatnya di Ruang Srikandi, didapatkan data yaitu klien bernama Tn. S dengan umur 20 tahun berjenis kelamin laki laki. Beragama Islam dan bertempat tinggal di Dusun III Bodeh Kabupaten Pemalang Jawa Tengah. Pendidikan pasien terakhir SLTA. Klien mengatakan sering tidak mampu terkontrol amarahnya ketika sedang mengonsumsi obat-obatan terlarang dan tidak sesuai dosis, keluarga klien mengatakan bahwa klien sering sekali mengganggu tetangganya saat marah dan membuat rusuh. Keluarga klien mengatakan klien jarang pulang dan sering sekali ikut dengan pergaulan anak jalanan dan mengamen di jalanan.

A. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 20 Desember 2022 pada pukul 10.00 WIB di RSJD Dr. Amino Gundohutomo bernama TN.s yang usianya 20 tahun, jenis kelamin laki laki, klien beragama Islam dan bertempat di Pemalang Jawa Tengah, klien tidak bekerja dan kondisinya saat ini belum menikah, dengan pendidikan terakhir SLTA. Klien mengatakan dirinya adalah seorang pecandu obat-obatan, sering sekali tidak mampu mengontrol amarahnya. Keluarga klien mengatakan saat di rumah dan sedang mengonsumsi obat-obatan klien sering marah marah dan tidak terkontrol emosinya, bersuara keras dan sering bicara dengan membentak-bentak, pasien nampak roman bingung, klien mengatakan saat di bawa ke RSJD Dr. Amino

Gundohutomo pasien di ikat tangannya, di tubuh pasien terdapat luka luka di bagian tangan terdapat bekas bekas seperti sayatan dan bekas tali ketika di ikat, di bagian kepala terdapat luka lecet di bagian atas alis, selain itu tubuh pasien di penuhi dengan gambar tato, klien juga menatakan setelah mengonsumsi obat obatan pasien bisa tidak tidur selama 3 hari, klien setelah minum obat obatan tersebut juga merasa ketika melihat orang atau benda seperti melihat kartun 3 dimensi dan seringkali mengganggu tetangga di sekitar rumahnya, dan sering meresahkan keluarga dan masyarakat di sekitarnya .

a. Alasan masuk

Pasien datang kerumah sakit RSJD Dr. Amino Gundohutomo dengan di bawa oleh keluarga dan kapolsek setempat dengan keadaan pasien tangannya diikat di karenakan marah tidak terkontrol, mengganggu dan meresahkan masyarakat di sekitar dari keterangan keluarga pasien seringkali mengonsumsi obat obatan terlarang yang mengakibatkan sering marah marah dan dapat membahayakan masyarakat di sekitarnya kadang kala setelah meminum obat obatan tersebut klien mampu tidak tidur selama 3 hari dan mengamuk dan sempat melukai orang, merusak barang, melihat bayangan seperti bentuk kartun

b. Dari Faktor predisposisi

Sebelumitu pasien klien belum pernah mengalami gangguan jiwaa maupun menjadi pencandu obat obatan terlarang, namun sejak duduk di bangku SMP dengan pergaulannya yang bebas pasien sering tidak pulang dan lebih senang hidup di jalan bersama teman temannya pasien mengaku sejak itulah mulai mengenal obat-obatan terlarang, awalnya pasien hanya mencoba coba lalu pasien mengaku kecanduan .Pasien belum pernah sama sekali menjalani pengobatan, baru inilah pasien berobat dan di bawa oleh orang tuanya dan kapolsek setempat, di karenakan sering marah marah tidak mampu mengendalikan emosinya dan mengganggu masyarakat sekitar . sebelumnya pasien juga sudah

sering dianggap meresahkan lingkungannya jika pasien ada masalah pasien sering melampiaskan dengan minum obat-obatan tanpa perhitungan dosis dan sering juga mengonsumsi obat-obatan terlarang sejenis Narkotika, psikotropika dan bahan adaktif lainnya baik alami ataupun sintetis (NAPZA), pasien juga sering berhalusinasi melihat bayangan-bayangan dan suara-suara dan sering marah-marah tidak jelas yang mengganggu masyarakat di sekitarnya pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang mengalami kondisi seperti ini.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dilakukan pengecekan tanda-tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan 20x/menit , TD : 120/80mmHg , suhu : 36,7 C , dan Nadi 110x/menit klien tidak memiliki keluhan fisik apapun.

d. Genogram

Pasien adalah anak ke-4 dari 4 bersaudara, klien tinggal bersama kedua orangtuanya saja. Anak pertamanya perempuan, dan anak kedua laki-laki, anak ketiga perempuan, untuk kakek dan neneknya sudah meninggal, Ayah pasien dua bersaudara, dan ibunya 3 bersaudara. Sebelum di bawa ke RSJD Dr. Amon Gundohutomo Klien tinggal bersama ayah dan ibunya, saat dilakukan pengkajian klien sedikit kurang berkonsentrasi namun sedikit bingung namun masih merespon jika di ajukan pertanyaan. Klien dan keluarga beragama Islam , klien mengatakan sudah lama tidak melakukan shalat 5 waktu.

e. Konsep diri

Pasien terlihat sedikit rapi tidak ada kecacatan fisik badan di penuh gambar tato, pasien bersyukur dengan dirinya dengan mengatakan pasien menyukai seluruh bagian hidupnya, pasien mengatakan anak ke-4 dari 4 bersaudara, pasien lulus SLTA saat ini di rawat di RSJD Dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Dirumah pasien berperan sebagai anak terakhir yang belum menikah, pasien mengatakan sewaktu di rumah dulu sempat

pernah bekerja, pasien tidak merasa malu namun merasa ingin marah karena pasien tidak merasa mengalami gangguan jiwa saat di antar ke RSJD Dr. Amino Gondhoutomo, klien sampai saat ini terus mengatakan ingin segera pulang.

f. Hubungan Sosial

pasien mengattakan orang terdekatnya klien yaitu ibunya, pasien jugamengatakan ibunya sangat berarti baginya. Pasien mengatakan saat di rumah klien tidak pernah mengikuti kegiatan sosial apapun di lingkup rumahnya, pasien mengatakan jarang sekali di rumah karna sibuk dengan teman temannya, saat di rumah sakitlah klien mengikuti serangkaian kegiatan di ruang srikandi dan berhubungan dengan orang lain selain teman temannya meski kadang berbicara dengan nad suara yang keras.

g. Spiritual

Pasien mengatakan masih ingat bahwa tuhan itu satu, pasien juga mengatakan sudah lama tidak melaksanakan ibadah.

h. Status Mental

Tn.S berpenampilan sidikit tidak rapi, mampu berpakaian sendiri, pasien nampak kooperatif, saat di ajak untuk di wawancari pasien mampu menjawab pertanyaan namun dengan nada suara yang sidikit agak keras namun kontak masih bingung dan kontak jika permu, sedikit curiga. Kadang juga merasa bingung, pasien nampak labil bingung dan sering marah marah maupun bersuara keras, pasien menyadari bahwa dirinya merupakan pecandu obat obatan dan kadang suka marah marah dan kadang melihat bayangan dan suara tidak jelas yang membuat pasien terganggu dan ingin marah, dengan tatapan tajam, Tn.s mempunyai kendala dalam mengingat jangka panjang, pasien masih dapat berkonsentrasi dan masih mampu berhitung, pasien mampu mengambil keputusan sendiri seperti hal kecil pasien lebih memilih makan daulu di

andingkan tidur, pasien hanya menyadari bahwa pasien adalah pecandu obat – obatan saja .

