

**ASUHAN KEPERAWATAN JiWA PERILAKU KEKERASAN PADA Tn. A
DI RUANG VIII IRAWAN WIBISONO RUMAH SAKIT JiWA DAERAH
Dr. AMINO GONDHO HUTOMO SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh
Deni Mustofa
NIM. 89.33.12840

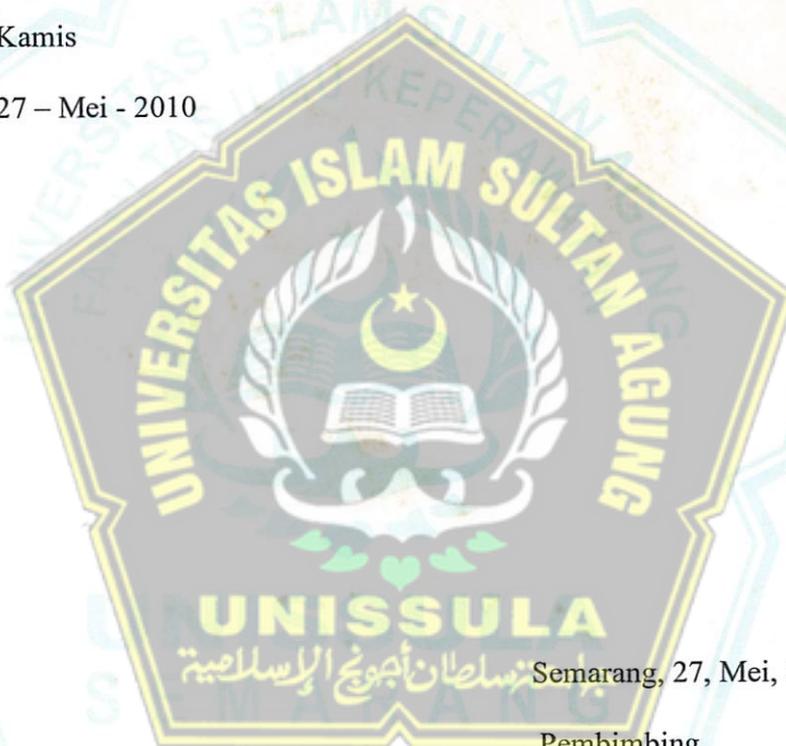
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 27 – Mei - 2010



Semarang, 27, Mei, 2010

Pembimbing

(Wahyu Endang Setyowati, SKM)

NIK. 210997004

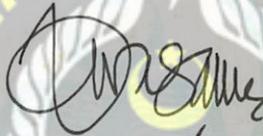
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Senin Tanggal 31 Mei 2010 dan telah di perbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 6 Juli 2010

Tim Penguji

Penguji I



(Wahyu Endang Setyowati, SKM)

NIK. 210. 997. 004

Penguji II



(Hj. Dwi Heppy Rochmawati, S.Kep., Ns)

NIK. 210. 998. 006

Penguji III



(Ade Irmawati, S.Kep., Ns)

NIK. 210. 909. 015

MOTTO

Keberhasilan akan di dapat dengan iringan waktu dan dentuman gairah, namun yang lebih penting adalah melihat realita dan berdiri tegap pada fakta-fakta yang ada.

(Jewel on the Palase)

Kecerdasan pikiran hanyalah nyanyian burung murai diawal musim semi yang lambat.

(Khahlil Gibran)

Yang penting bagi manusia bukan hasil, tapi apa yang ia inginkan.

(Khahlil Gibran)

Orang sukses menginginkan tubuhnya untuk ikhtiar, otaknya berfikir kreatif dan hatinya untuk tawakal kepada ALLAH.

(Aa Gym)

Hati yang sehat tidak ubahnya laksana cermin yang bening dan bersih baunya yang terpantul akan persis sebagaimana benda yang ditaruh di depannya.

(Aa Gym)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Bismillahirrohmannirohhim

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-NYA serta ilmu dan kemudahan yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan pada Tn. A di Ruang VIII Graha Irawan Wibisono di RSJD dr. Amino Gondho Hutomo Semarang.

Penulisan laporan kasus ini disusun guna memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Diploma III Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam penyusunan laporan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga yang penulis tujukan kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung.
2. Iwan Ardian , SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah banyak memberikan inspirasi dan motivasi kepada mahasiswa baik dalam lingkup pendidikan maupun dalam kehidupan sehari – hari.

3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku kaprodi DIII keperawatan FIK Unissula dan selaku pembimbing dalam penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah yang telah membimbing dan memberi masukan kepada penulis.
4. RSJD Dr. Amino Gondho Hutomo ruang VIII Graha Irawan Wibisono sebagai tempat diambilnya studi kasus Karya Tulis Ilmiah.
5. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan ilmu dengan sabar selama tiga tahun ini.
6. Bapak dan ibuku tercinta yang selalu mendoakanku serta memberiku kasih sayang, bimbingan dan perhatiannya yang tak ternilai.
7. Teman seperjuanganku Budi, Bagas, Reno, Munif, Mulyono, Cahyo, Arif R, yang selalu mensupport dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUN	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
BAB II : KONSEP DASAR	
A. Pengertian	6
B. Etiologi <small>جامعة سلطان أبجويج الإسلام</small>	
1. Predisposisi	8
2. Presipitasi	10
C. Penatalaksanaan Medis	11
D. Proses terjadinya Masalah	12
E. Pohon Masalah	13
F. Masalah Keperawatan	13
G. Masalah dan Data yang Perlu dikaji	14

	H. Diagnosa Keperawatan	15
	I. Fokus Intervensi	16
BAB III	: RESUME KEPERAWATAN	
	A. Pengkajian	27
	B. Analisa Data	32
	C. Diagnosa Keperawatan	32
	D. Fokus intervensi	33
	E. Implementasi dan Evaluasi.....	37
BAB IV	: PEMBAHASAN	
	A. Pengkajian.....	42
	B. Analisa Data.....	43
	C. Diagnosa Keperawatan.....	44
	D. Intervensi.....	45
	E. Implementasi	57
	F. Evaluasi	60
BAB V	: PENUTUP	
	A. Kesimpulan	64
	B. Saran	65
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

BAB I

PENDAHULUAN

I. Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan – keadaan yang tidak normal, baik fisik, maupun mental. (Mukripah, 2008 : 63)

Kecenderungan meningkatnya angka gangguan mental *psikiatri* di kalangan masyarakat saat ini dan yang akan datang akan terus menjadi masalah sekaligus bagi tenaga kesehatan khususnya komunitas profesi keperawatan. Sebagai gambaran menurut penelitian WHO, jika prevalensi gangguan jiwa 100 jiwa per 1000 penduduk dunia, maka berarti di Indonesia mencapai 264 per 1000 penduduk yang merupakan anggota keluarga, data hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga tahun 1995, artinya 2,6 kali lebih tinggi dari ketentuan WHO. Saat ini gangguan jiwa menempati urutan kedua setelah penyakit infeksi dengan 11,5%. (Rasmun, 2001 : 1 – 2).

Masalah jiwa akan meningkat di era globalisasi. Sebagai contoh jumlah penderita sakit jiwa di Provinsi lain dan Daerah Istimewa Yogyakarta terus meningkat. Penderita tidak lagi di dominasi masyarakat kelas bawah, kalangan pejabat dan masyarakat lapisan menengah ke atas, juga tersentuh gangguan psikotik dan depresif.

Kecenderungan itu tampak dari banyaknya pasien yang menjalani rawat inap maupun rawat jalan di RS Grahasia Yogyakarta dan RS Sarjito Yogyakarta. Pada dua rumah sakit tersebut klien gangguan jiwa terus bertambah sejak tahun 2002 lalu. Pada tahun 2003 saja mencapai 7.000 orang, sedang pada 2004 naik menjadi 10.610 orang. Sebagian dari klien menjalani rawat jalan, dan rawat inap mencapai 678 orang pada 2003 dan meningkat menjadi 1.314 orang pada tahun 2004. Yang menarik, klien gangguan jiwa sekarang tidak lagi didominasi kalangan bawah, tetapi kalangan masyarakat, pegawai negeri sipil pegawai swasta, dan kalangan profesional juga ada di antaranya. Klien gangguan jiwa dari kalangan menengah ke atas, sebagian besar disebabkan tidak mempunyai mengelola stress dan ada juga kasus mereka yang mengalami *Post Power Syndrome* akibat dipecat atau mutasi jabatan. (Iyus Yosep, 2009 : 29)

Menurut catatan di RSJD dr. Amino Gondho Hutomo Semarang jumlah pasien gangguan jiwa bertambah. Tahun 2005 terdapat 235 kamar rumah sakit tersebut, tahun ini terisi penuh pasien rawat inap. Bahkan tiap hari terdapat 60 – 70 pasien rawat jalan. Sebanyak 205 pasien rata – rata per hari menjalani perawatan dan sekitar 60 persen diantaranya mereka adalah kaum pria. Mayoritas pasien gangguan jiwa berusia produktif antara 25 – 45 tahun.

Perawat jiwa sebagai pemberi asuhan keperawatan jiwa kepada klien merupakan bagian dari total pelayanan di rumah sakit. Karena itu mereka juga dituntut untuk mampu memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan

dapat mempertanggung jawabkan asuhan keperawatan yang diberikannya secara ilmiah. (Iyus Yosep, 2009 : 31)

Salah satu gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah “ **Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. A Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang VIII Irawan Wibisono RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2010**”.

II. Tujuan Penulisan

A. Tujuan Umum

Mampu memahami tentang asuhan keperawatan Jiwa pada Tn.A dengan Perilaku Kekerasan di Graha Irawan Wibisono RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang.

