

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN DIAGNOSA
RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN Ny. S DI
RUANG BHISMA RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO
PROVINSI JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

ERINA FATIKA WATI

40902000028

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN DIAGNOSA
RESIKO PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN Ny. S DI
RUANG BHISMA RSDJ Dr. AMINO GONDOHUTOMO
PROVINSI JAWA TENGAH**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

ERINA FATIKA WATI

40902000028

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 mengatakan 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 jawa sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



Semarang, 04 Mei 2023



Erina Fatika Wati

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA DENGAN DIAGNOSA RESIKO
PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN Ny. S DI RUANG BHISMA RSDJ
Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Erina Fatika Wati

NIM : 40902000028

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

Hari : Rabu

Tanggal : 17 Mei 2023

Pembimbing



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

NIDN : 06-1408-7702

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Ilmu Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Selasa Tanggal 23 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 23 Mei 2023

Penguji I

Wahyu Endang Setvowati, SKM, M. Kep

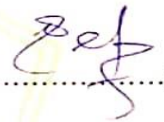
NIDN : 06-1207-7404

(.....
)

Penguji II

Ns. Betie febriana, M. Kep

NIDN : 06-2302-8802

(.....
)

Penguji III

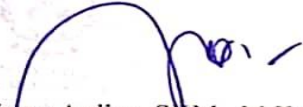
Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M. Kep., S.Kep J

NIDN : 06-1408-7702

(.....
)

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

MOTTO

Selalu semangat dan tetap jalani sesusah apapun itu karena masih banyak yang perlu dilewati untuk mencapai masa depan yang memuaskan

“Dan Allah bersama orang-orang yang sabar”

(Q.S Al- Anfal : 66)



KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah kami panjatkan atas kehadiran Allah SWT telah memberi rahmat yang berlimpah sehingga diberi kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Diagnosa Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Ny. S Di Ruang Bhisma RSDJ Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah ”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum sebagai Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, M.Kep sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
3. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep., sebagai Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati, M.Kep, Sp.Kep.J sebagai Pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya telah sabar dan menyempatkan waktu untuk membimbing dengan baik, memberi ilmu yang bermanfaat dan arahan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan benar.
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang telah memberi ilmu pengetahuan dan bantuan kepada penulis selama ini.
6. Kepada orang tua yang selama ini selalu mendukung, mendoakan, memberi semangat, motivasi agar tidak mudah menyerah, dan selalu menjadi orang tua yang terbaik untuk anaknya.
7. Teman-teman seperjuangan dan yang saling mendukung sering membantu kelancaran karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih jika diberi masukan, baik bentuk saran maupun kritikan demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semarang, Mei 2023

Penulis



Erina Fatika Wati

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| HALAMAN JUDUL..... | ii |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME..... | iii |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | v |
| MOTTO | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Tujuan Penelitian..... | 3 |
| C. Manfaat Penelitian..... | 4 |
| BAB II KONSEP DASAR..... | 5 |
| A. RESIKO PERILAKU KEKERASAN..... | 5 |
| 1. Pengertian..... | 5 |
| 2. Rentang Respon..... | 6 |
| 3. Etiologi..... | 6 |
| 4. Proses Terjadinya Masalah..... | 7 |
| 5. Manifestasi Klinis..... | 8 |
| 6. Penatalaksanaan..... | 9 |
| B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa..... | 10 |
| 1. Pengkajian..... | 10 |
| 2. Analisa Data..... | 11 |
| 3. Diagnosa..... | 11 |
| 4. Intervensi..... | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Tujuan | 12 |
| 6. Pohon Masalah..... | 12 |
| BAB III RESUME ASUHAN KEPERAWATAN | 13 |
| A. Pengkajian | 13 |
| B. Analisa Data..... | 16 |
| C. Pohon Masalah | 16 |
| D. Diagnosa Keperawatan..... | 17 |
| E. Rencana Keperawatan | 17 |
| F. Implementasi | 18 |
| G. Evaluasi | 19 |
| BAB IV PEMBAHASAN..... | 21 |
| A. Pengkajian Keperawatan | 21 |
| B. Diagnosa Keperawatan..... | 23 |
| C. Intervensi | 24 |
| D. Implementasi | 25 |
| E. Evaluasi | 27 |
| BAB V KESIMPULAN..... | 29 |
| A. Kesimpulan..... | 29 |
| B. Saran | 30 |
| DAFTAR PUSTAKA | 31 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan seseorang dalam kesehatan yang kognitif, secara afektif, fisiologis, perilaku dan sosial untuk memenuhi tanggung jawab pada dirinya, bekerja secara efektif di lingkungan dengan baik agar mampu mengatasi suatu kondisi kejiwaan sebagai individu dan masyarakat yang memiliki perasaan sehat, sikap positif untuk diri sendiri ataupun orang lain, salah satu contoh kesehatan mental yang umum terjadi di Indonesia kehidupan komunitas. (Dharma et al., 2022)

Gangguan jiwa merupakan perubahan kondisi dalam jiwa yang mengakibatkan kelainan pada fungsi kejiwaan seseorang dengan demikian dapat menyebabkan penderitaan dan gangguan dalam pemenuhan peran sosial. Pemberian obat pada penderita gangguan jiwa tidak boleh sembarangan karena dapat menyebabkan penyembuhan dan pemulihan produktifitas, hal seperti ini membuat penderita gangguan kesehatan jiwa lainnya menjadi pesimis dan sulit menyesuaikan diri dengan keadaan di dalam komunitas. Penderita gangguan jiwa dapat dilihat saat tidak produktif dan tidak mampu melakukan tugas kerja atau keterampilan yang dapat menghasilkan dengan baik. (Kasyfillah & Muhid, 2022)