i. Kebutuhan pulang

TN.S mengatakan mampu berpakaian sendiri ,TN. S juga mengatakan mampu makan sendiri dengan makan 3x sehari, mampu BAK dan BAB secara mandiri dan mandi sendiri TN.S juga mengatakan mengetahui semua jenis alat mandi, pasien mengatakan bisa tidur selama di RSJD sebelumnya sebelum di rawat pasien mengatakan jika sulit tidur pasien mengonsumsi obat – obatan setelah itu klien tidak tidur selama 3 hari, saat di RSJD pasien mampu minum obat yang di berikan secara mandiri .

j. Mekanisme coping

Tn.S saat di wawancarai bisa berkomunikasi dengan baik , dapat menjawab pertanyaan yang di berikan namun kadang agak bingung, berbicara agak sedikit keras, kontak jika perlu saja .sebelum di bawa ke RSJD pasien sering marah marah tidak jelas dan mengganggu masyarakat di sekitarnya, setelah di lakukan perawatan di RSJD Dr.Amino Gundhoutomo di ruang srikandi pasien lebih kooperatif dan aktif mengikuti kegiatan yang ada di ruangan namun sampai saat ini pasien hanya merasa dirinya adalah pecandu obat – obatan saja dan tidak merasa mengalami gangguan jiwa .

Sumber daya : pengetahuan gangguan jiwa pasien, pasien mengatakan pasien hanya tau dan merasa dirinya hanya mengalami kecanduan obat – obatan saja dan merasa tidak mengalami gangguan jiwa, pasien belum dapat mengontrol emosinya, pasien trus mengatakan bosan ingin cepat pulang, cepat sembuh dan bebas .

Aspek medik : klien di diagnosa medik skizofrenia tak terinci, ada obat yang di berikan diantaranya dalah Risperidone, Clozapine, Ciprofloxacin, asam imefenamat, Depakote.

B. Analisa Data

Dari hasil pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Desember 2022 pada pukul 10.00 WIB. Didapatkan masalah keperawatan yaitu :

a. Resiko perilaku kekerasan

Masalah tersebut ditandai dengan adanya data data Subyektif pasien mengatakan saat mengonsumsi obat-obatan tersebut pasien meminum obat tersebut hingga lebih dari 5 butir, setelah mengonsumsi obat-obatan tersebut pasien merasakan tenang, dan mampu tidak tidur selama 3 hari, pasien mengamuk dan sempat melukai orang, dan merusak barang, pasien juga mengatakan setelah mengonsumsi obat tersebut pasien melihat bayangan dan suara tidak jelas yang membuatnya risih dan membuat pasien marah. Dan didapatkan data obyektif yang ditemukan adalah klien nampak roman bingung, cemas, berbicara keras, terdapat luka lebam di bagian wajah, terdapat luka bekas sayatan di bagian tangan akibat diikat dikarenakan pasien marah-marah dan tidak mampu mengontrol emosinya, sempat berkelahi dengan teman sekamarnya, tubuh klien tampak dipenuhi gambar tato di bagian tangan, dada dan kakinya, dengan tanda-tanda vital (TTV) meliputi : pernafasan 20x/menit, tekanan darah : 120/80 mmHg, suhu 36,7 C, dan nadi 110x/menit.

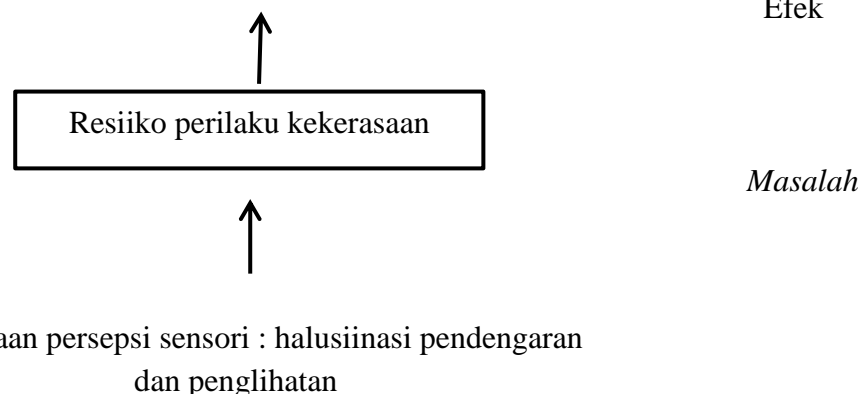
b. Daftar Masalah keperawatan

Dari data di atas penulis menetapkan data untuk diagnosa utama yaitu

Resiko perilaku kekerasan .

c. Pohon masalah

Resiko mencederai dirinya, orang lain dan lingkungannya



Sebab

Gambar 2.2 sekema pohon masalah pada TN.S

- d. Prioritas diagnosa keperawatan
 diDiagnosa yang menjadikan prioritass utama adalah Resiiko perilaku kekerasan .

C. Rencana Tindakan Keperawatan

Dari hasil pengkajian pada tanggal, 20 Desember 2022 di dapatkan data subyektif dan obyektif, dengan permasalahan keperawataan yang munculnya adalah Resiiko perilaku kekerasan dan rencana selanjutnya akan menyusun rencana tindakan keperawatn pada klien, lanjut dilakukan tindakan keperawatn selama 3 x 7 jam diharapkan dapat mengenali perilaku kekerasan yang di alaminya pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan, klien dapat mengikuti program pengobatan secara penuh, keluarga klien dapat mampu melakukan perawatan saat dirumah dan dapat menjadi pendukung utama untuk pasien .

- a. SP 1 pasien yaitu pasien latihan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik 1 yaituu dengan latihan teknik dengan tarik nafas dalam, teknik ini dapat membantu dan memberikan rasa nyaman dan tenang pada pasien sehingga pasien rileks dan saat klien rileks rasa dan keinginan untuk marah dapat terkontrol secara perlahan dan saat dalam keadaan rileks pun dapat membantu tekanan darah pada pasien menjadi setabil, nadi menjadi setabil dan ketegangan pada otot menurun .
- b. SP 2 pasien di latih untuk meengontrol resiko perilaku kekerasan dengan latihan fisik 2 yaitu dengan cara memukul bantal, tindakan atu teknik ini dapat membantu pasien untuk mengungkapkan perasaan marahnya tanpa merugikan dirinya sendiri maupun orang lain .

- c. SP 3 klien latihan latihan menngontrol resiko perillaku kekerasan dengan cara verball, dengan teknik tersebut klien pasien dapat mengungkapkan semua perasaan marah ataupun perasaan yang mengganggu klien dapat di ungkapkan secara verbal ataupun pasien dapat mengatakan secara langsung tanpa menyakiti atau merugikan siapapun yang ada di sekitarnya.
- d. SP 4 klien latihan mengontrol resiko perilku kekerasan dengan cara spiritual yaitu dengan teknik mengajarkan bersolawat ataupun morotal, dengan teknik ini pasien dapat mendapatkan ketenangan dalam hatinya sehingga keinginan marah dapat terkontrol karena pasien ingat dengan Allah SWT.
- e. SP 5 pasien mengontrol resiko prilaku kekerasan dengan cara patuh dalam meminum obat, dikarenakan peran obat sangatlah membantu dan penting untuk mengontrol perubahan-perubahan kimia didalam otak, maka dari itu di butuhkan kepatuhan dalam minum obat yang sudah diresepkan dari dokter.
- f. SP 1 Keluarga dengan membicarakan permasalahan yang dialami keluarga klien saat merawat klien dan memberikan penjelasan pada keluarga mengenai dengancara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan, dengan ini dapat meningkatkan kemampuan keluarganya untuk merawat pasien dan menjadi pendukung yang efeektif bagi klien.
- g. Selanjutnya SP 2 dan 3 keluarga, dengan mempraktikan langsung kepada klien pada resiko perilaku kekerasan, dengan terai keluarga klien jugadapat merawat dengan sebaik mungkin dan dapat menjadikan pendukung yang efektif bagi kliendengan resiko perilaku kekerasan .
- h. SP 4 dengan mengajarkan keluarga dan memfasilitasi keluarga untuk membuat dan menyusun jadwal kegiatan dirumah untuk klien dan jadwal jam meminum obat agar klien maupun keluarga ingat cara ingin pun dapat membantu mengingat kegiatan pasien dan keluarga untuk merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan .

D. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan atau implementasi yang telah disusun berdasarkan masalah yang dialami pasien, sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan pada dapat dilakukan implementasi pada TN.S untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan pada pasien :

Hari pertama Selasa, 20 Desember 2022 padapukul 10.00 WIB melakukan SP 1 pada pasien dengan membinaa hubungan saling percaya, lalu identifikasi penyebab, tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan lalu melatih pasien untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik 1 yaitu tarik nafas dalam . Didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan dapat melakukan tarik naafas dalaam “ mbak saya bisa melakukan tarik nafas dalam seperti yang tadi mbak ajarkan. Didapatkan respon objektif: pasien cukup tenang, kontak seperlunya, nada suara bicara pasien tinggi dan keras, tatapan tajam, namun pasien mau mengukuti teknik tarik nafas yang di ajarkan namun kontak seperlunya dan masih kurang untuk berkonsentrasi secara penuh. Penulis menyimpulkan diagnossa keperawatan adalah resiko perilaku kekerasan. Tindakan yang dilakukan perawat yaitu Strategi pelaksanaan 1 Pasien selanjutnya rencana tindak lanjut yang akan dilakukan perawat yaitu padaa Rabu, 21 Desember 2022 pukul 10.00 WIB akan di lakukan rencana tindak lanjut SP 2 klien (mngevaluasi kemampuan klien dalam mengontrrol resiko perilaku keekerasan dengan teknik memukul bantal). *Planning* perawat untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan selain strategi pelaksanaan adalah konsul ke dokter,terapi ECT.

Selanjutnya Rabu, 21 Desember 2022 padapukul 10.00 WIB melakukan SP 2 pasien dan terapi spesialis jiwa, dengan SP 2 yaitu latihan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dengan cara teknikk memukul bantal cara ini untuk meluapkan kemarahan pasien dengan cara yang positif tanpa merugikan dirinya sendiri dan orang lain , didapatkan respon subjektif :

pasien mengatakan bisa meluapkan emosinya melalui pukul bantal sesuai yang di ajarkan. Didapatkan respon objektif : pasien nampak kooperatif dan mengikuti gerakan yang di ajarkan meski kadang sedikit bingung melakukan teknik pukul bantal dengan baik dan berbicara dan bertanya dengan tatapan tajam dan bicara dengan nada yang keras namun pasien nampak masih mau melakukan apa yang sedang di ajarkan. Penulis dapat menyimpulkan diagnosa keperawatan adalah resiko perilaku kekerasan. Dengan tindakan yang dilakukan perawat yaitu SP 2 pasien . Dan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan perawat pada hari untuk Kamis , 22 Desember 2022 pukul 10.00 WIB yaitu SP 3 (melakukan evaluasi kemampuan klien melatih pasien bagaimana mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal). *Planning* perawat untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan selain strategi pelaksanaan yaitu konsul dokter dan terapi ECT medikasi.

Hari ke 3 pada hari kamis, 22 Desember 2022 padapukul 10.00 WIB melakukan SP 3 melakukan evaluasi jadwal harian pasien, melatih cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dan menganjurkan dan mengajarkan pasien untuk mencatat tindakan taupun kegiatan yang dilakukan dalam jadwal harian pasien. Didapatkan respon subjektif pasien : pasien mengatakan mau mengikuti dan mencatat kegiatan yang sudah di tetapkan, Didapatkan respon objektif pasien : pasien cukup kooperatif dengan pasien mampu mengikuti penjelasan dan bersedia mencatat tindakan yang sudah di lakukan dalam jadwal harian pasien, pasien terkadang masih sedikit bingung namun masih bisa mengikuti arahan yang di berikan. Penulis dapat menyimpulkan mediagnosa keperawatan adalah resiko perilaku kekerasan. Dengan tindakannya yang dilakukan oleh perawat SP 3 pasien. Dan rencana tindak lanjut untuk hari berikutnya yaitu mengevaluasi SP 1-3 resiko perilaku kekerasan. *Planning* perawat untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan selain strategi pelaksanaan yaitu konsul dokter dan terapi ECT.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi masalah pada klien, pada tahapan evaluasi ini, perawat dapat tahu seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan enatalaksanaan telah tercapai.

Resiko perilaku kekerasan

Setelah dilakukannya implementasi keperawatan dalam 3x pertemuan, untuk tahap selanjutnya yaitu melakukan evaluasi kepada pasien. Pada Selasa, 20 Desember 2022 pada pukul 10.00 WIB yang didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan mampu melakukan teknik tarik nafas dalam meskipun awalnya pasien bingung, pasien juga mengatakan merasa sedikit rileks, keluarga klien mengatakan sudah mulai paham dan mengerti dengan penjelasan yang disampaikan mengenai resiko perilaku kekerasan yang meliputi penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan mengatakan sudah mulai paham bagaimana merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Dan didapatkan data objektif yaitu klien tampak mempraktikkan teknik tarik nafas dalam meski awalnya bingung namun pada akhirnya pasien mampu melakukan teknik tarik nafas dengan baik dan benar, klien nampak tenang, klien berbicara dengan nada suara yang keras dan ketus. Analisa yang didapat pada evaluasi hari pertama yaitu Resiko perilaku kekerasan masih ada (+). Dan *planning* yang diberikan perawat pada pasien yaitu untuk terus melatih untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan teknik tarik nafas dalam 2x sehari pada pukul 10.00 dan 12.00 WIB.

Evaluasi hari ke dua Rabu, 21 Desember 2022 pada pukul 10.00 WIB yaitu didapatkan hasil data Subjektif yaitu pasien mengatakan sudah mulai paham dengan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan cara fisik 2 yaitu dengan teknik memukul bantal, klien

mengatakan sedikit lega dan dapat meluapkan kemarahannya dengan memukul bantal. Dan didapatkan data objektif klien tampak kooperatif, sedikit bingung di awal, pasien nampak tegang, dan berbicara dengan ketus dengan nada suara yang keras, pasien menatap dengan tatapan yang tajam, klien melakukan teknik cara fisik 2 dengan baik dan benar. Analisa yang didapat pada evaluasi hari ke dua yaitu resiko perilaku kekerasan masih ada (+). Dan *planning* yang di berikan perawat kepada pasien yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan menggunakan cara tarik nafas dalam 2x sehari pada pukul 10.00 dan 12.00 WIB dan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik memukul bantal 2x sehari pada pukul 13.00 dan 15.00 WIB,serta minum obat yang teratur .

