

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA  
PADA Tn.A DENGAN MASALAH UTAMA RISIKO  
PERILAKU KEKERASAN DI WISMA  
ARJUNA RSJ GHRASIA  
YOGYAKARTA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**Disusun oleh:  
MUHAMMAD FACHRUL AZMI  
1810206038**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS 'AISYIAH  
YOGYAKARTA  
2019**

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA  
Tn.A DENGAN MASALAH UTAMA RISIKO PERILAKU  
KEKERASAN DI WISMA ARJUNA RSJ GHRASIA  
YOGYAKARTA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat Mencapai Gelar Ners  
Program Profesi ners  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta



**Disusun oleh:  
MUHAMMAD FACHRUL AZMI  
1810206038**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS 'AISYIYAH  
YOGYAKARTA  
2019**

## HALAMAN PENGESAHAN

# LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Tn.A DENGAN MASALAH UTAMA RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI WISMA ARJUNA RSJ GHRASIA YOGYAKARTA

## KARYA ILMIAH AKHIR NERS

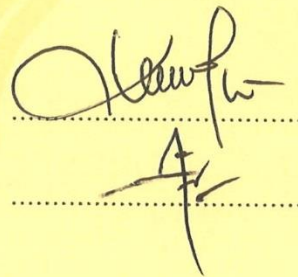
Disusun oleh:  
**MUHAMMAD FACHRUL AZMI**  
**1810206038**

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat  
Untuk Mendapatkan Gelar Ners  
pada Program Studi Profesi Ners  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
di Universitas 'Aisyiyah  
Yogyakarta

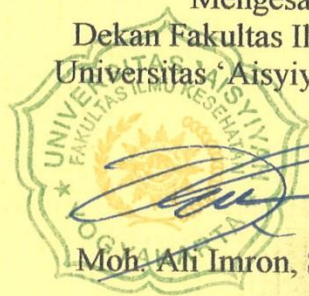
Pada Tanggal:  
08 Agustus 2019

Dewan Penguji :

1. Penguji I : Ns. Deasti Nurmagupita, M.Kep.Sp.Kep.J.
2. Penguji II : Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J.



Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta,

  
Moh. Ali Imron, S.Sos., M.Fis.

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN KASUS

Dengan ini peneliti menyatakan bahwa dalam laporan penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk penelitian lain atau untuk memperoleh gelar ners pada perguruan tinggi lain dan sepanjang pengetahuan peneliti juga tidak terdapat karya orang lain atau pendapat lain yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 08 Agustus 2019



Muhammad Fachrul Azmi



*unisa*  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatu*

Alhamdulillahirobbil'alamin segala puji syukur bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kita tetap dalam Iman dan Islam. Sholawat dan salam senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, yang telah membawa kita dari alam kegelapan ke alam terang-benderang dengan adanya agama Islam. Berkat rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul **“Laporan Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Wisma Arjuna RSJ Ghrasia Pakem Sleman Yogyakarta”**. Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini disusun untuk melengkapi syarat guna mendapatkan ners dari Program profesi ners Fakultas Ilmu Kesehatan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak akan terwujud tanpa bantuan, bimbingan dan pengarahan dari semua pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Warsiti.,S,Kp.M.Kep.,Sp.Mat. selaku Rektor Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta yang telah memberikan motivasi dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners .
2. Ibu Ns. Suratini, M.Kep., Sp.Kep.Kom. selaku ketua Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta yang telah memberikan motivasi dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners .
3. Ibu : Ns. Deasti Nurma G, M.Kep.Sp.Kep.J. yang telah membimbing penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).
4. Bapak Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J yang telah membimbing penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).
5. Alm Bapak Sigit Raharja semoga amal ibadahnya diterima disisi Allah SWT.
6. Ibu Nur Ida Zunaidah, AMK. yang telah memberikan motivasi dan dukungan serta semangat tiada henti.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya ilmiah ini sudah maksimal, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

*Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*



Yogyakarta, 29 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	3
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat .....	4
E. Ruang Lingkup .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Teori .....	5
B. Tinjauan Islam .....	20
<b>BAB III LAPORAN KASUS</b>	
A. Data Kasus Kelolaan.....	20
B. Data Senjang Pada Kasus.....	50
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Gambar Lokasi Penelitian .....	54
B. Analisis Pengkajian .....	56
C. Analisis Diagnosa Keperawatan .....	57
D. Analisis Rencana Asuhan Keperawatan .....	58
E. Analisis Implementasi.....	59
F. Analisis Evaluasi.....	60
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Simpulan.....	62
B. Saran .....	63
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>64</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Strategi pertemuan pada Pasien PK.....	19
Tabel 3.1 Riwayat kesehatan.....	24
Tabel 3.2 Faktor Predisposisi dan presipitasi .....	25
Tabel 3.3 Penilaian terhadap stressor .....	27
Tabel 3.4 Sumber koping .....	28
Tabel 3.5 Kebutuhan Klien pulang.....	33
Tabel 3.6 Perencanaan pulang.....	35
Tabel 3.7 Hasil Laboratorium.....	36
Tabel 3.8 Terapi medis .....	37
Tabel 3.9 Analisis data .....	44
Tabel 3.10 Daftar masalah keperawatan .....	44
Tabel 3.11 Rencana asuhan keperawatan .....	45
Tabel 3.02 Implementasi Keperawatan .....	48
Tabel 3.13 Riwayat kesehatan.....	54
Tabel 3.14Faktor Predisposisi dan presipitasi .....	55
Tabel 3.15 Penilaian terhadap stressor .....	57
Tabel 3.16 Sumber koping .....	58
Tabel 3.17 Kebutuhan Klien pulang.....	62
Tabel 3.18 Perencanaan pulang.....	63
Tabel 3.19 Hasil Laboratorium.....	63
Tabel 3.20 Terapi medis .....	64
Tabel 3.21 Analisis data .....	66
Tabel 3.22 Daftar masalah keperawatan .....	67
Tabel 3.23 Rencana asuhan keperawatan .....	67
Tabel 3.24 Implementasi Keperawatan .....	71



**LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A DENGAN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI  
WISMA ARJUNA RSJ GHRASIA  
YOGYAKARTA**

Muhammad Fachrul Azmi<sup>2</sup>, Sutejo<sup>3</sup>Sadarwati<sup>4</sup>

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Salah satu manifestasi dari gangguan jiwa yang menjadi penyebab penderita dibawa ke rumah sakit adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun pada orang lain.

**Tujuan:** Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan di RSJ Grhasia.

**Metodologi:** Menggunakan pendekatan dan pendekatan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

**Hasil:** Dari implementasi keperawatan yang sudah dilakukan didapatkan hasil pasien sudah ada perubahan sudah berbicara seperti biasa dan tersenyum dengan teman yang lain.

**Simpulan dan Saran:** Diantara kedua kasus berdasarkan pada tujuan keperawatan selama empat kali pertemuan pada kedua kasus sudah tercapai semua ditandai dengan klien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, sosial/verbal, spiritual, dan obat. Pasien diharapkan menerapkan, melatih dan mengoptimalkan kemampuan tentang keterampilan-keterampilan yang sudah diajarkan oleh perawat, rutin melakukan kontrol ke rumah sakit, dan patuh minum obat sesuai dengan yang diresepkan.

**Kata Kunci:** Askep, RPK

**Daftar Pustaka :** Buku 8, Jurnal 15, Skripsi 2,

**Jumlah Halaman :** xiii, 77 halaman, 25 tabel, 1 gambar, 2 lampiran

---

<sup>1</sup>Judul Karya Ilmiah Akhir Ners

<sup>2</sup>Mahasiswa Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

<sup>3</sup>Dosen Universitas Aisyiyah Yogyakarta

<sup>4</sup>Dosen Universitas Aisyiyah Yogyakarta

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan pengendalian diri dalam menghadapi stresor di lingkungan sekitar dengan selalu berpikir positif dalam keselarasan tanpa adanya tekanan fisik dan psikologis, baik secara internal maupun eksternal yang mengarah pada kestabilan emosional (Nasir dan Muhith, 2011). Salah satu manifestasi dari gangguan jiwa yang menjadi penyebab penderita dibawa ke rumah sakit adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada diri sendiri maupun pada orang lain. Sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah atau berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang berlebihan (Stuart, 2002).