Menurut data laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Jawa Tengah, pada tahun 2019 terdapat 81.983 orang dengan gangguan kesehatan jiwa berat, dan 68.090 mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada tahun 2020, setiap empat penduduk Jawa Tengah yaitu sekitar 25%, akan menderita gangguan jiwa ringan, sedangkan kategori gangguan jiwa berat rata-rata sekitar 12.000 orang. Dan pada tahun 2021 sebanyak 81.189 orang akan mengalami gangguan

kesehatan jiwa dan 69.936 orang akan mendapatkan pelayanan kesehatan. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di Provinsi Jawa Tengah meningkat setiap tahunnya mencapai 11.819 orang. (Malfasari, 2021)

Berdasarkan data rekam medik RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah di dua kasus tersering dari sepuluh kasus tersering tahun 2020 antara lain resiko perilaku kekerasan 1.292 kasus dan halusinasi 910 kasus. Sedangkan pada tahun 2021 terdapat dua kasus utama dari 10 kasus, yaitu resiko perilaku kekerasan 1.518 kasus dan halusinasi 870 kasus. Dan pada tahun 2022, dua kasus utama dari sepuluh kasus teratas meliputi resiko perilaku kekerasan 1707 kasus dan halusinasi 1092 kasus. Dari maraknya informasi diagnosa medis di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah mengungkapkan bahwa resiko perilaku kekerasan merupakan diagnosa medis dengan pasien terbanyak pada tahun 2020-2022.

Resiko Perilaku Kekerasan merupakan suatu perilaku yang mengalami masalah emosional maupun psikologis tidak dapat dikendalikan sehingga beresiko dapat melakukan tindakan berbahaya dengan ditunjukkan perilaku aktual dalam melakukan kekerasan. Hal ini masalah gangguan emosional dialami sebagian penderita menjadi panik atas perilakunya yang dikendalikan oleh marahnya yang dapat membahayakan diri sendiri, orang sekitar, dan lingkungan. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Dampak yang disebabkan oleh seseorang mengalami perilaku kekerasan dapat kehilangan kendali atas diri sendiri dan melakukan hal-hal yang dapat merugikan orang lain, diri sendiri, dan lingkungan. Oleh karena itu, untuk mengurangi perilaku kekerasan pada penderita khususnya dalam melakukan strategi pelaksanaan diperlukan proses yang berkaitan dengan perbaikan diri,

kondisi fisik, kebutuhan fisik, emosional, mental, spiritual, kognitif dan sosial. (Vahurina & Rahayu, 2021)

Berdasarkan data prevalensi yang menunjukkan bahwa kejadian yang paling tinggi adalah resiko perilaku kekerasan maka penulis dapat memberikan gambaran tentang keperawatan untuk menurunkan resiko perilaku kekerasan, sehingga penulis tertarik untuk mengambil judul Asuhan Keperawatan Jiwa pada Ny. S di ruang Bhisma dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dilaksanakannya penelitian ini yaitu untuk memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- b. Menentukan diagnosa keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- c. Membuat rencana keperawatan terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- d. Melakukan implementasi terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan
- e. Melaksanakan evaluasi terhadap klien dengan resiko perilaku kekerasan

C. Manfaat

1. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan karya tulis ini digunakan untuk menginformasikan institusi pendidikan tentang peningkatan dan pengembangan kualitas pendidikan pada mata kuliah keperawatan kesehatan jiwa.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Laporan karya tulis ini akan digunakan dalam meningkatkan kualitas dan kinerja optimal perawatan medis kesehatan mental.

3. Bagi Penulis

Laporan karya tulis ini digunakan agar penulis dapat menerapkan ilmu keperawatan jiwa yang sebenarnya diperoleh selama belajar di akademi keperawatan dalam menerapkan proses keperawatan jiwa pada pasien yang menderita masalah risiko akibat perilaku kekerasan.

4. Bagi Masyarakat

Laporan karya tulis ini digunakan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat, khususnya pengetahuan tentang bagaimana menerapkan strategi untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. RESIKO PERILAKU KEKERASAN

1. Pengertian

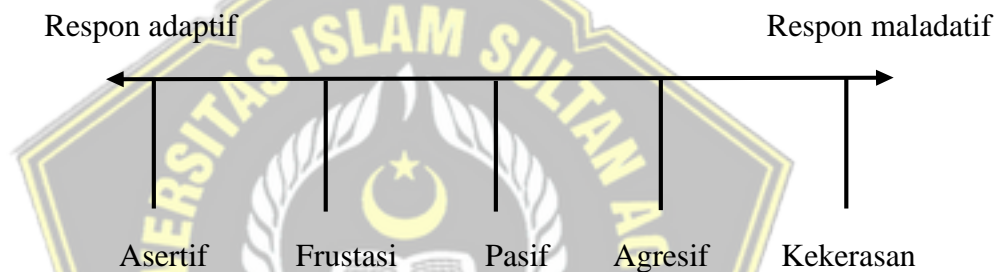
Resiko perilaku kekerasan adalah bahwa agresi dapat didefinisikan sebagai perilaku yang merugikan orang lain, diri sendiri dan lingkungan. Penderita yang berisiko mengalami perilaku kekerasan cenderung menunjukkan beberapa tanda, seperti mengancam, mengumpat, berbicara kasar atau keras dengan cara apapun secara objektif pasien terlihat menyerang orang lain, merugikan dirinya sendiri atau orang lain, menimbulkan kerugian lingkungan, kemarahan, agresivitas mata melotot dengan tatapan tajam, kepalan tangan terkepal, rahang terkatup, muka merah dan sikap kaku. (Dermawan, 2020)

Resiko Perilaku kekerasan adalah bentuk perilaku dimana seseorang mengalami gangguan dan dapat menyakiti seseorang secara fisik atau psikis, verbal atau non-verbal, dengan cara yang merugikan diri sendiri, orang lain atau lingkungan. (Vahurina & Rahayu, 2021)

Risiko perilaku kekerasan adalah perilaku menyimpang yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang ditandai

dengan kemarahan dan kegaduhan serta rasa takut yang tidak terkendali.
(Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2. Rentang Respon Marah



Keterangan :

- Percaya diri adalah klien dapat mengungkapkan kemarahannya tanpa menyalahkan orang lain dan menenangkan diri.
- Frustrasi adalah klien tidak memenuhi tujuan yang memuaskan/ketika marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
- Pasif adalah klien merasa tidak berdaya untuk mengungkapkan perasaan, tidak berdaya dan pasrah.
- Agresif adalah klien mengekspresikan secara fisik tetapi terkendali untuk menghasut merugikan orang lain.
- Kekerasan : Perasaan marah kuat dan bermusuhan kehilangan kendali dengan tantrum, merusak lingkungan.