Evaluasi pada hari ke tiga Kamis, 22 Desember 2022 pukul 10.00 WIB yaitu didapatkan data Subjektif yaitu pasien mengatakan paham teknik mengurangi resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan teknik verbal pasien bersedia melakukan kegiatan yang sudah di jadwalkan, klien mengatakan bersedia mengisi jadwal harian pasien, klien nampak sedikit rileks. Dan didapatkan objektif klien tampak sedikit bingung, namun masih bisa kooperatif namun pasien masih berbicara dengan ketus dan dengan nada suara yang keras. Analisa yang didapat pada evaluasi hari ketiga yaitu resiko perilaku kekerasan masih ada (+). Dan *planning* yang di berikan perawat kepada pasien yaitu latihan mengontrol perilaku kekerasan menggunakan cara tarik nafas dalam 2x sehari pada pukul 10.00 dan 12.00 WIB dan latihan mengontrol perilaku kekerasan menggunakan teknik memukul bantal 2x sehari pada pukul 13.00 dan 15.00 WIB, melatih mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal 2x sehari dipukul 16.00 dan 17.00 WIB , serta minum obat secara teratur

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis pada bab ini akan melakukan pembahasan mengenai bagaimana asuhan keperawatan terhadap TN.S dengan kasus resiko perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gundohutomo selama 3 hari kekolahan secara sistematis. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang sistematis dengan pasien yaitu dengan melaksanakan pengkajian mrnggunakan cara melakukan wawancara dan melakukan observasi, dan menentukan masalah atau diagnosa keperawatan, menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan, dan memberikan tindakan keperawatan yan sudahh di rencanakan, lalu kemudian mengevaluasi perkembangan klien setelah dilakukannya tindakan keperawatan terhadap klien.

A. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilaksanakan pada Tn.S yang berumur 20 tahun jenis kelaminnya laki laki dan beragama Islam. TN.S merupakan lulusan SLTA saat ini klien tidak bekerja ,klien tinggal dengan kedua orang tuanya dari hasil pengkajian pada TN.S sebagai berikut : klien mengatakan dirinya merupakan seorang pecandu obat obatan ,klien mengatakan sulit untuk mengontrol emosinya, pasien mengatakan sering berbicara dengan nada yang keras pasien mengatakan bosan berada di RSJD ingin cepat pulang, dan merasa bingung. Hal ini di sesuai (PPNI, 2016) yaitu resiiko perilaku kekerasan dapat beresiko membahayakan secara fisiknya, emosinya dan atau seksualnya pada dirinya sendiri dan orang lain. Hal ini juga sesuai dengan SDKI PPNI , (2016) yaitu pada tanda dan gejala dari resiko perilaku kekernan pada data objektif pasien memiliki tanda mata melotot, tangan mengepal, nada bicara tinggi atau keras, wajah marah, postur tubuh kaku, mengamuk .

Menurut Stuart dalam Halimah (2019) faktor predisposisi yang dialami pleh klien termasuk dalam faktor biologis yaitu klien merupakan seorang

pecandu obat-obatan terlarang, atau klien mempunyai riwayat penggunaan NAPZA. Pernyataan tersebut juga diungkapkan oleh klien sendiri bahwa klien merupakan seorang pecandu obat-obatan. Sedangkan faktor presipitasi yaitu dari faktor luar lingkungan yaitu lingkungan yang tidak kondusif, Klien mengatakan jarang sekali di rumah klien lebih sering bergaul dan tinggal dengan anak jalanan dengan pergaulan yang bebas (Halimah 2016).

Selama pengkajian dan proses pengumpulan data, penulis melaksanakan pendekatan terhadap klien dengan menggunakan komunikasi terapeutik yang lebih terbuka, agar klien mau mengungkapkan perasaan dan mau bercerita mengenai masalah yang dialaminya dan juga melakukan observasi kepada klien. Penulis melakukan pendekatan dan membina hubungan saling percaya diri untuk mengungkapkan apa yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan pemaparan Indrawati dalam (Transyah & Toni, 2018) yaitu komunikasi terapeutik merupakan pada komunikasi interpersonal pada tolak ukur saling memberikan pemaman antar perawat dan pasien, sehingga perawat dapat membantu proses penyembuhan klien yang menerima bantuan. Dari hasil observasi dan pendekatan kepada klien didapatkan pasien adalah anak terakir dari 4 bersaudara, klien satu rumah dengan ayah dan ibunya klien mengatakan orang yang paling klien sayang di keluarganya adalah ibunya, hal ini sesuai pada peran keluarga yang berperan penting dalam proses penyembuhan klien pada sikapnya yang dapat menimbulkan dan dapat mendukung tumbuhnya harapan besar dan optimisme kepada klien Suhermi, (2019).

Selain itu di dapatkan data status mental klien, klien tampak berpenampilan kurang rapi, tubuh di penuh tato dan tangan di penuh luka dan bekas sayatan, roman bingung, kontak seperlunya, klien mengatakan dirinya tidak mengalami gangguan jiwa klien hanya mengakui bahwa dirinya seorang pecandu obat-obatan, bingung, labil, klien nampak kurang berkonsentrasi, bicara dengan ketus dengan nada suara yang tinggi, sulit berkonsentrasi. Hal ini sesuai dengan akibat respon resiko perilaku kekerasan

Imelda, (2018) dalam data obyektif yaitu klien menunjukkan perilaku wajah tegang, tangan mengepal, tatapan tajam, bicara ketus, muka merah. Selain itu klien juga belum mampu mengatasi cara mengontrol emosi, nada bicara masih keras, klien belum mampu memecahkan masalahnya dan mengontrol resiko perilaku kekerasannya. Hal ini sesuai dengan Pardede, Siregar, & Halwa, (2020) seseorang yang mengalami perilaku kekerasan menunjukkan perilaku mengancam, intonasi keras, agresif, nada suara tinggi, tidak bisa diam, gelisah, mengalami penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, orang, kegelisahan.

B. Diagnosa Keperawatan

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan penulis menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan standar SDKI dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) Penulis tidak mencantumkan kode diagnosa utama, seharusnya penulias mencantumkan kode diagnosa D.0146 untuk diagnosa resiko perilaku kekerasan. Pada Resiko perilaku kekerasan dapat berisiko membahayakan pada fisik, emosional, dan pada seksual pada diri sendirinya sendiri atau orang disekitarnya. Tanda dan gejala yang dialami oleh TN.S dari hasil data yang telah diperoleh dari subjektif yaitu perasaan seseorang yang mengungkapkan kemarahannya dan kekesalannya, keinginan seseorang untuk melukai seseorang, dirinya sendiri dan lingkungannya, seseorang yang suka menyerang, sedangkan pada data objektif nya dapat dilihat mata melotot, tangan mengepal, wajah merah, postur tubuh kaku, mengancam, nada suara tinggi, mengamuk. Untuk mengatasi kemarahan yang dirasakan oleh klien, klien biasanya mengonsumsi obat-obatan terlarang yang mengakibatkan klien tidak mampu mengontrol emosinya. padahal ini sesuai dengan tandatanda dan gejala sesuai dengan (Imelda, 2018) yaitu wajah memerah dan tubuh tegang, matanya melotot atau pandangan mata tajam, tangannya mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, postur tubuh kaku, pandangan tajam, nada suara tinggi. Selain itu tanda dan gejala lain sering menunjukkan keluhan perasaannya terancam dan marah, pasien merasa jengkel

mendengarkan nada suara suara yang menegaskan untuk melukai dirinya sendiri, orang orang lain dan lingkungannya. Kartika Sari,(2015;138) dalam Imelda,(2018)