B. Tujuan Khusus

1. Mampu mendeskripsikan tentang pengertian, sebab dan akibat, serta tanda dan gejala pada Tn. A dengan perilaku kekerasan.
2. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada Tn.A dengan Perilaku Kekerasan.
3. Mampu memahami masalah - masalah yang muncul pada Tn. A dengan Perilaku Kekerasan.
4. Mendeskripsikan hasil implementasi dan evaluasi keperawatan pada Tn. A dengan Perilaku Kekerasan.

III. Manfaat Penulisan

A. Bagi Penulis

1. Menambah wawasan dan pengetahuan dalam penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Meningkatkan keilmuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien perilaku kekerasan.
3. Meningkatkan kemampuan dalam *skill* dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien perilaku kekerasan.

B. Bagi Instansi Pendidikan

1. Sebagai sarana pembelajaran mahasiswa dalam sebuah pembuatan laporan asuhan keperawatan jiwa.
2. Sebagai tolok ukur dalam keberhasilan proses belajar mengajar.
3. Sebagai wacana dan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terhadap asuhan keperawatan jiwa dengan perilaku kekerasan.

C. Bagi Lahan Praktik

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan penanganan pada klien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan.

D. Profesi Keperawatan

1. Menambah referensi bagi keperawatan jiwa tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan.

2. Meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa khususnya pada pasien perilaku kekerasan.

E. Bagi Masyarakat

Mendapatkan asuhan keperawatan jiwa yang berkualitas bagi masyarakat dan bisa dipertanggungjawabkan.



BAB II

KONSEP DASAR

I. PENGERTIAN

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan, termasuk orang lain dan barang – barang.

(Iyus Yosep, 2009 : 245)

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

(Nita Fitria, 2009 : 139)

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

(Sujono Riyadi, dkk,2009 : 113 – 114)

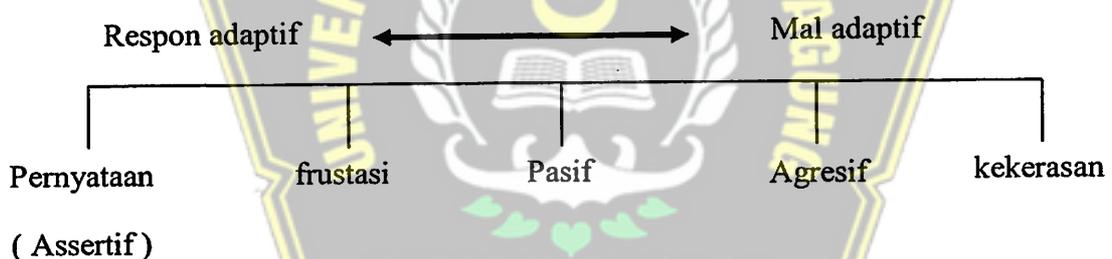
Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan emosi yang merupakan perasaan frustrasi dan benci atau marah. Hal ini didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan ke lingkungan, kedalam diri atau secara destruktif.

(Iyus Yosep, 2007 : 145)

Dari beberapa pengertian di atas penulis dapat menarik sesuatu kesimpulan bahwa perilaku kekerasan atau tindak kekerasan merupakan ungkapan perasaan marah dan bermusuhan yang mengakibatkan hilangnya kontrol diri dimana individu bisa berperilaku menyerang atau melakukan suatu tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau lingkungan.

Perilaku kekerasan dapat menyebabkan harga diri rendah tidak efektifnya penatalaksanaan regimen terapeutik dan dapat berakibat resiko menciderai diri, orang lain dan lingkungan.

A. RENTANG RESPON



Gambar 1.1 . Rentang Respons Perilaku Kekerasan

Sumber : (Nita Fitria, 2009 : 141)

1. Assertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.
2. Frustrasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.
3. Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaanya.

4. **Agresif** : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
5. **Kekerasan** : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilangnya kontrol.

(Nita Fitria, 2009 : 141)

II. ETIOLOGI

A. Faktor Predisposisi

Factor factor pendukung terjadinya masalah perilaku kekerasan adalah :

1. Factor Biologis

a. *Instinctual drive theory* (teori dorongan naluri)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan di sebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

b. *Psycomatic theory* (teori psikomatik)

Pengalaman marah adalah akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal maupun lingkungan. Dalam hal ini sistem limbik berperan sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah. (Sujono Riyadi, 2009 : 117)

2. Factor Psikologis

a. *Frustasion aggression theory* (teori agresif frustasi)

Menurut teori ini perilaku kekerasan terjadi sebagi hasil akumulasi frustasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terlambat. Keadaan tersebut dapat mendorong

berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b. *Behavioral theory* (teory perilaku)

Kemarahan adalah proses belajar, hal ini dapat di capai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung *reinforcement* yang di terima pada saat melakukan kekerasan sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah. Semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

c. *Existensial theory* (teory eksistensi)

Bertindak sesuai perilaku adalah kebutuhan dasar manusia apabila kebutuhan tersebut tidak dapat dipenuhi melalui perilaku konstruktif maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

3. Factor sosial kultural

a. *Sosial environment theory* (teory lingkungan)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan terkontrol sosial yang tidak pasti terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan seolah – olah perilaku kekerasan diterima.

b. *Sosial learning theory* (teory belajar social)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi.

B. Faktor Presipitasi

Stressor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu bersifat unik. Stressor tersebut dapat disebabkan dari luar maupun dalam. Contoh stressor yang berasal dari luar antara lain serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain – lain. Sedangkan stressor yang berasal dari dalam adalah putus hubungan dengan orang yang berarti, kehilangan rasa cinta, ketakutan terhadap penyakit fisik dan lain – lain. Selain itu lingkungan yang terlalu rebut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan dapat memicu perilaku kekerasan.

(Sujono Riyadi,dkk,2009 : 117)

III. PERILAKU (MANIFESTASI KLINIS)

- A. Emosi : tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.
- B. Verbal : Mengancam, mengumpat dengan kata – kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, dan ketus.
- C. Fisik : Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah, dan tegang, serta postur tubuh kaku.
- D. Intelektual : Mendominasi, banyak bicara, sarkasme, bendebat, dan meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata – kata bernada sarkasme.
- E. Spiritual : Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keragu-raguan, tidak bermoral, dan kreatifitas terhambat.

F. Sosial: Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

G. Perhatian : Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

H. Perilaku : Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.

(Nita Fitria, 2009 : 140)

IV. PENATALAKSANAAN MEDIS

A. Terapi Somatik

Menurut (Depkes RI, 2000,hal 230) menerangkan bahwa terapi somatik adalah terapi yang diberikan kepada klien gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditujukan pada kondisi fisik klien, tetapi target terapi adalah perilaku klien.

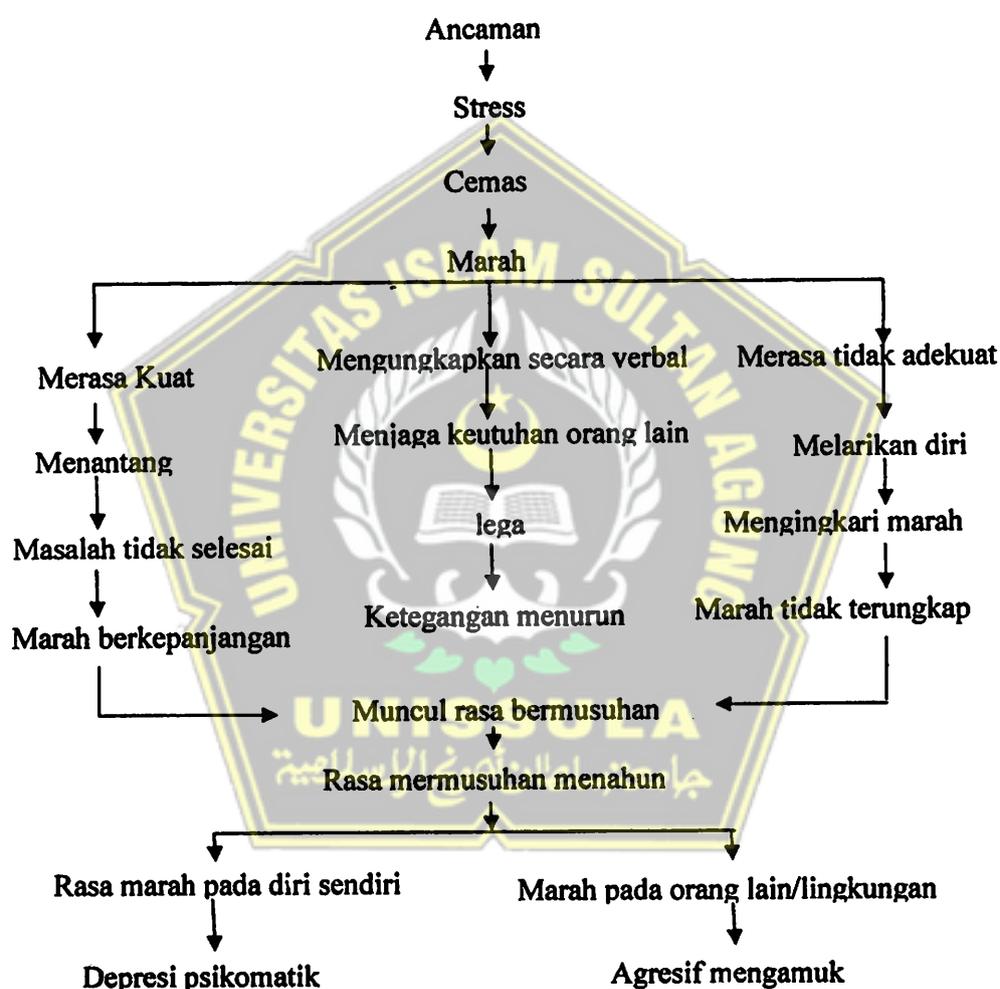
B. Terapi Kejang Listrik

Terapi kejang listrik atau *Elektronik Convulsif Therapy* (ECT) adalah bentuk terapi kepada klien dengan menimbulkan kejang *grand mall* dengan mengalirkan listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada pelipis klien. Terapi ini awalnya untuk menangani skizofrenia membutuhkan 20 – 30 kali terapi biasanya dilaksanakan adalah tiap 2 – 3 hari sekali (seminggu 2 kali).