(Sutejo, 2019)

3. Etiologi

Menurut (Stuart, 2023) etiologi dari risiko perilaku kekerasan yakni sebagai berikut :

a. Faktor predisposisi

1) Faktor biologi

- a) Pengaruh neurofisiologi adalah pengaruh dari fungsi sistem saraf
- b) Pengaruh biokimia adalah pengaruh dari proses kimia yang ada di dalam tubuh dan yang berhubungan dengan organisme hidup.
- c) Pengaruh genetik adalah pengaruh suatu kondisi dimana sifat genetik dimiliki keturunannya.
- d) Gangguan otak adalah kondisi atau kecacatan yang memengaruhi otak, termasuk ingatan, sensasi, bahkan kepribadian.

2) Faktor psikologi

Kebahagiaan, keamanan, dan kenyamanan, jika tidak terpenuhi, merusak harga diri dan mengarah pada pengungkapan kekerasan.

3) Faktor sosiokultural

Masyarakat cenderung menerima perilaku kekerasan sebagai solusi untuk penyelesaian masalah.

b. Faktor presipitasi

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

- c) Mekanisme koping ialah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku.

4. Proses terjadinya masalah

Kemarahan muncul dari stres, kecemasan, rendah diri dan masalah, jawaban atas masalah dapat dievaluasi secara eksternal atau internal. Kemarahan dapat diekspresikan sebagai perilaku konstruktif atau destruktif. Kemarahan dan perilaku konstruktif biasanya diungkapkan dengan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti perasaan orang lain.

Sementara itu, kemarahan yang diekspresikan secara destruktif biasanya dapat mengakibatkan kemarahan yang diekspresikan terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku seperti menekankan perasaan marah karena merasa tidak kuat berpura-pura tidak marah/tidak lepas dari kemarahannya untuk membiarkan emosional tidak dapat dikendalikan. Kemarahan seperti itu menciptakan perasaan permusuhan yang bertahan lama dan pada akhirnya dapat menyebabkan kemarahan yang merusak yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. (Pardede, 2020)

5. Manifestasi klinis

(Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) tanda dan gejala gangguan persepsi sensori mayor dan minor misalnya:

- a. Gejala dan tanda mayor

Subyektif :

- 1) Intimidasi
- 2) Bicara dengan kata-kata kasar

- 3) Suara keras
- 4) Bicara ketus

Objektif :

- 1) Menyerang orang lain
- 2) Merugikan diri sendiri/orang lain
- 3) Kerusakan lingkungan
- 4) Perilaku agresif

b. Gejala dan tanda minor

Objektif :

- 1) Mata melotot /ekspresi tajam
- 2) Tangan menggenggam
- 3) Rahang terkatup
- 4) Wajah memerah
- 5) Postur tubuh kaku

6. Penatalaksanaan

Menurut (Putri, V. S., & Fitrianti, 2018) Penatalaksanaan sebagai berikut:

a. Medis

- 1) Nozinan, yaitu sebagai mengontrol perilaku psikososial.
- 2) Halloperidol, untuk mengontrol psikosis dan perilaku bunuh diri.
- 3) Thrihexiphenidil, untuk mengontrol perilaku bunuh diri dan menenangkan hiperaktif.
- 4) ECT (Elektro Convulsive Therapy), untuk menenangkan klien jika menimbulkan kemarahan.

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Psiko terapeutik yaitu suatu hubungan yang menyembuhkan dengan melakukan pemberian pengobatan terhadap klien yang dilakukan oleh seorang psikolog.

- 2) Lingkungan terapeutik suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh terhadap penyembuhan pasien gangguan jiwa.
- 3) Kegiatan hidup sehari-hari (ADL) yaitu aktivitas kehidupan sehari-hari yang secara rutin dilakukan individu dalam kehidupannya.
- 4) Pendidikan kesehatan merupakan penggunaan proses pendidikan untuk menimbulkan perubahan tingkah laku hidup sehat, baik lingkungan masyarakat dan sosial.
- 5) Psiko terapeutik yaitu suatu hubungan yang menyembuhkan dengan melakukan pemberian pengobatan terhadap klien yang dilakukan oleh seorang psikolog.
- 6) Lingkungan terapeutik suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh terhadap penyembuhan pasien gangguan jiwa.
- 7) Kegiatan hidup sehari-hari (ADL) yaitu aktivitas kehidupan sehari-hari yang secara rutin dilakukan individu dalam kehidupannya.
- 8) Pendidikan kesehatan merupakan penggunaan proses pendidikan untuk menimbulkan perubahan tingkah laku hidup sehat, baik lingkungan masyarakat dan sosial.

B. Konsep Dasar Keperawatan Jiwa

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data secara sistematis yang dapat melalui pendokumentasian untuk menentukan status kesehatan orang yang mengalami masalah kesehatan.

Pengkajian terdiri dari:

- 1) Identitas
- 2) alasan masuk
- 3) predisposisi
- 4) pemeriksaan fisik
- 5) psikososial
- 6) status mental
- 7) hubungan sosial
- 8) persiapan pulang
- 9) koping
- 10) spiritual
- 11) psikososial dan lingkungan
- 12) pengetahuan
- 13) masalah keperawatan

(Adityas et al., 2022)

2. Analisa data

Menganalisa data dengan melihat data subyektif dan obyektif, data yang diperoleh dapat menyeleksi masalah yang dihadapi klien dengan menggunakan pohon masalah untuk menentukan sebab akibat berdasarkan kasus per kasus.