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrem dari marah atau ketakutan/panik. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah. Menurut Kusumawati dan Hartono (2010) kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrem dari marah atau ketakutan atau panik. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering dipandang sebagai rentang dimana agresif verbal di suatu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, perasaan frustrasi, benci atau marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut terkadang perilaku menjadi agresif atau melukai karena penggunaan koping yang kurang bagus. Meskipun penderita gangguan jiwa belum bisa disembuhkan 100%, tetapi para penderita gangguan jiwa memiliki hak untuk sembuh dan diperlakukan secara manusiawi. UU RI No. 18 Tahun 2014 Bab I Pasal 3 Tentang Kesehatan Jiwa telah dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa (Kemenkes, 2014).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu jenis gangguan jiwa. Paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Pada masyarakat umum terdapat 0,2

– 0,8 % penderita skizofrenia dan dari 020 juta penduduk di Negara Indonesia terdapat kira-kira 2.400.000 orang anak yang mengalami gangguan jiwa (Maramis, 2004 dalam Carolina, 2008). Data WHO tahun 2014 mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia atau kira-kira 02-16 persen mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta orang (WHO, 2014).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1.7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali dan Jawa Tengah. Proporsi Rumah Tangga (RT) yang pernah memasung Anggota Rumah Tangga (ART) gangguan jiwa berat 14,3 % dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di pedesaan (18,2%), serta pada kelompok yang penduduk dengan kuintal indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0 %. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Di Yogyakarta dan Nusa Tenggara Timur (Riskesdas RI, 2015).

Menurut (Yosep, 2014).ada beberapa faktor penyebab perilaku kekerasan yaitu dari mulai dari faktor genetik yang di turunkan melalui orang tua menjadi potensi perilaku kekerasan agresif dalam gen ini terhadap potensi agresif yang sedang tidur dan akan terstimulus oleh faktor eksternal serta faktor fisiologik seperti objektif yang di cintai hilangnya harga diri dan faktor lainnya diduga berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan

Gejala klinis dari perilaku kekerasan ini adalah percaya diri kurang, rasa bersalah terhadap diri sendiri, perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit, gangguan hubungan sosial, menciderai diri akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram. Harga diri adalah perilaku individu tentang pencapaian diri dengan menganalisa seberapa jauh perilaku sesuai dengan idial diri, dimana gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan negativ terhadap diri sendiri dan merasa gagal mencapai keinginan.(Keliat, 2010).

Risiko perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat mencederai orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif (Keliat, B.A, Akemat dkk, 2002). Risiko perilaku kekerasan atau agresif adalah perilaku yang menyertai marah dan merupakan dorongan untuk bertindak dalam bentuk destruktif dan masih terkontrol (Yosep, 2016).

Peran perawat dalam membantu pasien dengan perilaku kekerasan adalah dengan memberikan asuhan keperawatan perilaku kekerasan. Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan

pasien, keluarga dan atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Keliat dkk, 2016).

Berdasarkan data di RSJ Ghrasia khususnya ruang Arjuna jumlah pasien risiko perilaku kekerasan pada tanggal 18 – 23 Februari 2019 Sebanyak 10 pasien. Data di atas menunjukkan bahwa jumlah pasien risiko perilaku kekerasan cukup besar, selama satu minggu praktik stase keperawatan jiwa di wisman arjuna didapatkan bahwa pasien dengan Risiko perilaku Kekerasan memang cukup dominan, untuk kegiatan yang berada di ruangan tersebut sudah terjadwal setiap harinya, untuk pasien yang belum dijadwalkan rehabilitasi maka akan di observasi sampai layak untuk di rehabilitasi.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang akan di bahas dalam laporan kasus ini adalah “ Bagaimana mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di RSJ Ghrasia?”