(Tomb, 2002 : 36)

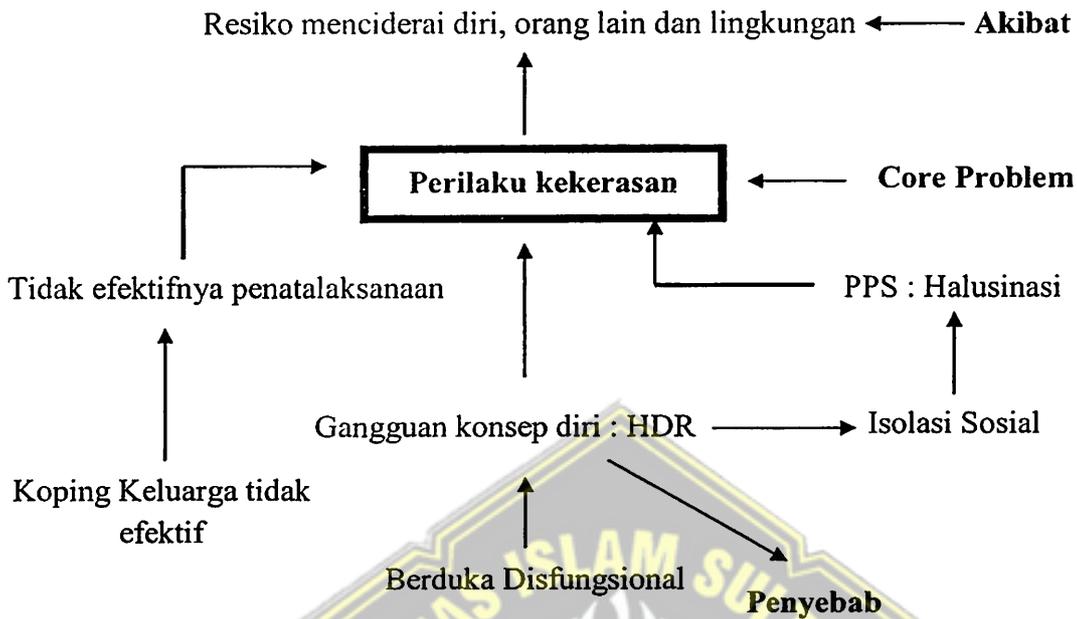
V. PROSES TERJADINYA MARAH

Stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari – hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stress dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam. Kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Berikut gambar proses marah :



Gambar 1.2 : Konsep marah (Beck, dkk, 1986, hal.447 dikutip oleh Keliat, 2005)

VI. POHON MASALAH



Gambar 1.2 : Pohon Masalah

Sumber : (Nita Fitria, 2009 : 146)

VII. MASALAH KEPERAWATAN

1. Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
2. Perilaku kekerasan.
3. Gangguan konsep diri: Harga diri rendah.
4. Tidak efektifnya penatalaksanaan regimen terapiutik.
5. Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi.
6. Isolasi soial.
7. Berduka disfungsional.
8. Koping keluarga inefektif.

(Nita Fitria, 2009 : 146)

VIII. MASALAH DAN DATA YANG PERLU DIKAJI

No	Masalah Keperawatan	Data Subyektif	Data Obyektif
1.	Perilaku Kekerasan	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan benci atau kesal pada seseorang. - Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah. - Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya 	<ul style="list-style-type: none"> - Mata merah, wajah agak merah - Nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai. - Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam. - Merusak dan melempar barang.
2.	Gangguan konsep diri : HDR	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan : saya tidak mampu, tidak bisa, tidak tahu apa – apa, bodoh, mengkritik diri sendiri, mengungkapkan perasaan malu terhadap diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien lebih tampak suka menyendiri, bingung bila disuruh memilih alternative tindakan, ingin menciderai / ingin mengakhiri hidup.
3.	Resiko menciderai diri sendiri, orang lain,	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan marah dan jengkel 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengamuk, merusak dan

	lingkungan	kepada orang lain, ingin membunuh, ingin membakar atau mengacak – acak lingkungannya	melempar barang – barang, melakukan tindakan kekerasan pada orang – orang disekitarnya
--	------------	--	--

<http://www.afandi-kisahislami.co.cc/2009/08/perilaku-kekerasan.html> diakses tgl

18 Mei 2010 jam 16:05

IX. DIAGNOSA KEPERAWATAN

A. Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

Data subjektifnya : Klien mengatakan marah dan jengkel kepada orang lain, ingin membunuh, ingin membakar atau mengacak – acak lingkungannya : Data objektifnya : Klien mengamuk, merusak dan melempar barang – barang, melakukan tindakan kekerasan pada orang – orang disekitarnya

B. Perilaku kekerasan

Data subjektifnya : Klien mengatakan benci atau kesal pada seseorang. Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah. Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya Data objektifnya : Mata merah, wajah agak merah, nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai, ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam, merusak dan melempar barang.

C. Gangguan konsep diri Harga diri rendah

Data subjektifnya : Klien mengatakan : saya tidak mampu, tidak bisa, tidak tahu apa – apa, bodoh, mengkritik diri sendiri, mengungkapkan perasaan malu terhadap diri sendiri Data objektifnya : Klien lebih tampak suka menyendiri, bingung bila disuruh memilih alternative tindakan, ingin menciderai / ingin mengakhiri hidup.

<http://www.afandi-kisahislami.co.cc/2009/08/perilaku-kekerasan.html> diakses tgl

18 Mei 2010 jam 16:05

X. INTERVENSI KEPERAWATAN

A. Perilaku Kekerasan

Tujuan

Pasien tidak melakukan tindakan kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

SP 1 P :

1. Klien dapat membina hubungan saling percaya

Kriteria Evaluasi :

- a. klien mau membalas salam
- b. klien mau menjabat tangan
- c. klien mau menyebut nama
- d. klien mau tersenyum
- e. klien mau kontak mata

- f. klien mengetahui nama perawat
- g. menyediakan waktu untuk kontrak

Intervensi

- a. Berikan salam/ panggil nama
- b. Sebutkan nama perawat
- c. sambil jabat tangan
- d. jelaskan maksud hubungan interaksi
- e. jelaskan tentang kontrak yang akan di buat
- f. berikan rasa aman dan sikap empati
- g. lakukan kontak singkat tapi sering

Rasional

Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya.

2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mengungkapkan perasaannya.
- b. Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel atau kesal (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan)

Intervensi

- a. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
- b. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel/ kesal
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien.

Rasional

Memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya dapat membantu mengurangi stres dan penyebab perasaan jengkel / marah dapat diketahui

3. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mengungkapkan perasaan marah dan jengkel.
- b. Klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel atau kesal yang dialami.

Intervensi

- a. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan saat marah/ jengkel
- b. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien
- c. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/ marah yang dialami klien
- d. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien

Rasional

- a. Untuk mengetahui tanda-tanda klien jengkel atau marah.
 - b. Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengerti secara garis besar tanda-tanda marah atau jengkel.
4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

- b. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah.

Intervensi

- a. anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien
- b. bantu klien untuk bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- c. bicaralah dengan klien apakah dengan cara klien masalahnya akan selesai
- d. beri reinforcement positif atas keberhasilan klien

Rasional

- a. Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif.
 - b. Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif
 - c. Membantu klien menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah.
5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien.

Intervensi

- a. Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang dilakukan klien.
- b. Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang digunakan oleh klien.
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Tanya pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang sehat.

Rasional

- a. Membantu klien untuk menilai perilaku kekerasan yang dilakukannya
 - b. Dengan mengetahui akibat perilaku kekerasan, diharapkan klien dapat merubah perilaku destruktif yang dilakukannya menjadi perilaku yang konstruktif
6. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang sehat.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif.

Intervensi

- a. Tanya kepada klien apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat
- b. Berikan pujian pada klien jika klien menemukan cara baru yang sehat
- c. Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat.

- d. Secara fisik: tarik nafas dalam jika sedang kesal/memukul bantal /kasur/bekerja/olahraga atau pekerjaan yang memerlukan tenaga
- e. Secara verbal: katakan bahwa anda sedang kesal/tersinggung/jengkel
- f. Secara soial: lakukan dalam kelompok cara-cara marah yang sehat
- g. Secara spiritual: anjurkan klien sembahyang, berdoa/ ibadah lain

Rasional

- a. Reinforcement positif dapat memotivasi klien dan meningkatkan harga diri pasien.
 - b. Cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan dapat membantu klien menentukan cara yang baik untuk mengurangi kejengkelannya sehingga klien menjadi stress lagi.
7. Klien dapat mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1 (tarik nafas dalam).

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien memilih cara yang tepat untuk klien
- b. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- c. Bantu klien mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1 (tarik nafas dalam).
- d. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien

e. Anjurkan kan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.
- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya.

SP II P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan fisik II (pukul bantal / kasur)

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- b. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan fisik II (pukul bantal / kasur)
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Anjurkan kan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel/marah.

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.

- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya.

SP III P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan perasaan menolak dan meminta dengan baik).

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- b. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan perasaan menolak dan meminta dengan baik).
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Anjurkan kan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.
- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya.

SP IV P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan spiritual (menganjurkan untuk shalat, berdoa dll)

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- b. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan spiritual (menganjurkan untuk shalat, berdoa dll)
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Anjurkan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.
- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya.