3. Diagnosa

- a. Resiko menciderai orang lain dan lingkungan
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Harga Diri Rendah

(Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. Intervensi

- 1) Melakukan SP 1 : Melatih klien melakukan cara mengontrol kemarahan dengan relaksasi nafas dalam
- 2) Melakukan SP 2 : Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan meluapkan marahnya dengan memukul bantal/kasur
- 3) Melakukan SP 3 : Mengajarkan kepada klien bicara yang baik bila sedang marah, ada 3 cara :
 1. Meminta dengan baik tanpa marah
 2. Menolak dengan baik
 3. Mengungkapkan perasaan kesal
- 4) Melakukan SP 4 : Membantu mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara mempraktikkan beribadah.

SP Keluarga :

- 1) Memberikan solusi untuk masalah yang telah dihadapi keluarga dalam merawat klien
- 2) Melakukan pendidikan kesehatan terhadap keluarga seperti definisi resiko perilaku kekerasan, penyebab perilaku kekerasan, manifestasi klinis, dan proses terjadinya perilaku kekerasan.
- 3) Menganjurkan keluarga untuk mempraktikkan

(Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

5. Tujuan

Klien dapat mengetahui keadaan perilaku kekerasan yang dialaminya, klien dapat mengatasi perilaku kekerasan dengan cara

yang dipelajari, klien dapat mengikuti aturan pengobatan dengan benar.

6. Pohon Masalah

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan (Effect)



Resiko Perilaku Kekerasan

(Core Problem)



Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah

(Causa)

(Buku Keperawatan Jiwa, 2020)



A. Pengkajian

1. Identitas pasien

Hasil pengkajian pada tanggal 17 Desember 2022 di ruang bhisma RSJD Dr. Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah didapatkan data yaitu pasien bernama Ny. S umur 60 tahun jenis kelamin perempuan beragama islam. Pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga status perkawinan sudah menikah.

2. Alasan masuk

Pasien dibawa ke RSJ karena sering marah-marah, teriak-teriak, tidak bisa diberi tahu, sempat guling-guling di jalan, ketika tidak diberi sesuai kemauanya menjadi marah-marah.

3. Faktor predisposisi

Pasien sebelumnya belum pernah masuk rumah sakit jiwa dan belum pernah menderita gangguan jiwa di masa lalunya dan tidak menjalani pengobatan sebelumnya, tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dilakukan pengecekan tanda-tanda vital (TTV) meliputi :

- Tekanan darah : 188/131 mmHg
- Nadi : 99x/menit
- Suhu : 36,1 C
- TB : 152 cm
- BB : 57 kg

Klien mengatakan bagian ekstremitas kanan lemas.

5. Genogram

Dari hasil pengkajian yang dilakukan, pada analisa genogram didapatkan data bahwa kedua orang tua klien meninggal, klien merupakan seorang anak ke 3 dari 4 bersaudara lalu menikah dan mempunyai anak 3, sekarang pasien ibu rumah tangga dan tinggal serumah bersama suami, anaknya yang terakhir dan menantunya.

6. Konsep diri

Klien menyukai seluruh tubuhnya pasien ibu dari 3 bersaudara sebagai ibu rumah tangga berperan sebagai ibu dan tinggal bersama

anaknyanya dan ingin cepat sembuh dan keluar dari RSJ pasien tidak mau berinteraksi dengan orang lain.

7. Hubungan sosial

Seseorang yang berarti bagi klien yaitu suaminya, masyarakat biasa tidak berperan apa-apa dan merupakan orang yang tertutup dan malas berinteraksi dengan orang lain.

8. Spiritual

Pasien beragama islam mengalami hambatan spiritual tetapi selama dirawat tidak bisa memenuhi kewajiban seperti menjalankan sholat 5 waktu.

9. Status mental

Pasien berpenampilan tidak rapi dalam berpakaian rambut beruban dan tidak diikat, saat diajak bicara pasien menjawab dengan nada keras suara nyaring, lebih suka menghabiskan waktunya untuk diam dan menyendiri, terlihat tegang kadang gelisah sering sedih karena sering disia-sia keluarganya kadang tampak terhindar dalam berbicara dan kontak mata tajam, tidak mengalami tanda-tanda halusinasi pembicaraan lancar tiba-tiba berhenti tanpa sebab kemudian lancar lagi merasa asing terhadap dirinya, orang lain dan lingkungannya merasa bingung jika ditanya mengenai waktu tidak mengingat kejadian dalam minggu terakhir, kesulitan berkonsentrasi pada satu topik pembicaraan mampu mengambil keputusan dirinya ingin segera keluar dari RSJ.

10. Kebutuhan persiapan pulang

Makan, minum, BAB, BAK, mandi, berpakaian, berhias, kebersihan diri, penggunaan obat dilakukan dengan membutuhkan bantuan sebagian, istirahat dan tidur dengan pola baik.

11. Mekanisme coping

Klien tampak lambat jika ditanya dan kadang menghindar lebih banyak diam jika diajak komunikasi.

12. Masalah psikososial & lingkungan

Klien mengalami masalah dukungan kelompok, spesifik karena klien jarang berkomunikasi dengan orang sekitar lebih memilih sendiri.

13. Sumber daya

Pengetahuan penyakit jiwa : klien mengatakan kurang tau tentang apa yang terjadi padanya dan penyakitnya.

14. Aspek medik

Diagnosa : Schizoaffective

Terapi : Anpiprazole 5mg /24 jam
Fridep 25 mg/24 jam
Lorazepam 0.5 mg/24 jam
Amplodipin 10 mg/24 jam
Candesartan 16 mg/ 24 jam

B. Analisis data

Dari hasil analisis data dapat ditemukan bahwa masalah keperawatan yaitu:

1. Resiko perilaku kekerasan

Analisis data subyektif pasien yang mengatakan bahwa keluarganya sering menyia-nyiakan dan tidak memberinya makanan dan obat-obatan sehingga mudah marah dan sakit hati. Data objektif

pasien tampaknya melihat orang lain dengan tajam dan berbicara dengan keras.