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan di RSJ Ghrasia.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien dengan masalah utama risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain di RSJ Ghrasia
- b. Menganalisa masalah pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain di RSJ Ghrasia
- c. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain di RSJ Ghrasia
- d. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain di RSJ Ghrasia
- e. Mengimplemntasikan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain di RSJ Ghrasia
- f. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan pasien risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain di RSJ Ghrasia
- g. ‘Mengevaluasi pendokumentasian pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain di RSJ Ghrasia

## D. Manfaat

### 1. Teoritis

Laporan kasus ini diharapkan dapat menambah referensi dan diharapkan dapat bermanfaat bagi perkembangan pendidikan keperawatan khususnya dalam ilmu keperawatan jiwa yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizoprenia.

### 2. Praktis

#### a. Perawat di wisma arjuna RSJ Ghrasia

Bagi perawat di wisma arjuna RSJ Ghrasia dapat sebagai media pembelajaran dan sebagai salah satu pemecahan sebuah permasalahan yang berkaitan dengan gangguan kesehatan jiwa pada pasien risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain.

#### b. Pasien risiko perilaku kekerasan

Manfaat praktis penulisan karya ilmiah bagi pasien dan keluarga yaitu agar pasien dan keluarga dapat mengetahui gambaran umum tentang penanganan masalah risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

#### c. RSJ Ghrasia

Sebagai salah satu pertimbangan dalam pengambilan kebijakan rumah sakit

#### d. Program Studi Profesi Ners Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

Bagi institusi UNISA khususnya program profesi ners dapat sebagai referensi dalam pendidikan khususnya pada mata kuliah keperawatan jiwa.

## E. Ruang Lingkup

### 1. Ruang Lingkup Pasien

Pasien dalam laporan kasus ini adalah pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di RSJ Ghrasia.

### 2. Ruang Lingkup Tempat

Laporan kasus ini dilakukan di RSJ Ghrasia.

### 3. Ruang lingkup materi

Materi dalam laporan kasus ini adalah laporan kasus pasien dengan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di RSJ Ghrasia, laporan kasus ini dibatasi pada materi keperawatan jiwa yang berkaitan dengan risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

### 4. Ruang Lingkup Waktu

Karya Ilmiah Akhir Ners ini dilakukan mulai pada bulan Februari sampai Agustus 2019 mulai dari penyusunan Bab I sampai laporan hasil karya tulis ilmiah.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teoritis**

##### **1. Skizoprenia**

###### **a. Pengertian skizoprenia**

Skizofrenia adalah suatu sindroma klinis yang bervariasi, dan sangat mengganggu. Manifestasi yang terlibat bervariasi pada setiap individu dan berlangsung sepanjang waktu. Pengaruh dari penyakit skizofrenia ini selalu berat dan biasanya dalam jangka panjang. Skizofrenia merupakan sebuah sindroma kompleks yang mau tak mau menimbulkan efek merusak pada kehidupan penderita maupun anggota – anggota keluarganya. Gangguan ini dapat mengganggu persepsi, pikiran, pembicaraan, dan gerakan seseorang. Nyaris hampir semua aspek fungsinya sehari – hari terganggu (Durand, 2011).

###### **b. Etiologi**

Terdapat beberapa pendekatan yang dominan dalam menganalisa penyebab skizofrenia, antara lain :

###### **1) Faktor genetik**

faktor keturunan juga menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga penderita skizofrenia terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 -1,8%; bagi saudara kandung 7 – 15%; bagi anak dengan salah satu orangtua yang menderita skizofrenia 7 – 16%; bila kedua orangtua menderita skizofrenia 40 – 68%; bagi kembar dua telur (heterozigot) 2 -15%; bagi kembar satu telur (monozigot) 61 – 86%.