SP V P

1. Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol Perilaku Kekerasan

Kriteria Evaluasi :

- a. Menjelaskan cara merawat klien dengan Perilaku Kekerasan

- b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien

Intervensi :

- a. Dukung keluarga klien dalam mengontrol Perilaku Kekerasan
- b. Jelaskan cara merawat klien Perilaku Kekerasan
- c. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klin
- d. Bantu keluarga mengungkapkan perasaanya setelah melakukan demonstrasi.

SP VI P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan minum obat yang teratur.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (Jenis, waktu, dosis dan efek)
- b. klien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan

Intervensi

- a. Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien pada klien dan keluarga.
- b. Diskusikan kegunaan minum obat dan kerugian berhenti tanpa seizin dokter.
- c. Anjurkan klien minum obat tepat waktu
- d. anjurkan klien melapor pada perawat/ dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan

e. Beri pujian klien jika meminum obat dengan benar

Rasional

- a. Klien dan keluarga dapat mengetahui nama-nama obat yang diminum klien.
- b. Klien dan keluarga dapat mengerti kegunaan obat yang dikonsumsi.
- c. Klien dapat mengerti kesadaran pentingnya minum obat dan bersedia minum obat dengan kesadaran sendiri.

<http://www.afandi-kisahislami.co.cc/2009/08/perilaku-kekerasan.html>

diakses tgl 18 Mei 2010 jam 16:05



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

Selama 3 hari mulai tanggal 30 Maret 2010 sampai 1 April 2010 di ruang VIII Irawan Wibisono RSJD Dr. Amino Gondo Hutomo penulis melakukan asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A dengan Perilaku Kekerasan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

I. PENGKAJIAN

A. Identitas

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 30 Maret 2010 dari pukul 07.00 - 14.00 WIB di Graha Irawan Wibisono (VIII) dr. Amino Gondho Hutomo Semarang.

1. Identitas Klien.

Nama klien Tn. A; Umur 29th; Jenis kelamin laki-laki; Alamat Bulungan, Pakis Aji, Jepara; Agama Islam; Tanggal masuk RSJ 21 – Maret – 2010; No RM 070465; Diagnosa medis F.20.0; Pendidikan terakhir SMA dan Perkerjaan sebagai tukang mebel.

2. Identitas Penanggung jawab.

Nama Penanggung jawab Tn. P; umur : 40 tahun; Pendidikan terakhir SMP; Pekerjaan tukang membuat mebel; Alamat jalan Bulungan, Pakis Aji, Jepara; Agama Islam; Hubungan dengan klien mertua.

II. Alasan masuk

Klien mengatakan sebelum di bawa ke RSJD Dr. Amino Gondho Hutomo Semarang, klien suka marah – marah, suka bicara sendiri dan membanting banting barang karena suasana lingkungan di tempat kerjanya. Sehingga keluarganya membawa ke RSJD Dr. Amino Gondhohutomo Semarang untuk mendapat perawatan yang lebih lanjut.

III. Faktor Predisposisi

Keluarga mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami gangguan jiwa, klien ± 3 bulan suka bicara sendiri, hampir 1 bulan pasien marah – marah dan membanting banting barang di tempat kerja, klien tidak mempunyai riwayat penganiayaan fisik, tidak ada penolakan keluarga, kekerasan dan tindakan kriminal. Keluarga mengatakan dalam anggota keluarga tidak ada yang mengalami gangguan jiwa. Masalah keperawatan : tidak ada, klien mengatakan tidak mempunyai masa lalu yang tidak menyenangkan seperti penganiayaan, Masalah keperawatan : tidak ada

IV. Faktor Presipitasi

Klien mengatakan yang menyebabkan klien marah, membanting – banting barang karena suasana lingkungan tempat kerja yang jenuh, klien punya hutang, klien tidak bisa menahan emosi. Masalah keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan.

V. Pemeriksaan Fisik

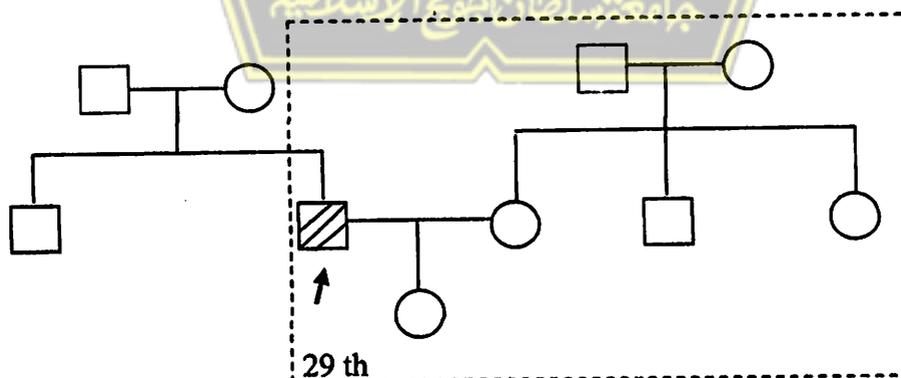
Berat badan Klien 60 Kg dan Tinggi badan: 165 cm. Klien tidak mempunyai keluhan fisik. Dan hasil pemeriksaan TTV Klien didapatkan TD 110 / 90 mmHg: RR: 22x / mnt: N: 96/mnt: S: 36,5°C.

Head to Toe :

- A. Kepala : Mata : Simetris ka / ki Sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada benjolan, Hidung : Simetris, tidak ada secret, Tidak ada pembesaran polip, Mulut : Tidak ada stomatitis. Tidak ada caries gigi, Rambut : Warna hitam, bersih, tertata rapi. Leher : Tidak ada pembesaran JVP, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Ekstremitas : Tangan : tidak terpasang infus, pergerakan normal, terdapat bekas luka akibat fiksasi, tidak ada oedem, Kaki : pergerakan normal, terdapat bekas luka fiksasi.

VI. Psikososial

A. Genogram



Keterangan :

➔ : Klien

☒ : Meninggal

..... : Tinggal Serumah

○ : Wanita

□ : Laki-laki

Klien tinggal dengan mertua bersama 2 saudara dari istrinya dalam keluarganya tidak ada yang sakit jiwa, klien mempunyai anak 1 yang berumur 4th. Dalam mengambil keputusan klien dibantu keluarga. Pada pengkajian konsep diri dan Status mental ditemukan data – data yaitu :

Harga diri : Klien mengatakan semenjak klien sering marah – marah dan banting banting barang masyarakat sekitar takut dan menjahui klien. Klien juga malu karena sakit jiwa. Pembicaraan : Klien berbicara keras, cepat, mudah tersinggung bicara dengan intonasi tinggi. Aktivitas Motorik : Klien terlihat tegang, gelisah, terlihat cemas, kontak mata curiga. Afek : Klien mengatakan emosinya labil, serta mudah tersinggung. Interaksi selama wawancara : Klien di ajak bicara kooperatif, kontak mata cukup, ketika di tanya tentang masa lalu klien tampak curiga. Proses fikir : Pembicaraan klien bisa dimengerti perawat, kadang berbelit belit, terkadang ada jawaban yang tidak sesuai dengan pertanyaan pada saat klien berbicara topik pembicaraannya berputar – putar tetapi kembali ke topik (*sirkumtansial*). Isi pikir : Klien terobsesi ingin pulang dan

menanyakan kapan keluarganya akan datang, Klien mempunyai waham kebesaran, bicara sombong dan ingin pergi haji tetapi banyak hutang. Serta waham curiga bila pertanyaan terlalu menyinggung masa lalunya.

Tingkat kesadaran : Klien terlihat bingung, klien mampu mengingat dirinya dan dimana sekarang klien berada, Klien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat, orang, dapat menyebutkan tanpa bantuan perawat. Tingkat konsentrasi dan berhitung : Klien masih bisa berhitung, masih bisa berkonsentrasi dengan baik terbukti . Klien juga bisa berhitung.

Masalah Keperawatan : Resiko Perilaku Kekerasan.

Mekanisme Koping : Bila ada masalah klien selalu musyawarah dengan isteri dan anak untuk memecahkan masalah. Masalah Psikososial dan Lingkungan : Klien mengatakan di tempat kerjanya sering marah, emosi, banting barang karena suasana lingkungan kerja berisik, serta semenjak sakit masyarakat sekitar rumahnya menjauhi karena sering marah marah.

Pengetahuan : Keluarga menyatakan tidak mampu mengatasi penyakit yang di derita klien. Keluarga tidak paham perawatan yang tepat untuk klien sehingga klien dibawa ke RSJ. Keluarga tidak tau penyakit jiwa, faktor predisposisi, faktor presipitasi, sistem pendukung, obat – obatan.

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa, faktor predisposisi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik dan obat-obatan.

Aspek Medik : Diagnosa medik klien adalah Skizofrenia Paranoid dan terapy medik obat yang di minum antara lain adalah Chiorpomozine 2 x

100 mg, Trihexypenidyl 1 x 2 mg dan dan Halloperidol 2 X 5 mg.
klien dilakukan ECT 2 kali.

Sedangkan Pemeriksaan penunjang pada tanggal 22 – 5 – 2010 didapat
Glukosa : 99 mg/dl, ureum : 34 mg/dl, creatinin ; 0,76 mg/dl, uruc acid :
5,7 mg/dl, SGOT : 67,7 μ /L, SGPT ; 43,9 μ /L, Total protein : 7,5 g/dl,
akbumin : 4,2 g/dl, globulin : 3,3 mg/dl.