2. Resiko mencederai orang lain dan lingkungan

Analisis data subyektif keluarga klien mengatakan pasien suka teriak-teriak, mengamuk tanpa sebab, membentak lawan bicara. Data objektif ditandai wajah pasien tampak tegang, muka merah, nada tinggi, memukul diri sendiri.

3. Harga diri rendah

Analisis data subyektif pasien mengatakan dibuang, disia-siakan keluarganya dan merasa malu karena dirawat di RSJ. Data Objektif ditandai pasien tampak malu, gelisah, dan tampak sedih.

C. Pohon masalah

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan (Effect)



Resiko Perilaku Kekerasan

(CoreProblem)



Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah

(Causa)

(Buku Keperawatan Jiwa, 2020)

D. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan.

E. Rencana keperawatan

Rencana perawatan dilakukan selama 3 hari dengan tujuan agar setelah tindakan keperawatan diharapkan klien mampu menjalin hubungan saling percaya, klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan tarik nafas dalam dan mengalihkan memukul bantal tidur, klien akan dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur, klien akan memahami dan dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan berbicara dengan baik, klien akan dapat mengontrolnya dengan mengamalkan ibadah.

Dengan menerapkan strategi SP 1- SP 4

SP 1 : Latih klien melakukan cara mengontrol kemarahan dengan mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal

SP 2 : Bantu klien mengontrol perilaku kekerasan pasien dengan minum obat secara teratur

SP 3 : Ajarkan kepada klien berbicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga cara yaitu meminta dengan baik tanpa marah, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal.

SP 4 : Ajarkan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan mempratikan cara spiritual (beribadah)

Sp Keluarga

- 1) Memberikan solusi untuk masalah yang telah dihadapi keluarga dalam merawat klien
- 2) Melakukan pendidikan kesehatan terhadap keluarga seperti definisi resiko perilaku kekerasan, penyebab perilaku kekerasan, manifestasi klinis, dan proses terjadinya perilaku kekerasan.
- 3) Menganjurkan keluarga untuk mempraktikan

F. Implementasi

Implementasi pertama pada hari Selasa 20 Desember 2022 jam 09.00 WIB dengan data subjektif : Pasien mengatakan sering disia-siakan oleh keluarganya tidak dikasih makan dan obat sehingga membuatnya mudah marah-marah dan teriak-teriak, mudah tersinggung, tatapan sinis dan data objektif : pasien tampak memandang orang lain dengan tajam dan berbicara dengan keras. Tindakan keperawatan dengan melakukan SP 1 yaitu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala, menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan adalah dengan latihan fisik yaitu tarik napas dalam dan pukul bantal. Rencana tindak lanjut akan dilakukan SP 2 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur.

Implementasi hari kedua pada tanggal 21 Desember 2022 jam 10.00 WIB didapat data subjektif : pasien mengatakan sekarang sudah tidak terlalu memikirkan/merasa disia-siakan keluarganya dan sudah tidak terlalu marah seperti kemarin, dan data objektif : pasien saat ditanya menjawab dengan nada tinggi, sikap sudah tidak terlalu kaku, kontak mata agak sedikit sinis. Tindakan keperawatan dengan melakukan SP 2 yaitu mengevaluasi kemampuan klien latihan fisik II (pukul bantal/kasur), mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur. Rencana tindak lanjut akan dilakukan SP 3 yaitu ajarkan klien dengan berbicara yang baik bila sedang marah, ada 3 cara yaitu : meminta dengan baik tanpa marah, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal.

Implementasi hari kedua pada tanggal 22 Desember 2022 jam 09.45 WIB didapat data subjektif : pasien mengatakan sekarang sudah tidak terlalu memikirkan/merasa disia-siakan keluarganya karena fokus akan kesembuhannya, dan data objektif : nada bicara tidak keras, sikap sudah

tidak kaku, kontak mata tidak sinis, cukup tenang. Tindakan keperawatan dengan melakukan SP 3 yaitu mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, komunikasi secara verbal : asertif/bicara baik-baik, meminta dengan baik tanpa marah, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal.

G. Evaluasi

Evaluasi pada hari pertama tindakan keperawatan pada tanggal 20 Desember 2022 yaitu respon subjektif : pasien mengatakan penyebab marah-marah dan mengamuk yaitu dia merasa disia-siakan keluarganya, respon objektif : klien mampu melakukan latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. Perencanaan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan yaitu latihan fisik : Tarik nafas dalam 1x/hari, pukul bantal 1x sehari.

Evaluasi pada hari kedua tindakan keperawatan pada tanggal 21 Desember 2022 yaitu respon subjektif : klien mengatakan mau mengulangi latihan yang kemarin (tarik nafas dalam), klien mengatakan mau saat ditanya apakah mau dijelaskan cara yang kedua meminum obat secara teratur. Data objektif : klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri, klien mampu pukul kasur bantal secara mandiri, klien mampu memahami dan meminum obat secara teratur. Perencanaan tindak selanjutnya yaitu latihan tarik nafas dalam 1x/hari, latihan pukul kasurbantal 1 x/hari, ajarkan meminum obat secara teratur.

Evaluasi pada hari ketiga tindakan keperawatan pada tanggal 22 Desember 2022 yaitu respon subjektif : Pasien mengatakan mau mengulangi latihan yang kemarin (tarik nafas dalam, pukul bantal), meminum obat secara teratur, pasien mengatakan paham cara mengontrol marah dengan komunikasi secara verbal. Data objektif : klien dapat melakukan secara mandiri (tarik nafas dalam, pukul bantal),

meminum obat secara teratur, pasien mengatakan paham cara mengontrol marah dengan berbica dengan baik, klien mampu melakukan komunikasi secara verbal dengan baik, klien tampak senang saat dipuji karena dapat mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan. Perencanaan tindak selanjutnya yaitu latihan tarik nafas dalam dan pukulan kasur bantal 1x/hari, ajarkan meminum obat secara teratur, klien melakukan komunikasi secara verbal



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas asuhan keperawatan kepada klien Ny. S dengan resiko perilaku kekerasan di ruang Bhisma RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Penulis telah melakukan pengkajian kemudian melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari pada tanggal 20-23 Desember 2022.