Penulis dapat mengambil diagnosa keperawatan yaitu resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama (diagnosa utama). Pada Resiko perilaku kekerasan yaitu seseorang yang menunjukkan bahwa individu tersebut dapat menimbulkan bahaya bagidiri sendiri atau orang lain atau lingkungannya, baik pada fisik, emosionalnya, seksual, dan secraverbal (NANDA, 2016). Setelah dilakukan pengkajian dan pengumpulan data diagnosa resiko perilaku kekerasan mempunyai data subjektif dan objektif yang kuat sehingga layak untuk ditegakkan menjadi diagnosa prioritas, pada data Subjektif yang didapatkan pada saatmelakukan pengkajian yaitu klien mengatakan pasien merupakan seorang pecandu obat obatan, klien juga mengatakan setelah mengonsumsi obat obatan klien mampu tidak tidur selama 3 hari selain itu klien kerap meliahat bayangan dan mendengar suara yang membuatnya risih dan marah .sedangkan data objektif di dapatkan klien nampak cemas, berbicara dengan nada bicara yang keras dan ketus, roman masih bingung , terdapat luka lebam di bagian wajah atas pelipis, terdapat luka bekas sayatan di pergelangan tangan akibat di ikat di karenakan pasien marah marh tidak terkontrol emosinya, tatapan tajam, dengan tansa vital meliputi : Pernafasan 20x/menit , TD : 120/80 mmHg , suhutubuh 36,7 C dan nadi 110x/menit. Oleh karena itu, penulispun dapat menyimpulkan bahwasanya antara teori dan kasus tidak di temuka kesenjangan

C. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan semua tindakan yangdapat dilakukan oleh perawat untuk dapat mencapai kriteria hasil yang diharapkan yang mengacu pada pengetahuan dan penilaian klinis SDKI (PPNI, 2018). Pada tahap rencana tindakan keperawatan terhadap klien yaitu menggunakan strategi pelaksanaan. Perencanaan atau intervensi yang ditetapkan oleh penulis yang dipergunakan untu menyelesaikan

permasalahan atau mengatasi masalah klien dengan cara dapat membina hubungan kepercayaan pada perawat, klien dan keluarga. Tujuan dilakukannya strategi pelaksanaan secara baik dan benar kepada klien, agar klien mampu mengetahui tentang resiko perilaku kekerasan, dapat mengontrol emosinya, dapat menyebutkan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan, dan mampu meluapkan emosinya dengan cara yang positif.

SP 1 pasien : melatih teknik rileksasi tarik nafas dalam, membina hubungan saling percaya melakukan komunikasi teraupetik dengan klien, mendiskusikan kontrak dengan beberapa kali pertemuan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan. Hal ini dapat dikarenakan dengan menggunakan komunikasi teraupetik dapat membangun hubungan antara perawat dengan pasiennya yang akan rencana untuk dapat mencapai tujuan terapi dalam mencapai tingkat kesembuhan yang sesuai dan efektif dengan diharapkan lama harinya pasien di rawat menjadi berkurang dan dipersingkat singkatnya (Muhith & Siyoto, 2018). Hal ini membantu klien untuk mengenai dan melakukan identifikasi penyebabnya, dan tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang dapat dilakukan, akibatnya, dan melatih klien untuk pengendalian resiko perilaku kekerasan dengan SP satu teknik rileksasi tarik nafas dalam. Setelah dilakukan pengenalan mengenai resiko perilaku kekerasan kepada klien perawat juga memberikan dan melatih teknik mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara menarik nafas dalam. Teknik tarik nafas dalam dapat dilakukan dengan tarik nafas mulai hidung kemudian dikeluarkan melalui mulut, latihan ini bisa dilakukan sebanyak 2-3 kali. Hal ini dikarenakan relaksasi nafas dalam mampu meningkatkan ventilasi alveoli, terjadinya pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan rasa tenang, dapat mengurangi tingkat stres baik stres fisik maupun emosional, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi (Tazqiyatus Sudia, 2021). Perawat memberikan arahan dan kemudi klien mempraktikkan dengan cara mandiri. Perawat juga memberikan jadwal harian kepada klien untuk mempraktikkan

tarik nafas dalam sebanyak dua kali dalam sehari pada pukul 10.00 dan 12.00 WIB, jika klien mempraktikkan hal tersebut maka dapat dituliskan di jadwal harian yang telah diberikan.

SP 2 pasien : Evaluasi resiko perilaku kekerasan, manfaat teknik tarik nafas dalam, mempertahankan rasa percaya dengan klien, mendiskusikan kontrak ulang tentang bagaimana cara pengendalian risiko perilaku kekerasan dan melatih cara fisik II yaitu latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan memukul bantal. Setelah klien dapat melakukan teknik tarik nafas dalam maka perawat akan mengajarkan teknik memukul bantal dengan cara ketika klien merasa marah klien bisa meluapkan semua kemarahannya dengan meletakan bantal di atas paha lalu pukul bantal dengan menggunakan tangan sebanyak yang klien mau, setelah merasa puas klien juga bisa melakukan teknik tarik nafas kembali agar klien merasa lebih rileks dan tenang.

Teknik ini dilakukan untuk meluapkan energi marah yang dirasakan pasien bisa tersalurkan selain itu juga tidak merugikan banyak pihak. Oleh karena teknik ini sangat membantu untuk penderita perilaku kekerasan (Sadock et al., 2018). Perawat memberikan arahan dan selanjutnya klien mempraktikkan secara mandiri, setelah klien mampu mempraktikkan secara mandiri teknik meluapkan emosi atau kemarahan dengan memukul bantal. Perawat juga memberikan jadwal harian kepada klien untuk mempraktikkan teknik memukul bantal 2 kali dalam sehari yaitu pukul 13.00 and 15.00 WIB atau ketika pasien merasa ingin marah, jika klien mempraktikkan hal tersebut maka dapat dituliskan dalam jadwal harian yang telah diberikan. Setelah dilakukan implementasi keperawatan hari kedua penulis tidak mengalami hambatan karena klien mulai kooperatif dalam interaksi kepada perawat. Dibuktikan dengan klien mampu mengulang teknik rileksasi yang diajarkan sebelumnya dan mampu berkonsentrasi dan mengikuti arahan dari perawat, dan mampu melakukan teknik memukul bantal secara mandiri.

SP 3 pasien : Evaluasi kemampuan dari pasien, melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik verbal, mendiskusikan kontrak ulang tentang bagaimana bagaimana cara pengendalian resiko perilaku kekerasan, setelah pasien mampu melakukan teknik tarik nafas dalam, teknik memukul bantal maka perawat akan mengajarkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu dengan cara berbicara dengan baik, meminta, dan mengekspresikan marah dengan ungkapan yang baik, anjurkan klien untuk menulis jadwal kegiatan di buku harian yang sudah diberikan, setelah klien mau dan bisa melakukan teknik yang di berikan dilanjutkan dengan teknik tarik nafas dalam untuk mengakiri latihan agar pasien merasa tenang dan lebih rileks. Hal ini sesuai dengan penerapan terapi komunikasi secara verbal yang dapat membantu pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan dan dapat menjadi cara untuk menggali kemampuan pasien dalam mengutarakan pikiran dan perasaan untuk mengungkapkan marah dengan cara hati yang tenang (Ambarwati & Susilaningsih, 2020). Perawat juga memberikan jadwal harian kepada klien untuk melatih teknik mengontrol perilaku kekerasan yaitu teknik tarik nafas dalam sehari 2 x yaitu pukul 10.00 dan 12.00 WIB, selanjutnya teknik mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan teknik memukul bantal 2 x sehari pukul 13.00 dan 15.00 WIB dan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal 2x sehari yaitu pukul 16.00 dan 17.00 WIB, jika klien mempraktikkan hal tersebut maka dituliskan dalam jadwal harian yang telah diberikan.