WBC : 9,2 10^3 /ul, RBC ; 4,5 10^3 /ul, HGB : 13,9 g/dl, HCT : 40,60 %,
MCV : 83,9 Fl, MCH : 30,6 Pg, MCHC : 34 g/Dl, PLT ; 281 10^3 /ul,
PDW : 10,6 Fl, MPV : 8,8 Fl, P – LCR : 16,6%, LYM% : 30,8%, MID%
: 8,7%, NEUT% : 60,9%, LYM# : 2,8 10^3 /ul MID# : 0,8 10^3 /ul,
NEUT# : 5,6 10^3 /ul RDW – CV : 1112,4 %..

VI. ANALISA DATA

Analisa data dilakukan pada tanggal 30 maret 2010 jam 07.30,
Masalah keperawatan **Perilaku kekerasan** Data subyektif : klien
mengatakan dirumah marah marah, banting banting barang yang didekatnya..
Data obyektifnya : Klien bicara dengan suara keras dan tinggi, Pandangan
klien tajam, mata merah. Klien terlihat tegang, gelisah, klien tidak dapat
mempertahankan posisi dalam waktu yang cukup.

VII. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- A. Resiko menciderai diri, orang lain dan lingkungan
- B. Perilaku kekerasan
- C. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah.

VIII. INTERVENSI

Dalam intervensi penulis membuat planning pada tanggal 30 - 5 - 2010, Diagnosa keperawatan I : Perilaku kekerasan TUM : Pasien tidak menciderai diri sendiri, orang lain & lingkungan. Kriteria evaluasi : klien mau membalas salam, klien mau menjabat tangan, klien mau menyebut nama, klien mau tersenyum, klien mau kontak mata, klien mengetahui nama perawat, menyediakan waktu untuk kontrak

A. Pertemuan I (TUK I & II) : selasa 30 maret 2010 jam 08.00

1. TUK I : Bina hubungan saling percaya. Kriteria hasil : klien mau membalas salam, klien mau menjabat tangan, klien mau menyebut nama, klien mau tersenyum, klien mau kontak mata, klien mengetahui nama perawat dan menyediakan waktu untuk kontrak.

Intervensi : Berikan salam / panggil nama, sebutkan nama perawat sambil jabat tangan, jelaskan maksud hubungan interaksi, jelaskan tentang kontrak yang akan di buat, berikan rasa aman dan sikap empati, lakukan kontak singkat tapi sering.

2. TUK II : Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dengan kriteria evaluasi : klien dapat mengungkapkan perasaannya, klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel (dari diri sendiri, lingkungan dan orang lain). Intevensi : beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya, bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel / kesal, beri reinforcement positif atas keberhasilan klien.

B. Pertemuan ke II (TUK III & IV) : 30 maret 2010 jam 08.00

3. TUK III : klien dapat mengidentifikasi tanda-dan gejala perilaku kekerasan, dengan kriteria evaluasi : klien dapat mengungkapkan perasaan saat marah / jengkel, klien dapat menyimpulkan tanda-tanda marah / jengkel yang di alami. Intervensi : anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan saat marah / jengkel, observasi tanda perilaku kekerasan pada klien, simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel / marah yang dialami klien, beri reinforcement positif atas keberhasilan klien.
4. TUK IV : klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. Dengan kriteria evaluasi : klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, klien dapat bermain peran dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, klien dapat mengetahui cara yang biasa dapat menyesuaikan atau tidak. Intervensi : anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien, bantu klien untuk bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, bicarakan dengan klien apakah dengan cara klien masalahnya akan selesai, beri reinforcement positif atas keberhasilan klien

C. Pertemuan III (TUK V & VI) 30 maret 2010 jam 08.00

5. TUK V : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan. Dengan kriteria evaluasi : klien dapat menjelaskan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan. Intervensi : bicarakan akibat / kerugian dari cara yang dilakukan klien, bersama klien menyimpulkan akibat cara yang digunakan klien, beri reinforcement positif atas keberhasilan klien, tanya pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang sehat.
6. TUK VI : Klien dapat mengidentifikasi cara mengontrol marah yang sehat. Dengan kriteria evaluasi : klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif. Intervensi : tanya kepada klien apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat, berikan pujian pada klien jika klien menemukan cara baru yang sehat, diskusikan dengan klien cara lain yang sehat: secara fisik : tarik nafas dalam jika sedang kesal/memukul bantal / kasur / bekerja / olahraga atau pekerjaan yang memerlukan tenaga, secara verbal : katakan bahwa anda sedang kesal / tersinggung/ jengkel, secara sosial : lakukan dalam kelompok cara-cara marah yang sehat, secara spiritual: anjurkan klien sembahyang, berdoa / ibadah lain.

D. Pertemuan ke IV (TUK VII & IX) 30 maret 2010 jam 08.00

7. TUK VII : Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan. Dengan kriteria evaluasi : klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan, fisik : tarik napas dalam, memukul

bantal / guling, olah raga, menyiram tanaman, verbal : mengatakanya secara langsung dengan tidak menyakiti, spiritual : sembahyang, berdoa. Intervensi : bantu klien memilih cara yang tepat untuk klien, bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih, beri reinforcement positif atas keberhasilan klien, anjurkan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel.

8. TUK VIII : Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol Perilaku Kekerasan. Dengan Kriteria evaluasi : Menjelaskan cara merawat klien dengan Perilaku Kekerasan, mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien. Intervensi : dukung keluarga klien dalam mengontrol Perilaku Kekerasan, jelaskan cara merawat klien Perilaku Kekerasan, bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien, bantu keluarga mengungkapkan perasaanya setelah melakukan demonstrasi.
9. TUK IX : Klien dapat menggunakan obat-obatan yang di minum dan di gunakannya (jenis, waktu, dosis, dan efek). Dengan kriteria evaluasi : Klien dapat menggunakan obat-obatan yang di minum dan di gunakannya (jenis, waktu, dosis, dan efek), klien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan. Intervensi : jelaskan obat-obat yang di minum pada pasien dan keluarga, diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter, anjurkan klien minta obat dan di minum tepat waktu, anjurkan klien melapor

pada perawat / dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan, beri pujian klien jika meminum obat dengan benar.

IX. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Penulis melakukan implementasi pada tanggal Selasa 30 – 3 – 2010 jam 10.00. Diagnosa keperawatan I : Perilaku Kekerasan.

Implementasi :

SP 1 P : bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menanyakan nama klien, panggilan, alamat dan hobi, menanyakan perasaan klien, membuat kontrak dengan klien, mengidentifikasi penyebab Perilaku Kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, menanyakan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, mengidentifikasi akibat Perilaku kekerasan, menyebutkan cara mengontrol Perilaku kekerasan, membantu mempraktekan latihan cara mengontrol fisik 1 (nafas dalam), mengevaluasi sejauh mana kemampuan klien tarik nafas dalam, membuat kontrak untuk latihan fisik 2 (memukul bantal), Memberikan obat per oral Chlorpromazine 2 x 100 mg, Haloperidol 2 x 5 mg, Thrihexipenydil 1 x 2 mg.

Evaluasi : Data Subyektif : klien mengatakan namanya A. alamat jepara, panggilan A, hobinya Gambar. Klien mengatakan yang menyebabkan marah karena lingkungan tempat kerja.dan lingkungan rumah. Klien mengatakan tanda – tanda waktu marah, tangan mengempal, suara keras. Klien mengatakan dirumah dan di tempat kerja sering marah marah, kadang

membanting barang, Klien mengatakan orang tua, istrinya, masyarakat takut karena klien suka marah marah dan barang barang rusak. Klien mengatakan mau berlatih cara mengontrol dengan tarik nafas dalam, klien mengatakan mau minum obat. Data Obyektif : klien minum obat pagi (Chlorpromazine 2 x 100 mg, Haloperidol 2 x 5 mg, Thrihexipenydil 1 x 2 mg) klien terlihat binggung, tegang, klien bicara keras, pandangan tajam, klien mau mempraktekan tarik nafas dalam. Analisa : Masalah teratasi sebagian, hubungan saling percaya terjalin, Klien mampu menyebutkan tanda gejala Perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat Perilaku kekerasan yang dilakukan, klien mampu mempraktekan mengontrol Perilaku kekerasan Fisik I (tarik nafas dalam), klien mau minum obat, Planing : (perawat) Lanjutkan SP II P, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih klien mengontrol Perilaku kekerasan cara fisik II, (memukul bantal), menganjurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari hari, optimalkan SP I P Klien : Menganjurkan klien untuk berlatih cara mengontrol marah cara fisik I (nafas dalam),

Implementasi ke dua pada tanggal Rabu 31 maret 2010 jam 08.00

.SP II P : Memvalidasi perasaan klien, memvalidasi kemampuan klien dalam mengontrol Perilaku kekerasan dengan fisik I (nafas dalam) dengan menyuruh klien mempraktekan nafas dalam, melatih klien mengontrol Perilaku kekerasan dengan cara fisik II (memukul bantal dan kasur), membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya, memberikan obat oral : Chlorpromazine 100 mg, Trihexyphenidil 2 mg, Haloperidol 5 mg.

Evaluasi : Data Subyektif : klien mengontrol perasaannya dengan tenang, klien mengatakan biasa melakukan nafas dalam, klien mau berlatih cara fisik II (memukul bantal dan kasur), klien mengatakan mau minum obat. Data Obyektif : klien tampak tenang, pandangan agak tajam klien mampu mempraktekan kembali nafas dalam, klien mempraktekan memukul bantal dan kasur, nada suara agak keras, Analisa : klien mampu mempraktekan nafas dalam, klien mampu mempraktekan cara memukul bantal dan kasur, klien meminum obat, Planing : (perawat) lanjutkan SP III (melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal), Optimalkan SP II.