Asuhan keperawatan yang dilakukan klien adalah dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, menentukan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan, melakukan implementasi keperawatan kemudian melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan yang sudah diberikan kepada klien.

A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Desember 2022 di ruang Bhisma RSJD Dr. Amino Gondohutomo di Provinsi Jawa Tengah. Hasil penelitian adalah sebagai berikut: pasien bernama Ny. S berusia 60 tahun, berjenis kelamin perempuan dan beragama Islam. Ia bekerja sebagai ibu rumah tangga dan tinggal serumah bersama suami dan anak-anaknya yang sudah berkeluarga.

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dari data subyektif adalah ancaman, penyalahgunaan bahasa yang kasar, ucapan yang keras, nada keras. Dari data objektif yaitu menyerang orang lain, merugikan diri sendiri/orang lain, merugikan lingkungan, perilaku agresif/marah, mata melotot/penglihatan tajam, tangan terkepal, rahang terkatup, muka merah. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Berdasarkan teori, penulis mendapatkan beberapa data yang sesuai pada Ny. S yaitu mengamuk, nada suara tinggi, tatapan tajam, agresif, teriak-teriak, tidak bisa diberi tahu. Tanda dan gejala pada Ny. S disebabkan

karena klien mengatakan sering disia-siakan keluarga, anak dan menantunya jahat pernah mengambil TV dikamarnya, tidak dikasih makan dan obat.

Menurut (Stuart, 2023) etiologi dari resiko perilaku kekerasan ada faktor predisposisi diantaranya faktor biologis seperti pengaruh neurofisiologi, pengaruh biokimia, pengaruh genetik, gangguan otak. Faktor psikologi seperti rasa puas, aman serta kenyamanan bila tidak terpengaruhi mengakibatkan turunya harga diri sehingga melampiaskan kekerasan sebagai ekspresi. Faktor sosiokultural seperti masyarakat cenderung menerima perilaku kekerasan sebagai penyelesaian masalah. Berdasarkan teori, faktor predisposisi atau penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan pada Ny. S adalah faktor psikologis yang disebabkan sikap agresif tingkah laku kekerasan jika dirinya merasa tidak nyaman, perilaku tersebut karena kurangnya perhatian dari keluarganya yang mengakibatkan klien berperilaku agresif sehingga melampiaskan kekerasan sebagai ekspresi. Data yang didapat dari klien sesuai dengan teori.

Faktor presipitasi diantaranya internal adalah faktor yang mengakibatkan kelemahan, penurunan kepercayaan diri serta perasaan takut sakit. Eksternal adalah orang yang disayangi hilang, krisis, dan penganiayaan fisik, mekanisme koping. Berdasarkan teori (Stuart, 2023), faktor presipitasi terjadinya perilaku kekerasan pada Ny. S yaitu faktor eksternal karena penyebabnya klien merasa sering tidak dipedulikan keluarganya yang mengakibatkan orang yang disayangi hilang. Dari data-data yang didapatkan penulis pada klien faktor presipitasi sesuai dengan teori.

Selama melakukan pengkajian terhadap klien ada beberapa kendala saat memulai pembicaraan karena klien menjawab beberapa kata dengan nada keras, tatapan tajam, kadang hanya diam saja, jawaban sering tidak nyambung yang selalu diungkapkan klien yaitu sering disia-siakan anak dan menantunya.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis dari respon pasien terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial. Tujuan diagnosa medis juga untuk mengenali reaksi pasien individu dan keluarganya terhadap situasi lingkungan yang sesuai. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa yang digunakan SDKI adalah risiko perilaku kekerasan dengan kode D.0146. Risiko perilaku kekerasan suatu perilaku di mana terdapat risiko bahaya fisik, psikologis, dan seksual. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dari data subyektif adalah ancaman, penyalahgunaan bahasa yang parah, ucapan yang keras, keras. Dari data objektif yaitu menyerang orang lain, merugikan diri sendiri/orang lain, merugikan lingkungan, perilaku agresif/marah, mata melotot/penglihatan tajam, tangan terkepal, rahang terkatup, muka merah.

Berdasarkan hasil pengkajian untuk menegakan diagnosa ada beberapa yaitu resiko perilaku kekerasan dari data objektif dan subjektif yang diperoleh dari Ny. S yaitu adanya tanda dan gejala seperti teriak-teriak, pandangan tajam, marah-marah tidak jelas yang disebabkan sering disia-siakan keluarga, anak dan menantunya jahat pernah mengambil TV dikamarnya, tidak dikasih makan dan obat. Hasil analisa data tersebut sesuai dengan teori dalam menegakan diagnosa resiko perilaku kekerasan

Alasan menegakan diagnosa resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama karena data yang didapat dari Ny. S sesuai dengan buku SDKI dengan beberapa keluhan dan tanda gejala melakukan resiko perilaku kekerasan yang mendukung.

C. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang diberikan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk meningkatkan, mencegah dan memulihkan kesehatan individu pasien, keluarga dan masyarakat. (Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2017)

Intervensi untuk memecahkan masalah klien dapat menerapkan strategi implementasi pada klien. Tujuannya adalah untuk menerapkan strategi implementasi pada klien agar klien dapat mengontrol perilaku kasar yang dialaminya dan pasien dapat menyelesaikan rencana perawatan dengan baik. Intervensi yang meliputi strategi implementasi dengan menjelaskan penyebab risiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala, mengajarkan cara mengelola risiko perilaku kekerasan dengan cara latihan fisik nafas dalam dan pukul bantal dengan kriteria di bawah ini klien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan tarik nafas dalam dan pukul bantal. Rencana tindakan strategi implementasi kedua mengontrol perilaku kekerasan dengan membantu minum obat secara teratur dengan kriteria hasil klien dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur. Rencana tindakan strategi implementasi yang ketiga adalah melatih klien untuk berbicara dengan baik, misalnya meminta dengan baik tanpa marah, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik, dengan kriteria hasil klien dapat menyampaikan kemarahannya melalui ucapan. Rencana tindakan keempat adalah kontrol melalui ibadah dengan kriteria hasil yang dapat dikontrol klien dengan mempraktikkan jenis ibadah ini. (Tim pokja SIKI DPP PPNI, 2017)

Intervensi keperawatan yang diterapkan kepada klien yaitu hanya SP 1 – SP 3 dan tidak melakukan SP 4 karena keadaan pasien yang tidak

memungkinkan untuk melakukan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan mempratikan cara beribadah.