D. Implementasi Keperawatan

Hal pertama yang dilakukan penulis yaitu dengan melakukan hubungan saling percaya antara perawat dan klien yaitu dengan tujuan untuk membangun hubungan saling percaya agar mempermudah perawat untuk membantu proses penyembuhan klien. Dalam membangun dan membina hubungan percaya antara perawat dan pasien diperlukan komunikasi terapeutik antara perawat dan klien. Komunikasi terapeutik menurut (Stuart dalam Priyanto 2019) yaitu hubungannya interpersonal antara perawat dan

klien, dalam hubungan ini keduanya sama sama memperoleh pengalaman bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosionalnya . Hasil tindakan membina hubungan saling percaya terhadap klien dan perawat penulis menemukan hambatan yaitu ketika pertama kali bertemu klien sulit berkonsentrasi, dengan roman yang masih bingung, selalu ingin pulang. Maka dari itu perawat membangun saling percaya dengan keyakinan klien perawat akan menjaga privasi klien. Kemudian perawat memberikan kesempatan klien untuk bercerita dan mengungkapkan yang di rasakan oleh klien .

Pada pertemuan pertama pada Selasa, 20 Desember 10.00 WIB yang dilakukan SP 1 pasien dengan tindakan penilaian terhadap resiko perilaku kekerasan dan latihan teknik rileksasi tarik nafas dalam, mendiskusikan tentang resiko perilaku kekerasan meliputi penyebabnya, tandatanda gejala , akibat dan roses terjadinya resiko perilaku kekerasan pada klien, melatih cara fisik satu yaitu teknik tarik nafas dalam. Ketika dilakukan tindakan klien hanya dapat mengatakan jika klien mengatakan mampu melakukan teknik menarik nafas dalam klien juga mengatakan pasien merupakan seorang pecandu obat obatan ,klien cukup tenang , kontak seperlunya, nada suara bicara pasien tinggi dan keras, tatapan tajam , dan ketika klien ditanya mengenai teknik rileksasi klien dapat menjawab dengan dilakukan tarik nafas dalam hal ini klien mengetahui teknik tarik nafas dalam namun melakukannya belum tepat. Dari hal tersebut penulis mempraktikkan kembali dengan cara menarik nafas dari hidung lalu di keluarkan dari mulut dapat di lakukan berkali kali sampai benar benar merasa tenang dan rileks. Teknik tarik nafas dalam dapat di lakukan secara berulang ulang karena bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan mengontrol resiko perilaku kekerasan yang sering di tandai dengan perilaku kegelisahan, mondar mandir, mata melotot, tangan mengepal, dan berteriak (Sutinah et al., n.d.). Setelah dijelaskan klien dan kemudian klien dapat melakukan teknik tarik nafas dengan baik dan benar secara mandiri dan dapat mempermudah klien untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dan mempermudah pemulihannya. Dengan hasil klien

mau berbicara dan mengikuti arahan dari perawat, klien dapat melakukan teknik tarik nafas dalam, memberikan pujian terhadap klien. Klien dapat mendeskripsikan dirinya adalah seorang pecandu obat-obatan jika merasa bingung dan ingin marah, klien dapat melakukan teknik tarik nafas dalam, klien bersedia untuk memasukkan kegiatan dalam jadwal harian klien, melakukan kontrak yang akan datang dengan klien.

Hasil dari perawat mengajarkan latihan mengontrol perilaku kekerasannya dengan cara fisik satu yaitu teknik menarik nafas dengan dalam klien mampu menerima dan mempraktikkan dengan baik dan benar. Perawat hanya memiliki sedikit mengalami kesulitan dalam mengajarkan teknik tarik nafas dalam kepada klien saat klien tidak fokus namun setelah diberi arahan klien mampu melakukan teknik tarik nafas dalam dengan baik dan benar.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan hari pertama perawat tidak mengalami banyak kendala. Klien pada saat percobaan pertama klien cukup sulit untuk berkonsentrasi, kontak seperlunya, namun setelah dilakukan pendekatan kembali dengan melakukan pendekatan dan berkomunikasi terapeutik, klien mulai mengikuti arahan dari Perawat dan mulai mengikuti teknik yang ditunjukkan oleh Perawat sampai klien mampu melakukannya secara mandiri.

Pada pertemuan kedua dilakukan pada Rabu, 21 Desember 2022 pukul 10.00 WIB yaitu SP 2 pasien dengan tindakan evaluasi penilaian resiko perilaku kekerasan, manfaat teknik relaksasi, latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan teknik pukul bantal. Untuk pertama yang dilakukan yaitu mengevaluasi teknik tarik nafas dalam. Untuk hasilnya klien mengatakan sudah mulai bisa melakukan teknik tarik nafas dengan dalam secara mandiri tanpa bantuan perawat. Selanjutnya perawat akan melakukan latihan teknik mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan teknik pukul bantal. Menurut Kaplan and Sadock, (2018) untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan maka perlu penatalaksanaan yang tepat salah satunya yaitu

melatih pukul bantal, teknik ini dilakukan untuk melimpahkan energi amarah yang dirasakan pasien bisa tersalurkan selain itu juga tidak merugikan banyak pihak.

Untuk latihan teknik pukul bantal yang pertama dilakukan oleh perawat adalah memberi tahu tentang prosedur yang akan dilakukan, kemudian perawat mempraktikkannya dan meminta klien untuk mengikuti arahan dari perawat. Perawat mempraktekkan teknik memukul bantal, bantal di letakkan di atas paha atau pangkuan lalu di pukul pukul sebanyak yang klien mau. Setelah mendapatkan arahan klien dapat melakukannya secara langsung secara mandiri. Untuk latihan teknik memukul bantal perawat menganjurkan klien untuk melakukannya 2 x dalam sehari pada pukul 13.00 dan 15.00 WIB, dengan tujuan klien bisa mempraktikkan secara mandiri apabila klien sedang ingin marah bisa meluapkan kemarahannya menggunakan hal yang lebih positif agar tidak merugikan dirinya sendiri dan orang lain. Hal ini dengan melatih memukul bantal adalah sebuah teknik yang dilakukan menggunakan berolahraga untuk melatih tubuh seseorang agar lebih sehat dan pikiran rileks (Ariyadi,2018) . Setelah dilakukan implementasi hari ke dua penulis tidak mengalami hambatan karena klien kooperatif dalam melakukan interaksi dengan perawat. Dibuktikan dengan pasien bisa melakukan teknik tarik nafas dalam dan melakukan teknik pukul bantal dengan dengan baik dan benar. Dan klien bersedia melakukan latihan teknik memukul bantal sehari 2 kali sehari dan mencatatnya ke dalam buku kegiatan klien.