Dilakukan pada hari Rabu 31 maret 2010 jam 11.00 SP III P : Memvalidasi perasaan klien, Memvalidasi kemampuan klien dalam mengontrol Perilaku Kekerasan dengan fisik II (memukul bantal dan kasur) dan suruh klien mempraktekan, melatih klien mengontrol Perilaku kekerasan dengan cara verbal yaitu mengungkapkan perasaan, menolak, menyuruh klien mempraktekan cara verbal, membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya untuk mengajarkan cara mengontrol marah dengan spiritual, memberikan obat oral : Chlorpromazine 100 mg, Trihexyphenidil 2 mg, Haloperidol 5 mg.

Evaluasi : Data Subyektif : klien mengatakan perasaannya lebih baik, klien mengatakan bisa melakukan layihan memukul bantal dan kasur, klien mengatakan mau belajar cara mengontrol marah dengan verbal yaitu mengungkapkan perasaan, menolak, klien mengatakan mau minum obat, Data Obyektif : klien tampak lebih tenang, klien kooperatif, obat diminum,

klien mampu mempraktekkan kembali mengontrol marah dengan cara memukul bantal dan kasur, klien mempraktekkan mengungkapkan perasaan marahnya, meminta dan menolak dengan baik, Analisa : klien mampu mempratekkan memukul bantal dan kasur, klien mampu mempraktekkan cara mengontrol marah dengan verbal, klien meminum obat, Planing : (perawat) Lanjutkan SP IV (Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan spiritual), Optimalkan SP III

Dilakukan tanggal 1 maret 2010 jam 09.30 SP IV : Memvalidasi perasaan klien, memvalidasi kemampuan klien dalam mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal, melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara spiritual yaitu dengan menganjurkan untuk sholat, berdoa, menyuruh klien untuk mempraktekan sholat, membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya, yaitu mengajarkan klien mengontrol marah dengan minum obat,

Evaluasi Data Subyektif : klien mengatakan sudah latihan bicara dengan orang lain, klien mengatakan obat selalu di minum, Data Obyektif : klien tampak tenang, klien mempraktekkan cara mengungkapkan marah yang baik, klien sudah kooperatif, pandangan bersahabat, klien mempraktekan cara mengontrol marah dengan sholat, Analisa : Klien mampu mempratekkan mengungkapkan marah dengan cara verbal, Klien mampu menyebutkan waktu sholat, klien mempraktekan sholat.

Planing : (perawat) Lanjutkan SP VI (Melatih klien mengontrol PK dengan cara minum obat), Optimalkan SP IV, Klien : menganjurkan klien untuk rajin berlatih sholat.

Dilakukan tanggal 1 maret 2010 12.00 SP VI : memvalidasi perasaan klien, memvalidasi kemampuan klien dalam mengontrol PK dengan spirirual (sholat), memberi tahu pasien bahwa bahwa cara mengontrol marah selanjutnya yaitu dengan rajin minum obat, menyuruh klien mempraktekan cara verbal, memberi tahu jenis – jenis obat, aturan minum serta fungsi obat, menyuruh klien untuk mengulang kembali jenis – jenis obat, aturan minum serta fungsi obat.

Evaluasi : Data Subyektif : klien mengatakan saat ini perasaanya sudah tenang, klien mengatakan sudah melakukan sholat untuk mengontrol marah walaupun belum lengkap 5 waktu, klien mengatakan selalu minum obat, Data Obyektif : Klien tampak tenang, kooperatif, klien mempratekkan sholat, Analisa : Klien mampu mempratekkan memukul bantal dan kasur, klien mampu mempratekkan, mengungkapkan marah dengan cara beribadah, sholat, klien mampu mengetahui dosis, efek samping dan waktu pemberian. Planing : (perawat) Optimalkan SP VI (memberikan obat sesuai dosis yang tepat), Klien : menganjurkan klien untuk rajin minum obat.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. A; umur 29 tahun; Alamat Bulungan, Pakis Aji, Jepara. Yang dilakukan selama beberapa hari di ruang VII RSJD dr. Amino Gondho Hutomo Semarang.

I. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan di mulai tanggal 30-3-2010 samapai 1-4-2010. Dalam teori dan kasus muncul tiga diagnosa yaitu resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, perilaku kekerasan dan gangguan konsep diri : harga diri rendah. Penulis mengangkat diagnosa kedua karena keterbatasan waktu. diagnosa kedua dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan karena saat pengkajian muncul Data subjektif : klien mengatakan mudah emosi, marah. Sedangkan Data objektif : Klien bicara dengan suara keras dan tinggi Pandangan klien tajam, mata merah, klien terlihat tegang, gelisah, klien tidak dapat mempertahankan posisi dalam waktu yang cukup

Klien belum pernah dibawa ke RSJD dr. Amino Gondho Hutomo Semarang sebelumnya. Klien juga tidak pernah marah - marah sebelumnya.

Berdasarkan teori menurut Nita Fitria (2009), tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah Emosi : Jengkel, marah (dendam), rasa tergantung, merasa takut, tidak aman dan cemas, Verbal : Mengancam, mengumpat dengan kata – kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar,

dan ketus., Fisik : Muka merah, pandangan tajam, nafas pendek, keringat, sakit fisik, penyalahgunaan alat dan tekanan darah meningkat. Intelektual : Mendominasi, banyak bicara, sarkasme, bendebat, dan meremehkan. Spiritual : Keraguan, kebajikan atau kebenaran diri, tidak bermoral, dan kebejatan kreativitas terhambat. Sosial: Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan humor. Perhatian : Bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual. Perilaku : Menyerang orang lain, melukai diri sendiri / orang lain, merusak lingkungan, amuk / agresif.

Beberapa data yang ada di teori tidak semuanya ada pada Tn. A saat dilakukan pengkajian, terjadi kesenjangan terjadi di teori dan dikasus adalah Data subjektif : Klien mengatakan benci atau kesal pada seseorang. Klien suka membentak dan menyerang orang yang mengusiknya jika sedang kesal atau marah. Riwayat perilaku kekerasan atau gangguan jiwa lainnya Data objektif : Mata merah, wajah agak merah, nada suara tinggi dan keras, bicara menguasai, Ekspresi marah saat membicarakan orang, pandangan tajam, Merusak dan melempar barang. Sedangkan di kasus penulis mendapatkan Data subyektif : klien mengatakan dirumah marah marah, banting banting barang yang didekatnya. Data obyektif : Klien bicara dengan suara keras dan tinggi, Pandangan klien tajam, mata merah. Klien terlihat tegang, gelisah, klien tidak dapat mempertahankan posisi dalam waktu yang cukup. Terjadinya kesenjangan tersebut tidak bisa semua data pada Tn. A ada, tetapi data yang ada pada Tn.. A sudah memenuhi syarat mayor yang harus ada pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu marah – marah, pandangan

tajam, berbicara dengan nada keras, kasar. Jengkel, klien sering diejek dan di jauhi masyarakat, banting banting barang merusak lingkungan. Serta manusia merupakan individu yang unik yang memiliki respon yang berbeda antara yang lain.

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Pada asuhan keperawatan jiwa pada Tn. A ini setelah penulis melakukan pengkajian, dan analisa data penulis mengangkat diagnosa keperawatan Perilaku kekerasan. Dalam hal ini sudah sesuai dengan konsep teori bahwa perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil akumulasi frustrasi yang terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terlambat. Keadaan tersebut dapat mendorong berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan bisa di sebabkan adanya gangguan harga diri: harga diri rendah. Harga diri adalah penilaian individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan ideal diri. Dimana gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Klien dengan perilaku kekerasan dapat menyebabkan resiko tinggi mencederai diri, orang lain dan lingkungan. Resiko mencederai merupakan suatu tindakan yang kemungkinan dapat melukai / membahayakan diri, orang lain dan lingkungan.

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana klien mengalami perilaku yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan, termasuk

orang lain dan barang – barang. (Iyus Yosep, 2009 : 245), Maka di dalam pohon masalah yang penulis cantumkan yaitu Resiko menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebagai akibat, perilaku kekerasan sebagai *core problem*, dan Gangguan konsep diri : Harga Diri Rendah sebagai penyebabnya.

Dalam perkembangan asuhan keperawatan jiwa saat ini, yaitu hasil musyawarah nasional MPKP RS Jiwa Indonesia tahun 2009 yaitu menggunakan diagnosa tunggal. Oleh karena itu Penulis menggunakan diagnosa tunggal.

III. Intervensi

Intervensi yang dilakukan oleh penulis untuk mengatasi masalah pada kasus Tn. A penulis masih mengacu pada konsep TUK terdiri dari Sembilan TUK (Tujuan Khusus) di dalam analisa data terdapat tiga diagnosa yang muncul tetapi penulis hanya mengangkat satu diagnosa karena terbatasnya waktu, dalam perkembangan asuhan keperawatan jiwa saat ini, yaitu hasil musyawarah nasional MPKP RS Jiwa Indonesia tahun 2009 yaitu menggunakan Konsep SP yang diadopsi seluruh Perawat Jiwa Indonesia.

Diagnosa keperawatan : Perilaku kekerasan

A. Tujuan

Pasien tidak melakukan tindakan kekerasan yang membahayakan diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

B. SP 1 P :**1. Klien dapat membina hubungan saling percaya****Kriteria Evaluasi :**

- a. Klien mau membalas salam
- b. Klien mau menjabat tangan
- c. Klien mau menyebut nama
- d. Klien mau tersenyum
- e. Klien mau kontak mata
- f. Klien mengetahui nama perawat
- g. menyediakan waktu untuk kontrak

Intervensi

- a. Berikan salam / panggil nama
- b. Sebutkan nama perawat
- c. Sambil jabat tangan
- d. Jelaskan maksud hubungan interaksi
- e. Jelaskan tentang kontrak yang akan di buat
- f. Berikan rasa aman dan sikap empati
- g. Lakukan kontak singkat tapi sering

Rasional

Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya.