Skizofrenia melibatkan lebih dari satu gen, sebuah fenomena yang disebut quantitative trait loci. Skizofrenia yang paling sering kita lihat mungkin disebabkan oleh beberapa gen yang berlokasi di tempat-tempat yang berbeda di seluruh kromosom. Ini juga mengklarifikasikan mengapa ada gradasi tingkat keparahan pada orang-orang yang mengalami gangguan ini (dari ringan sampai berat) dan mengapa risiko untuk mengalami skizofrenia semakin tinggi dengan semakin banyaknya jumlah anggota keluarga yang memiliki penyakit ini (Durand & Barlow, 2011).

## 2) Faktor biokimia

Skizofrenia mungkin berasal dari ketidakseimbangan kimiawi otak yang disebut neurotransmitter, yaitu kimiawi otak yang memungkinkan neuron-neuron berkomunikasi satu sama lain. Beberapa ahli mengatakan bahwa skizofrenia berasal dari aktivitas neurotransmitter dopamine yang berlebihan di bagianbagian tertentu otak atau dikarenakan sensitivitas yang abnormal terhadap dopamine. Banyak ahli yang berpendapat bahwa aktivitas dopamine yang berlebihan saja tidak cukup untuk skizofrenia. Beberapa neurotransmitter lain seperti serotonin dan norepinephrine tampaknya juga memainkan peranan (Durand, 2011).

## 3) Faktor psikologis dan sosial

Faktor psikososial meliputi adanya kerawanan hereditas yang semakin lama semakin kuat, adanya trauma yang bersifat kejiwaan, adanya hubungan orang tuaanak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga (Wiraminardja & Sutardjo, 2002).

Banyak penelitian yang mempelajari bagaimana interaksi dalam keluarga mempengaruhi penderita skizofrenia. Sebagai contoh, istilah schizophrenic mother kadang-kadang digunakan untuk mendeskripsikan ibu yang memiliki sifat dingin, dominan, dan penolak, yang diperkirakan menjadi penyebab skizofrenia pada anak-anaknya (Durand & Barlow, 2011).

### c. Perjalanan penyakit

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual (Sadock, 2003; Buchanan, 2002).

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) buruk sampai tidak ada. Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, yaitu dapat berupa penarikan diri (withdrawal) dan perilaku aneh (Buchanan, 2002).

#### d. Tipe – tipe skizoprenia

Berikut ini adalah tipe skizofrenia dari DSM-IV-TR 2000. Diagnosis ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan yaitu (Davison, 2014) :

##### 1) Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Waham biasanya adalah waham kejar atau waham kebesaran, atau keduanya, tetapi waham dengan tema lain (misalnya waham kecemburuan, keagamaan, atau somatisasi) mungkin juga muncul. Ciri-ciri lainnya meliputi ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, dan agresif.

##### 2) Tipe Disorganized (tidak terorganisasi)

Ciri utama skizofrenia tipe disorganized adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau inappropriate. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat kaitannya dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

##### 3) Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (waxy flexibility). Aktivitas motor yang berlebihan, negativisme yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (mutism), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (echolalia) atau mengikuti tingkah laku orang lain (echopraxia).

##### 4) Tipe Undifferentiated

Tipe Undifferentiated merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola simptom-simptom yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia. Misalnya, indikasi yang sangat ruwet, kebingungan (confusion), emosi yang tidak dapat dipegang karena berubah-ubah, adanya delusi, referensi yang berubah-ubah atau salah, adanya ketergugahan yang sangat besar, autisme seperti mimpi, depresi, dan sewaktu-waktu juga ada fase yang menunjukkan ketakutan.

##### 5) Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa, seperti keyakinankeyakinan negatif, atau mungkin masih memiliki ide-ide tidak wajar yang tidak sepenuhnya delusional. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

#### **e. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada pasien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial.

##### **1) Terapi Biologis**

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif, dan pembedahan bagian otak. Terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejalagejala skizofrenia. Obat yang digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan fluphenazine decanoate (prolixin). Kedua obat tersebut termasuk kelompok obat phenothiazines, reserpine (serpasil), dan haloperidol (haldol). Obat ini disebut obat penenang utama. Obat tersebut dapat menimbulkan rasa kantuk dan kelesuan, tetapi tidak mengakibatkan tidur yang lelap, sekalipun dalam dosis yang sangat tinggi (orang tersebut dapat dengan mudah terbangun). Obat ini cukup tepat bagi penderita skizofrenia yang tampaknya tidak dapat menyaring stimulus yang tidak relevan (Durand, 2011).