Pertemuan ke tiga pada kamis, 22 Desember 2022 pukul 10.00 WIB yang dilakukan yaitu mengevaluasi kemampuan pasien, latihan pasien melakukan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara yang verbal pada tns meliputi mengucapkan salam dan menyapa klien dengan senyuman, menjelaskan maksud dan tujuan, menanyakan kesediaan klien. Untuk pertama yang dilakukan yaitu mengevaluasi penilaian SP 1 teknik rileksasi nafas dalam dalam dan SP 2 teknik memukul bantal. Untuk hasilnya klien mengatakan masih ingat, klien sudah bisa melakukan teknik rileksasi tarik nafas dalam, klien juga dapat

melakukan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara teknik memukul bantal teknik ini sangat membantu untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dikarenakan menurut (Sujarwo , 2019), masalah yang sering timbul pada pasien resiko perilaku kekerasan salah satunya adalah tindakan marah. Selanjutnya perawat akan melakukan latihan teknik ngontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan cara verbal dengan memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya, perawat memberi arahan tidak akan menceritakan perasaannya yang di rasakan klien dan akan menjaga privasi klien, klien mengatakan mau bercerita mengenai perasaannya, memberikan pujian terhadap klien karena mau dan dapat melakukan dengan cara verbal dengan baik. Perawat menganjurkan klien untuk melakukan teknik yang diajarkan secara mandiri 2 x dalam sehari pada pukul 16.00 dan 17.00 WIB untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan ,klien bersedia melakukan tindakan yang di ajarkan oleh perawat dan mencatat kedalam jadwal harian klien. Mengendalikan emosi dengan cara verbal yaitu dengan menolak secara baik tanpa kata kasar dan tidak menggunakan nada tinggi, meminta secara baik serta mengutarakan perasaan atau permasalahan secara baik Sujarwo, (2019)

Setelah dilakukan implementasi keperawatan hari ketiga perawat tidak mengalami kendala, klien dapat berkonsentrasi dan kooperatif, klien dapat melakukan teknik cara menontrol resiko perilaku kekerasan secara tepat dan dapat melakukannya secara mandiri. Pada saat penulis melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien kurang lebih selama 3 hari. penulis memiliki hambatan yaitu penulis belum mempunyai kesempatan untuk melakukan implementasi kepada keluarga dikarenakan pada saat melakukan asuhan keperawatan di RSJD Dr. Amino Gundohutomo selama 3 hari klien belum di jenguk oleh keluarganya. Keluarga banyak mempunyai peran yang penting dalam prosesnya penyembuhan klien .

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi data hari selasa, 20 Desember 2022 pada pukul 10.00 WIB dengan didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan dapat melakukan tehnik tarik nafas dalam meskipun awalnya pasien mmerasa bingung, pasien juga mengatakan merasa sedikit rileks, keluarga klien mengatakan sudah mulai paham dan mengerti dengan penjelasan yang di sampaikan mengenai perilaku kekerasan yang meliputi penyebab, tanda tanda dan gejalanya ,akibat, dan mengatakan sudah sudah mulai faham bagaimana merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Dan didapatkan data objektif yaitu klien tampak mempraktikan teknik tarik nafas dalam meski awalnya bingung namun pada akhirnya pasien mampu melakukan teknik tarik nafas dengan baik dan benar, klien nampak tegang, klien bicara dengan intonasi suara yang keras dan ketus.Hal tersebut sesuai pemaparan pada resiko perilaku kekerasan yaitu matanya melotot,agresif, berbicara ketus , postur tubuh kaku ,wajah memerah,pandangan tajam (Pardede & Laia, 2020). Analisa yang didapat pada evaluasi hari pertama yaitu Resiko perilaku kekerasan masih ada (+). Dan *planning* yang di berikan perawat pada pasien yaitu untuk terus melatih untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan teknik tarik nafas dalam 2x sehari pukul 10.00 dan 12.00 WIB .

Evaluasi hare ke dua Rabu, 21 Desember 2022 dipukul 10.00 WIB yaitu didapatkannya data Subjektif yaitu klien brkata mulai paham dengan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan menggunakan cara fisik 2 yaitu dengan memukul bantal, klien mengatakan sedikit lega dan dapat meluapkan kemarahannya dengan memukul bantal. Dan didapatkan data objektif klien tambak kooperatif, sedikit bingung di awal, pasien nampak tegang, dan berbicara dengan ketus dengan suaranya yang keras, pasien menatap dengan tatapan tajam, klien melakukan teknik cara fisik 2 dengan baik dan benar. Terapi cara mengontrol resikoo perilaku kekerasan dengan teknik pukul bantal atau dengan cara yang positif sangat membantu sekali dikarenakan

prilaku kekerasan didefinisikan sebagai kemarahan yang dapat diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal yang dapat mencederai dirinya sendiri bahkan orang lain yang ada di sekitarnya (PPNI, 2016) . Analisa yang didapat pada evaluasi hari ke dua yaitu resiko perilaku kekerasan masih ada (+). Dan *planning* yang di berikan perawat kepada pasien yaitu latihan mengontrol prilaku kekerasan dengan teknik tarik nafas dalam 2x sehari pada pukul 10.00 dan 12.00 WIB dan latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan teknik memukul bantal 2x sehari pada pukul 13.00 dan 15.00 WIB,serta minum obat yang teratur .

Evaluasi hari ke tiga Kamis, 22 Desember 2022 pukul 10.00 WIB yaitu didapat data Subjektif yaitu tn.s mengatakan paham cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan tchnik verbal Tn.s mengatakan mau melakukan kegiatan yang sudah di jadwalkan, klien mengatakan bersedia mengisi jadwal harian pasien, klien nampak sedikit rileks. Hal ini dikarenakan dengan memberikan jadwal kegiatan sehari hari secara signifikan sangat bermanfaat didalam menurunkan kemampuannya mengontrol resiko perilaku kekerasan (Prasetya, 2020). Didapatkan objektif klien tampak sedikit bingung ,namun masi bisa kooperatif naum pasiem masih berbicara dengan ketus dan dengan nada suara yang keras. Analisa yang didapat pada evaluasi hari ketiga yaitu resiko perilaku kekerasan masih ada (+) . Dan *planning* yang di berikan perawat kepada pasien yaitu latihan mengontrol prilaku kekerasan dengan menggunakan menarik nafas dalam 2x sehari padapukul 10.00 dan 12.00 WIB dan melatih mengontrol perilaku kekerasan menggunakan teknik memukul bantal 2x searnya yaitu pukul 13.00 dan 15.00 WIB, melatih mengontrol resiko prilaku kekerasan dengan cara verbal 2x sehari pada pukul 16.00 dan 17.00 WIB, serta minum obat yang teratur.

Dalam asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 3 hari dengan masalah atau diagnosa resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil masalah belum teratasi. Penulis menganjurkan kepada klien untuk terus berlatih

melakukan tindakan yang sudah di ajarkan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan sendiri dan menyarankan pasien untuk mencatat ke buku jadwal kegiatan klien. Penulis juga memberikan saran untuk melakukan hal hal yang klien sukai seperti bernyanyi yang klien ungkapkan pada saat pengkajian atau wawancara dan melakukan pendekatan kepada klien yaitu klien sering bernyanyi dengan teman temannya saat di jalanan, agar klien tidak bosan dan tidak terpancing oleh marah. Hal ini dikarenakan terapy musik adalah salah satu bentuk dari teknik relaksasi yang tujuannya untuk mengurani keagresif, memberikan perasaan tenang, sebagai latihan pendidikan moralnya, dapat mengendalikan emosi dan penerapan terapi musik dapat menurunkan emosional berlebih pada resiko perilaku kekerasan (Ismaya & Asti, 2019). Hal tersebut dapat diperkuat dari tori permaida & Allenidekania,(2021) mengutarakan bawasannya *litrrature review* musik mampu menyeimbangkan gelombang gelombang di otak. Gelombang di otak mampu dimodifikasi oleh gelombang musik yang timbul. Selain terapi musik klien juga dapat diberikan terapi spiritual, yaitu dengan melakukan pendekatan dari diri pasien kepada kepercayaan yang dipercayainya. Hal ini dikarenakan spiritual teknik islami dapat membuktikan keefektifannya terhadap kemampuan pasien dalam mengontroll perilaku kekerasan, maka dari itu dapat menimbulkan perubahan signifikan karena turunya diri gejala gejala yang mungkin muncul sebelum dan sesudah dilakukannya teray spiritual Ernawati,(2020)