2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mengungkapkan perasaannya.
- b. Klien dapat mengungkapkan perasaan jengkel atau kesal (dari diri sendiri, orang lain dan lingkungan)

Intervensi

- a. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya
- b. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab jengkel / kesal
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien

Rasional

Memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya dapat membantu mengurangi stres dan penyebab perasaan jengkel / marah dapat diketahui.

3. Klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mengungkapkan perasaan marah dan jengkel.
- b. Klien dapat menyimpulkan tanda-tanda jengkel atau kesal yang dialami.

Intervensi

- a. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perasaan saat marah / jengkel
- b. Observasi tanda perilaku kekerasan pada klien
- c. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel / marah yang dialami klien

d. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien

Rasional

- a. Untuk mengetahui tanda-tanda klien jengkel atau marah.
- b. Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengerti secara garis besar tanda-tanda marah atau jengkel.

4. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.
- b. Klien dapat mengetahui cara yang biasa dilakukan untuk menyelesaikan masalah.

Intervensi

- a. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien
- b. Bantu klien untuk bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- c. Bicara dengan klien apakah dengan cara klien masalahnya akan selesai
- d. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien

Rasional

- a. Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif.

- b. Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif
 - c. Membantu klien menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah.
5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat menjelaskan akibat dari cara yang digunakan klien.

Intervensi

- a. Bicarakan akibat atau kerugian dari cara yang dilakukan klien.
- b. Bersama klien menyimpulkan akibat cara yang digunakan oleh klien.
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Tanya pada klien apakah ia ingin mempelajari cara yang sehat.

Rasional

- a. Membantu klien untuk menilai perilaku kekerasan yang dilakukannya
- b. Dengan mengetahui akibat perilaku kekerasan, diharapkan klien dapat merubah perilaku destruktif yang dilakukannya menjadi perilaku yang konstruktif.

6. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang sehat.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat melakukan cara berespon terhadap kemarahan secara konstruktif.

Intervensi

- a. Tanya kepada klien apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat
- b. Berikan pujian pada klien jika klien menemukan cara baru yang sehat
- c. Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat.
- d. Secara fisik: tarik nafas dalam jika sedang kesal / memukul bantal / kasur / bekerja / olahraga atau pekerjaan yang memerlukan tenaga
- e. Secara verbal: katakan bahwa anda sedang kesal / tersinggung / jengkel
- f. Secara sosial: lakukan dalam kelompok cara-cara marah yang sehat
- g. Secara spiritual : anjurkan klien sembahyang, berdoa/ ibadah lain

Rasional

- a. Reinforcement positif dapat memotivasi klien dan meningkatkan harga diri pasien.
- b. Cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan dapat membantu klien menentukan cara yang baik untuk mengurangi kejengkelannya sehingga klien menjadi stres lagi.

7. Klien dapat mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1 (tarik nafas dalam).

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien memilih cara yang tepat untuk klien
- b. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- c. Bantu klien mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik 1 (tarik nafas dalam).
- d. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- e. Anjurkan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.
- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah di pilihnya dengan melihat manfaatnya.

C. SP II P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan fisik II (pukul bantal / kasur)

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- b. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik II (pukul bantal / kasur)
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Anjurkan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel/marah.

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.
- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah di pilihnya dengan melihat manfaatnya.

D. SP III P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan perasaan menolak dan meminta dengan baik).

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- b. Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan perasaan menolak dan meminta dengan baik).
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Anjurkan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.
- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya.

E. SP IV P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan spiritual
(menganjurkan untuk shalat, berdoa dll)

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan.

Intervensi

- a. Bantu klien mengidentifikasi manfaat cara yang dipilih
- b. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan spiritual
(menganjurkan untuk shalat, berdoa dll)
- c. Beri reinforcement positif atas keberhasilan klien
- d. Anjurkan menggunakan cara yang telah di pelajari saat jengkel

Rasional

- a. Memberikan stimulasi kepada klien untuk menilai respon perilaku kekerasan secara tepat.
- b. Membantu klien dalam membuat keputusan untuk terhadap cara yang telah dipilihnya dengan melihat manfaatnya.

F. SP V P

1. Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol Perilaku Kekerasan

Kriteria Evaluasi :

- a. Menjelaskan cara merawat klien dengan Perilaku Kekerasan
- b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien

Intervensi :

- a. Dukung keluarga klien dalam mengontrol Perilaku Kekerasan
- b. Jelaskan cara merawat klien Perilaku Kekerasan
- c. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klin
- d. Bantu keluarga mengungkapkan perasaanya setelah melakukan demonstrasi.

G. SP VI P

1. Melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan minum obat yang teratur.

Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat menyebutkan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (Jenis, waktu, dosis dan efek samping)
- b. klien dapat minum obat sesuai dengan program pengobatan

Intervensi

- a. Jelaskan jenis-jenis obat yang di minum klien pada klien dan keluarga.
- b. Diskusikan kegunaan minum obat dan kerugian berhenti tanpa seizin dokter.
- c. Anjurkan klien minum obat tepat waktu
- d. Anjurkan klien melapor pada perawat / dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan
- e. Beri pujian klien jika meminum obat dengan benar.

Rasional

- a. Klien dan keluarga dapat mengetahui nama-nama obat yang diminum klien.
- b. Klien dan keluarga dapat mengerti kegunaan obat yang di konsumsi.
- c. Klien dapat mengerti kesadaran pentingnya minum obat dan bersedia minum obat dengan kesadaran sendiri.

<http://www.afandi-kisahislami.co.cc/2009/08/perilaku-kekerasan.html>

diakses tgl 18 Mei 2010 jam 16:05

Di dalam intervensi dalam tinjauan teori dan kasus terjadi kesenjangan yaitu penulis masih mengacu pada teori kasus TUK dan yang di dalam konsep teori menggunakan konsep SP, penulis juga mengalami kekurangannya referensi dan perkembangan baru tentang keperawatan jiwa, serta dalam intervensi yang dirasa belum tepat dan tidak efisien, yang harusnya sesuai dengan diagnosa tunggal menggunakan konsep SP hasil pengembangan MPKP dari RS Jiwa Indonesia tahun 2009 yang diadopsi seluruh perawat jiwa indonesia. Yang didalam konsep SP terdiri dari : SP 1 P : klien dapat membina hubungan saling percaya, klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, klien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan, klien dapat megidentifikasi perilaku

kekerasan yang sehat, klien dapat mempraktekan cara mengontrol perilaku kekerasan fisik I (tarik nafas dalam). SP II P : Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik II (pukul bantal / kasur), SP III P : Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (mengungkapkan perasaan menolak dan meminta dengan baik). SP IV P : Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual (menganjurkan untuk shalat, berdoa dll) SP V P : Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol Perilaku Kekerasan. SP VI P : Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat yang teratur.

Didalam pelaksanaan TUK I sampai TUK IX penulis mengalami kesulitan dalam pelaksanaan TUK VIII yang mengenai klien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol Perilaku kekerasan karena keluarga Tn.A tidak pernah menjenguk selama penulis berada di RSJD dr. Amino Gondho Utomo Semarang.

IV. Implementasi

Di dalam implementasi yang dilakukan oleh penulis tidak bisa dilakukan semua sesuai intervensi karena penulis mengalami hambatan dalam melaksanakan komunikasi dengan keluarga klien karena keluarga belum dijenguk semenjak klien dirawat di RSJD, penulis hanya melaksanakan implementasi hanya untuk klien saja.

Dalam melaksanakan SP 1 P penulis mengalami kesulitan hambatan ini di sebabkan klien masih belum bisa fokus dan jawabanya masih terbelit –

belit, karena kemampuan dalam komunikasi terapeutik masih kurang sehingga sulit mendapatkan data dari klien.

Komunikasi terapeuta adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi perawat. Dengan memiliki kemampuan berkomunikasi terapeutik perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi. Dalam mengatasi hambatan tersebut penulis melakukan studi literatur tentang komunikasi terapeutik dan melakukan modifikasi agar terjalin hubungan saling percaya atau *trust* dengan pasien dengan cara mendengarkan klien, menerima klien apa adanya, tidak memaksakan kehendak dan memberikan rasa empati, memberikan reinforcement positif kepada klien bila mampu menjawab semua pertanyaan, serta menyiapkan pertanyaan yang dapat mengali masalah klien tanpa rasa curiga. Hal ini penting karena hubungan saling percaya akan membuat klien menjadi lebih terbuka dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Ketidakmampuan untuk membangun dan memelihara hubungan saling percaya akan menimbulkan masalah seperti seseorang bisa kehilangan harga diri, merasa tidak yakin akan pada diri sendiri, menjadi sangat cemas dan kemudian bertindak laku di luar kebiasaannya atau sulit untuk dipahami

(Nurjannah, 2004: 103) Pelaksanaan SP 2 P tidak mengalami hambatan sehingga tindakan sudah sesuai dengan intervensi, dalam pelaksanaan implementasi penulis sebenarnya telah melakukan semua implementasi sesuai konsep teori dan kasus dari SP 1 P sampai SP VI P tetapi intervensi yang di tujukan untuk klien yang keluarga dalam memberikan dukungan untuk mengontrol perilaku kekerasan tidak bisa terlaksana karena keluarga tidak datang menjenguk selama penulis berada di RSJ. Keluarga merupakan bagian yang penting atau vital karena keluarga merupakan komposisi yang paling dekat dengan klien dan berperan penting dalam perawatan klien. Keluarga berperan dalam menentukan bagaimana, cara, memberikan asuhan / perawatan yang di perlukan klien bila di rumah. Kunci keberhasilan perawatan di rumah sakit dan dirumah adalah dukungan keluarga terdekat, karena tanpa dukungan keluarga perawatan akan sia – sia apalagi jika klien sudah pulang ke rumah akan menyebabkan terjadinya kembali gangguan jiwa. Keluarga merupakan faktor penyebab utama gangguan jiwa karena kurangnya pengetahuan tentang perawatan klien gangguan jiwa di rumah apalagi banyak keluarga yang menjauhi bila ada anggota keluarga yang gangguan jiwa atau baru sembuh dari perawatan di Rumah sakit jiwa.