Strategi pelaksanaan keluarga adalah memberi solusi untuk masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien dan kemudian dalam menyelenggarakan pendidikan kesehatan keluarga seperti definisi resiko perilaku kekerasan, penyebab perilaku kekerasan, manifestasi klinis, dan proses terjadinya perilaku kekerasan, kemudian menganjurkan keluarga untuk mempraktikan. Seharusnya penulis melakukan strategi pelaksanaan terhadap keluarga tetapi penulis tidak melakukan strategi pelaksanaan karena keluarga klien tidak berkunjung.

D. Implementasi

Implementasi suatu tindakan yang dilakukan untuk melaksanakan rencana tindakan. Pelaksanaan selama 3 hari pada tanggal 20-23 Desember 2022 penulis melakukan SP 1-3.

Implementasi pertama pada hari selasa 20 Desember 2022 jam 09.00 WIB dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan sering disia-siakan oleh keluarganya tidak dikasih makan dan obat sehingga membuatnya mudah marah-marah dan teriak-teriak, mudah tersinggung, tatapan sinis dan data objektif : pasien tampak memandang orang lain dengan tajam dan berbicara dengan keras. Tindakan keperawatan dengan melakukan SP 1 yaitu mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala, menyebutkan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan adalah dengan latihan fisik yaitu tarik napas dalam dan pukul bantal. Rencana tindak lanjut akan dilakukan SP 2 mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan minum obat secara teratur.

Implementasi hari kedua pada tanggal 21 Desember 2022 jam 10.00 WIB didapat data subjektif : pasien mengatakan sekarang sudah tidak terlalu memikirkan/merasa disia-siakan keluarganya dan sudah tidak terlalu marah seperti kemarin, dan data objektif : pasien saat ditanya menjawab dengan nada tinggi, sikap sudah tidak terlalu kaku, kontak mata agak sedikit sinis. Tindakan keperawatan dengan melakukan SP 2 yaitu mengevaluasi kemampuan klien latihan fisik II (pukul bantal/kasur), mengontrol perilaku kekerasan dengan meminum obat secara teratur. Rencana tindak lanjut akan dilakukan SP 3 yaitu ajarkan klien dengan berbicara yang baik bila sedang marah, ada 3 cara adalah meminta dengan baik tanpa marah, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal.

Implementasi hari kedua pada tanggal 22 Desember 2022 jam 09.45 WIB didapat data subjektif : pasien mengatakan sekarang sudah tidak terlalu memikirkan/merasa disia-siakan keluarganya karena fokus akan kesembuhannya, dan data objektif : nada bicara tidak keras, sikap sudah tidak kaku, kontak mata tidak sinis, cukup tenang. Tindakan keperawatan dengan melakukan SP 3 yaitu mengevaluasi kemampuan klien untuk tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal, komunikasi secara verbal secara asertif/bicara baik-baik, meminta dengan baik tanpa marah, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan kesal.

Teknik rileksasi tarik nafas dalam supaya otot tidak tegang dan pikiran tetap tenang. Maka dari itu teknik relaksasi tarik nafas dalam dan pukul bantal mempunyai tujuan yaitu untuk membantu mengontrol diri, meningkatkan konsentrasi, menurunkan beban pikiran, merilekskan otot dalam mengontrol resiko perilaku kekerasan. (Jayanti, 2022)

Saat menerapkan strategi pelaksanaan klien paham dan dapat melakukan dengan cukup baik. Penulis memodifikasi SP 4 (mengendalikan resiko

perilaku kekerasan dengan mempraktikkan dengan cara beribadah) dengan cara menyarankan pasien untuk tetap beribadah dengan baik dan berdoa setiap sebelum melakukan aktivitas. Karena keadaan pasien yang tidak memungkinkan untuk melakukan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan mempratikan cara beribadah.

Implementasi keluarga tidak dilakukan karena keluarga klien tidak berkunjung. Seharusnya strategi pelaksanaan keluarga dilakukan karena keluarga juga harus paham jika klien mengalami kekambuhan saat dirumah keluarga dapat mengatasi dengan efektif dan keluarga berdampak bagi kesembuhan klien.

Solusi untuk masalah tersebut dengan lebih memaksimalkan kesembuhan klien untuk mencegah kekambuhan dan memberi panduan singkat dengan keluarga klien saat keluarganya menjemput klien saat mau pulang kerumah, memberi edukasi tentang kondisi saat ini dan cara mengatasi saat mengalami kekambuhan. Jika keluarga tidak dapat mengatasi maka lebih baik menghubungi pihak rumah sakit jiwa.

Keluarga merupakan peranan sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan. Situasi keluarga sangat memberikan kenyamanan dan dukungan yang baik, dapat mencegah atau memudahkan proses penyembuhan. Pada kondisi ini yang menyebabkan pengaruh pentingnya keluarga dalam mendukung penyembuhan dan mempertahankan pemulihan gangguan jiwa. (Wardana, 2020)

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan suatu kegiatan berkelanjutan untuk mengetahui apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dapat dilanjutkan, direvisi atau dihentikan.