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Dari pengkajian dari hasil wawancara dan observasi yang dilakukan kepada TN.S didapatkan data subjektif dan objektifnya . Data subjektif yang di dapatkan bahwa klien merupakan seorang pecandu obat obatan, klien mengatakan setelah minum obat obatan tersebut klien bisa tidak tidur selama 3 hari dan klien dapat melihat bayangan 3 dimensi dan suara suara yang membuatnya risih dan ingin marah klien mengatakan bingung, ingin segera pulang dan bebas. Data objektif yang didapatkan pada saat wawancara dengan klien yaitu klien kurang berkonsentrasi, menjawab dengan nada suara yang keras dan ketus , roman bingung, kontak seperlunya, terdapat luka bekas sayatan dan bekas ikatan di kedua pergelangan tangan, terdapat luka di bagian atas pelipis. Klien berusia 20 tahun, beragama islam, dan jenis kelamin laki laki, Didapatkan juga data pemeriksaan tanda tanda vital pada saat wawancara meliputi : pernafasan 20x/menit, TD/Tekanandarah : 120/80 mmHg, Suhu tubuh :36,7 C, Nadi : 110x/Menit .
2. Berdasarkan hasil pengkajian pada TN.S, maka ditegakkan diagnosa keperawatan pada klien tersebut. Dan diagnosa yang dapat ditegakkan adalah Resiko perilaku kekerasan .
3. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan kepada TN.S, penegakan diagnosa , maka rencana selanjutnya yaitu akan dilakukannya sebuah rencana keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan yang bertujuan klien dapat mengenali resiko perilaku kekerasan yang dirasakan. Sehingga pasien dapat mengenali risiko perilaku kekerasannya dan cara mengatasi resiiko perilaku kekerasan dengan merencanakan SP1 pasien, SP2 pasien, SP3 pasien .

Dalam mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan yang ada di klien perlu dilakukannya tindakan keperawatan menggunakan SP 1 pasien latihan teknik rileksasi tarik nafas dalam-dalam, SP 2 pasien evaluasi kemampuan pasien, latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal, SP 3 pasien mengevaluasi kemampuan pasien, latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal, SP 4 pasien evaluasi kemampuan padapasien, latihan cara mengurangi resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

4. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dan berdasarkan data yang didapatkan maka dilakukan evaluasi pada klien. Dan hasil evaluasi yang didapatkan pada TN.S dengan permasalahan resiko perilaku kekerasan ditemukan bahwa resiko perilaku kekerasan menurun, pasien nampak lebih tenang dan kooperatif, maumengikuti arahan dari perawat.

B. Saran-saran

Dari kesimpulan diatas yang telah disampaikan saran yang dapat di berikan diantaranya :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan sangat institusi pendidikan mampu memberikan bimbinganatau arahan kepada mahasiswa secara efektif dan optimal, sehingga dapat memberikan Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan keperawatan kepada klien dengan semaksimal mungkin. Terutama pada peminat jiwa, supaya Mahasiswa memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan optimal.

2. Profesi Keperawatan

Diharapkan Perawat dapat melakukan dan memberikan pelayanannya keperawatan dengan tepat untuk meningkatkan pelayanan terhadap klien dengan cara melakukan pendekatan teraupetik kepada klien dan membangun sikap saling percaya dan perawat dapat mampu membantu klien dalam proses pemulihan.

3. Bagi Keluarga Pasien

Diharapkan keluarga klien dapat memberikan dukungan positif kepada klien dan keluarga diharapkan keluarga mampu dan bersabar dalam merawat anggota keluarganya dengan resiko perilaku kekerasan. Diharapkan keluarganya menjadi pendukung dan pendengar yang baik dan efektif bagi klien, sehingga klien dapat menepatkan dirinya pada tempat yang nyaman dan diharapkan keluarga dapat membantu proses pemulihan klien untuk menghadapi resiko perilaku kekerasan yang sedang dialami klien.



DAFTAR PUSTAKA

- Afriyanti, Sundari, R. I., & Rahmawati, A. N. (2021). Gambaran Peran Perawat Dalam Penanganan Gangguan Jiwa Melalui Program DSSJ (Desa Siaga Sehat Jiwa) Di Wilayah Eks Kawedanan Ajibarang. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1544–1553.
- Ambarwati, N., & Susilaningsih, I. (2020). Penerapan Teknik Verbal Asertif untuk Menurunkan Kemarahan pada Pasien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 21–31. <http://ejournal.akperkbn.ac.id/index.php/jkbb/article/view/70>
- Arisandy, W., & Sunarmi, S. (2018). Terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi berhubungan dengan kemampuan pasien dalam mengontrol perilaku kekerasan. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 14(1), 83–90. <https://doi.org/10.31101/jkk.553>
- Hasannah, S. U., & Solikhah, M. M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.
- Ismaya, & Asti. (2019). *Penerapan Terapi Musik Klasik Untuk Menurunkan Tanda dan Gejala Pasien Perilaku Kekerasan di Rumah Singgah Dosaraso Kebumen*.
- 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*, 5(2), 777–786.
- Muhith, A., & Siyoto, A. (2018). *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Healthy*. CV. Andi Offset.
- NANDA. (2016). *Buku Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. EGC.
- Pardede, J. A., & Laia, B. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Throught Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 3(3), 291–300.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI Tahun*

2018.

- RSJD Dr. Amino Gondhohutama Semarang. (2018). *Laporan Tahunan Rekam Medik*.
- Sadock, B., S., A., & Sadock, V. (2018). *Kaplan & Sadock's Pocket handbook of clinical psychiatry* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Stuart, G. W. (2016). *Principals and Practice of Psychiatrist Nursing* (9th ed.). Mosby, Inc.
- Sujarwo, S., & 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>
- Sutinah, Safitri, R., & Saswati, N. (n.d.). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Berpengaruh Terhadap Kemampuan Mengontrol Marah Klien Skizofernia. *Universitas Ubudiyah Indonesia*, 5(1).
- Tazqiyatus Sudia, B. (2021). Aplikasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam terhadap Pengontrolan Marah dengan Pasien Gangguan Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Wilayah Desa Maleber Kabupaten Cianjur. *Jurnal Lentera*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.37150/jl.v4i1.1381>
- Transyah, C. H., & Toni, J. (2018). Hubungan Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien. *Jurnal Endurance*.
- Wulansari, E. M. (2021). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Daerah Dr. Arif Zainuddin Surakarta. *Doctoral Dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta*.
- Xiao, S., Widger, K., Tourangeau, A., & Berta, W. (2017). Nursing Process Health Care Indicators: A Scoping Review of Development Methods. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(1), 32–39. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000207>
- Yusuf, A., PK, R. F., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Penerbit Salemba Medika.
- Zega, R., Anita, V., Laia, S., Wulandari, Y., Oktorina, B., Lase, A. A., & Siregar, S. L. (2020). *Penerapan Terapi Aktivitas Kelompok Senam Aerobik Low Impact Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan*.

Solikhah, M. M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3), 149.

I Asti. (2019). Penerapan Terapi Musik Klasik Untuk Menurunkan Tanda dan Gejala Pasien Perilaku Kekerasan di Rumah Singgah Dosaraso Kebumen.