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan fasilitas yang membantu klien dan keluarga dalam mengembangkan kemampuan dan mencegah terjadinya masalah, menanggulangi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif (Iyus Yosep, 2009: 319). Penulis sudah berusaha mendelegasikan dan meminta bantuan perawat untuk melaksanakan SP implementasi untuk keluarga.

V. EVALUASI

Dari hasil yang didapat dari pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada Tn. A di RSJD dr. Amino Gondho Hutomo Semarang, pada kasus diagnosa kedua yaitu perilaku kekerasan penulis menarik kesimpulan yang sudah sesuai dengan konsep teori yaitu : terdiri dari Data Subyektif, Data Obyektif, Analisa Data, Planning.

Evaluasi SP 1 P : Data Subyektif : Klien mengatakan namanya A. alamat jepara, panggilan A, hobinya Gambar. Klien mengatakan tanda – tanda waktu marah, tangan mengepal, suara keras. Klien mengatakan dirumah dan di tempat kerja sering marah marah, kadang membanting barang, Klien mengatakan orang tua, istrinya, masyarakat takut karena klien suka marah marah dan barang barang rusak. Klien mengatakan mau berlatih cara mengontrol dengan tarik nafas dalam, Klien mengatakan mau minum obat.

Data Obyektif : masalah teratasi sebagian, klien minum obat pagi (Chlorpromazine 2 x 100 mg, Halloperidol 2 x 5 mg, Thrihexipenydil 1 x 2 mg), klien terlihat binggung, tegang, klien bicara keras, pandangan tajam, klien mau mempraktekan tarik nafas dalam. Analisa : Masalah teratasi sebagian, hubungan saling percaya terjalin, klien mampu menyebutkan tanda gejala Perilaku Kekerasan yang biasa dilakukan, akibat perilaku kekerasan yang dilakukan, klien mampu mempraktekan mengontrol perilaku kekerasan Fisik 1 (tarik nafas dalam), klien mau minum obat. Dengan melihat data obyektif dan data subyektif di atas dengan kesimpulan bahwa masalah teratasi sebagian maka penulis perlu menambahkan perencanaan atau

planning yang ada di dalam tulisan ini mengajarkan terapi aktifitas kelompok (stimulus persepsi). (Perawat) Lanjutkan SP II P, mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan cara fisik II (Memukul bantal), mengajurkan klien memasukkan dalam jadwal kegiatan sehari hari, Optimalkan SP I P dengan memasukkan ke dalam buku harian klien Klien : Menganjurkan klien untuk berlatih cara mengontrol marah cara fisik I (nafas dalam). Sehubungan dengan kendala dalam komunikasi terapeutik, penulis telah melakukan studi literatur dan melakukan kolaborasi dengan perawat ruangan untuk melakukan pendekatan dengan pasien, dengan mempertahankan teknik komunikasi terapeutik dan pendekatan personal yang optimal.

Evaluasi SP II P : Data Subyektif : klien mengontrol perasaannya dengan tenang, klien mengatakan bisa melakukan nafas dalam, klien mau berlatih cara fisik II (memukul bantal dan kasur), klien mengatakan mau minum obat. Data Obyektif : klien tampak tenang, pandangan agak tajam klien mampu mempraktekan kembali nafas dalam, klien mempraktekan memukul bantal dan kasur, nada suara agak keras, Analisa : masalah teratasi, klien mampu mempraktekan nafas dalam, klien mampu mempraktekan cara memukul bantal dan kasur, klien meminum obat, Planing : pertahankan SP II P , lanjutkan SP III (melatih klien mengontrol Perilaku Kekerasan dengan cara verbal), Optimalkan SP II P berlatih fisik II sesuai resum keperawatan.

Evaluasi :SP III P Data Subyektif : Klien mengatakan perasaannya lebih baik, klien mengatakan bisa melakukan latihan memukul bantal dan

kasur, klien mengatakan mau belajar cara mengontrol marah dengan verbal yaitu mengungkapkan perasaan, menolak, klien mengatakan mau minum obat, Data Obyektif : Klien tampak lebih tenang, klien kooperatif, obat di minum, klien mampu mempraktekkan kembali mengontrol marah dengan cara memukul bantal dan kasur, Klien mempraktekkan mengungkapkan perasaan marahnya, meminta dan menolak dengan baik, Analisa : Klien mampu mempratekkan memukul bantal dan kasur, klien mampu mempraktekkan cara mengontrol marah dengan verbal, klien meminum obat, Planning : pertahankan SP III P, Lanjutkan SP IV (Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan spiritual), setelah melihat di resum keperawatan belum tepat karena tidak bersifat operasional sehingga penulis merencanakan Optimalkan SP III dengan mengontrol marah secara verbal.

Evaluasi SP IV P Data Subyektif : Klien mengatakan sudah latihan bicara dengan orang lain, klien mengatakan obat selalu diminum, Data Obyektif : Klien tampak tenang, klien mempraktekkan cara mengungkapkan marah yang baik, klien sudah kooperatif, pandangan bersahabat, klien mempraktekan cara mengontrol marah dengan sholat, Analisa : Klien mampu mempratekkan mengungkapkan marah dengan cara verbal, Klien mampu menyebutkan waktu sholat, Klien mempraktekan sholat, Planning : Lanjutkan SP VI (Melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat), setelah melihat di resum keperawatan belum tepat karena tidak bersifat operasional sehingga penulis merencanakan Optimalkan SP IV masukkan ke

dalam buku harian klien, Klien : menganjurkan klien untuk rajin berlatih sholat.

Evaluasi SP VI P : Data Subyektif : Klien mengatakan saat ini perasaanya sudah tenang, Klien mengatakan sudah melakukan sholat untuk mengontrol marah walaupun belum lengkap 5 waktu, Klien mengatakan selalu minum obat, Data Obyektif : Klien tampak tenang, kooperatif, Klien mempratekkan sholat, Analisa : Klien mampu mempratekkan memukul bantal dan kasur, klien mampu mempratekkan, mengungkapkan marah dengan cara beribadah, sholat, Planing : setelah melihat di resum keperawatan belum tepat karena tidak bersifat operasional sehingga penulis merencanakan Optimalkan SP VI yaitu memberikan penjelasan tentang macam – macam obat yang di konsumsi, dosis, efek samping dan 5 Benar tentang obat (benar obat, benar dosis, benar pasien, benar waktu pemberian, dan benar pendokumentasian) Klien : menganjurkan klien untuk rajin minum obat.

BAB V

PENUTUP

I. Kesimpulan

- A. Dari hasil pengkajian penulis menarik kesimpulan bahwa pendokumentasian hasil wawancara dan tindakan itu sangatlah penting untuk mengetahui tindak lanjut yang tepat
- B. Dari hasil implementasi penulis menarik kesimpulan bahwa penulis masih kurang dalam penguasaan komunikasi terapeutik, untuk mengali data klien dibutuhkan suatu komunikasi terapeutik, yang harus dikuasai semua perawat.
- C. Dari hasil evaluasi, klien sangat membutuhkan dukungan dari orang lain terutama keluarga. Hal ini akan sangat membantu mengendalikan emosi klien dengan perilaku kekerasan serta mengubah perilaku klien dari destruktif menjadi konstruktif. Peran aktif perawat dan keluarga sebagai sistem pendukung sangat dibutuhkan oleh klien.

II. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka saran dari penulis adalah :

- A. Bagi perawat penulis menyarankan bahwa pendokumentasian tentang data hasil wawancara dan pengkajian sangat penting karena tanpa adanya pendokumentasian akan terjadi kesulitan dalam melakukan tindakan atau pendelegasian tugas kepada perawat yang lain serta dengan pendokumentasian sebagai bukti legal dalam suatu tindakan.
- B. Bagi perawat penulis menyarankan bahwa untuk mendapatkan data pasien jiwa harus mempunyai ketrampilan dalam penguasaan komunikasi terapiutik, sehingga dengan adanya komunikasi yang terarah tujuan akan tercapai.
- C. Bagi keluarga, mengunjungi klien di RSJ minimal satu minggu sekali dan selalu memotivasi dan mengawasi klien untuk minum obat dan kontrol secara teratur ke psikiatri. Keluarga merupakan kunci keberhasilan perawatan klien dirumah setelah klien dibawa pulang. Oleh karena itu kontrak antara perawat dan keluarga pada awal klien dirawat sangat penting.

DAFTAR PUSTAKA

- Damaiyanti, Mukripah, 2008. *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung : Refika Aditama.
- Fitria, Nita, S.Kp, M.Kes, 2009. *Prinsip Dasar dan Aplikasi Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Keliat, B. A, dkk, 2005. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*, edisi 2. Jakarta : EGC.
- Riyadi, Sujono, dkk, 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Rasmun, S.Kep, 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*, Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Rasmun, S.Kep, 2004. *Stress, Koping dan Adaptasi*. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Tomb, David A, 2004. *Psikiatri*, edisi 6. Jakarta : EGC.
- Yosep, Iyus, S.Kp, M.Si, 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Yosep, Iyus, S.Kp, M.Si, 2009. *Keperawatan Jiwa*, edisi 2 revisi, Bandung : PT Refika Aditama.
- (<http://www.afandi-kisahislami.co.cc/2009/08/perilaku-kekerasan.html> diakses tgl 18 Mei 2010 jam 16:05).