Evaluasi hari pertama tindakan keperawatan tanggal 20 Desember 2022 yaitu respon subjektif : pasien mengatakan penyebab marah-marah dan mengamuk yaitu dia merasa disia-siakan keluarganya, respon objektif : klien mampu melakukan latihan fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. Perencanaan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan yaitu latihan fisik : Tarik nafas dalam 1x/hari, pukul bantal 1x sehari.

Evaluasi hari kedua tindakan keperawatan pada tanggal 21 Desember 2022 yaitu respon subjektif : klien mengatakan mau mengulangi latihan yang kemarin (tarik nafas dalam), klien mengatakan mau saat ditanya apakah mau dijelaskan cara yang kedua meminum obat secara teratur. Data objektif : klien mampu melakukan tarik nafas dalam dengan mandiri, klien mampu pukul kasur bantal secara mandiri, klien mampu memahami dan meminum obat secara teratur. Perencanaan tindak selanjutnya yaitu latihan tarik nafas dalam 1x/hari, latihan pukul kasurbantal 1 x/hari, ajarkan meminum obat secara teratur.

Evaluasi hari ketiga tindakan keperawatan pada tanggal 22 Desember 2022 yaitu respon subjektif : Pasien mengatakan mau mengulangi latihan yang kemarin (tarik nafas dalam, pukul bantal), meminum obat secara teratur, pasien mengatakan paham cara mengontrol marah dengan komunikasi secara verbal. Data objektif : klien dapat melakukan secara mandiri (tarik nafas dalam, pukul bantal), meminum obat secara teratur, pasien mengatakan paham cara mengontrol marah dengan berbica dengan baik, klien mampu melakukan komunikasi secara verbal dengan baik, klien tampak senang saat dipuji karena dapat mengontrol perilaku kekerasan yang diajarkan. Perencanaan tindak selanjutnya yaitu latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal 1x/hari, ajarkan meminum obat secara teratur, klien melakukan komunikasi secara verbal.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil data yang didapatkan oleh penulis karya tulis ilmiah yang telah dilakukan selama 3 hari mengelola asuhan keperawatan pada klien Ny. S di ruang Bhisma RSJD Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah, dapat disimpulkan :

1. Hasil pengkajian pada Ny. S terdapat data bahwa pasien mudah marah-marah, mudah tersinggung pasien tampak memandang orang lain dengan tajam dan berbicara dengan nada keras.
2. Dari data yang dialami dari Ny. S diagnosa utama adalah resiko perilaku kekerasan.
3. Rencana tindakan asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan pada Ny. S bertujuan agar mengontrol emosi dan kemarahannya dengan baik.
4. Tindakan keperawatan yang diberikan yaitu dengan menerapkan SP 1 melatih tarik nafas dalam dan pukul bantal, SP 2 melatih minum obat secara teratur, SP 3 melatih berbicara dengan baik.
5. Evaluasi yang dilakukan oleh penulis bahwa hasil evaluasi pada Ny. S dapat melakukan strategi pelaksanaan yang diajarkan dengan baik.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan, penulis dapat memberikan beberapa saran yaitu :

1. Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat menambah pengetahuan dan menerapkan dengan baik mengenai asuhan keperawatan resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa dapat menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan terhadap pasien yang sesuai dengan intervensi keperawatan.

3. Bagi perawat

Diharapkan bagi perawat dalam memberi asuhan keperawatan dengan baik dan tepat agar meningkatkan kepercayaan terhadap perawat dalam merawat pasien hingga sembuh.

4. Bagi keluarga pasien

Diharapkan keluarga pasien lebih bersabar dalam merawat salah satu keluarga yang sedang sakit dan dapat menjadi pendukung efektif bagi pasien agar mempercepat dalam proses penyembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adityas, I. P., Setiawan, D., & Putra, H. (2022). *PEDOMAN FORMAT DOKUMENTASI PENGKAJIAN KEPERAWATAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)*. 3(3), 243–250.
- Dermawan, D. (2020). Penatalaksanaan secara konstruktif dengan crossword puzzle pasien risiko perilaku kekerasan di RSJD dr. Arif Zainudin Surakarta constructive management with crossword puzzle for patients with the risk of violent behavior at RSJD dr. Arif Zainudin Surakart. *Journal On Medical Science*.
- Dharma, A., Metro, W., & Kunci, K. (2022). *Jurnal Cendikia Muda Volume 2 , Nomor 2 , Juni 2022 ISSN : 2807-3469 Maryati , Penerapan Terapi Musik Klasik PENDAHULUAN Kehidupan sehari-hari dapat berjalan dengan baik didukung oleh beberapa hal yang optimal , salah satunya adalah kesehatan . Kesehatan . 2, 240–245.*
- Jayanti. (2022). The influence of deep breathing relaxation techniques on angry behavior of schizophrenia patients in UPTD RSJ bali province. *Journal of Health (JoH)*, 9(1), 1–8.
- Kasyfillah, M. H., & Muhid, A. (2022). *MENINGKATKAN PRODUKTIVITAS BAGI ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) : LITERATUR REVIEW*

Gelimasjiwo (Gerakan Peduli Jiwa Sehat Provinsi Jawa Timur membuat Gubernur Jatim. IV(September).

Malfasari. (2021). Analisis Tanda dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa.*

Pardede. (2020). Decreasing Symptoms of Risk of Violent Behavior in Schizophrenia Patients Through Group Activity Therapy. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa.*

Putri, V. S., & Fitrianti, S. (2018). *Pengaruh strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik terhadap resiko perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa provinsi jambi.* 7(2), 138–147.

Stuart, and B. K. (2023). *Prinsi Dan Praktik Kperawatan Kesehatan Jiwa Stuart.*

Sutejo. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Tn. T Dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Buletin Kesehatan: Publikasi Ilmiah Bidang Kesehatan,* 59–69.

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik.*

Tim pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik.*

Vahurina, J., & Rahayu, D. A. (2021). *Penurunan Gejala Perilaku Kekerasan Dengan Menggunakan Terapi Musik Instrumental Piano Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan.*

Wardana. (2020). *Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kekambuhan klien dengan resiko perilaku kekerasan. Jurnal Keperawatan.*