##### **2) Terapi psikososial**

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan di dalam maupun di luar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikosial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2011).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para

peserta terapi saling memberikan feedback tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi (Durand, 2011).

**f. Kekambuhan kembali (relaps)**

Kekambuhan pasien skizofrenia adalah istilah yang secara relatif merefleksikan perburukan gejala atau perilaku yang membahayakan pasien dan atau lingkungannya. Tingkat kekambuhan sering di ukur dengan menilai waktu antara lepas rawat dari perawatan terakhir sampai perawatan berikutnya dan jumlah rawat inap pada periode tertentu (Pratt, 2014).

Keputusan untuk melakukan rawat inap di rumah sakit pada pasien skizofrenia adalah hal terutama yang dilakukan atas indikasi keamanan pasien karena adanya kekambuhan yang tampak dengan tindakan seperti ide bunuh diri atau mencelakakan orang lain, dan bila terdapat perilaku yang sangat terdisorganisasi atau tidak wajar termasuk bila pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar berupa makan, perawatan diri dan tempat tinggalnya. Selain itu rawat inap rumah sakit diperlukan untuk hal-hal yang berkaitan dengan diagnostik dan stabilisasi pemberian medikasi (Durand, 2011).

Perawatan pasien skizofrenia cenderung berulang (recurrent), apapun bentuk sub tipe penyakitnya. Tingkat kekambuhan lebih tinggi pada pasien skizofrenia yang hidup bersama anggota keluarga yang penuh ketegangan, permusuhan dan keluarga yang memperlihatkan kecemasan yang berlebihan. Tingkat kekambuhan dipengaruhi juga oleh stress dalam kehidupan, seperti hal yang berkaitan dengan keuangan dan pekerjaan. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan pasien dengan skizofrenia (Durand, 2011).

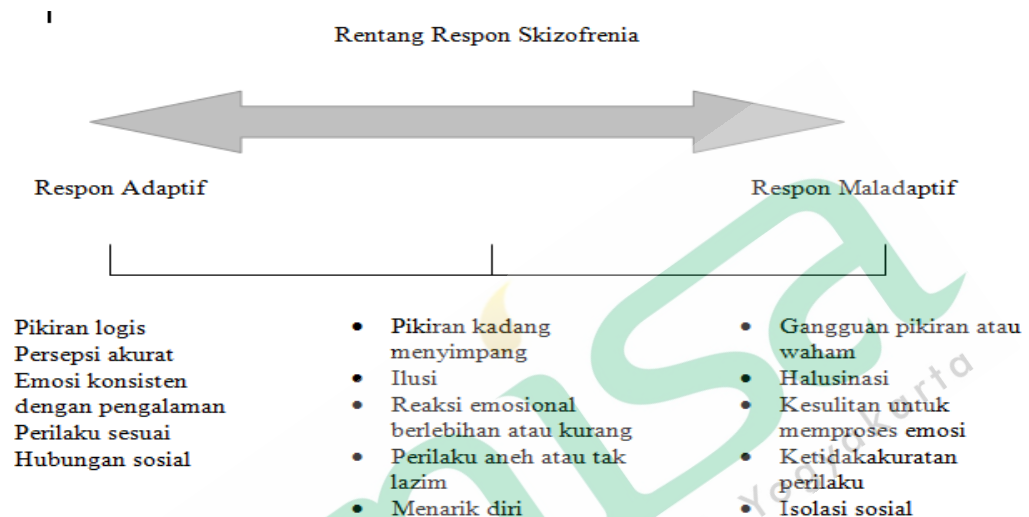
**g. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan minum obat**

Menurut Tambayong (2002) faktor ketidakpatuhan terhadap pengobatan adalah kurang pahamnya pasien tentang tujuan pengobatan, tidak mengertinya pasien tentang pentingnya mengikuti aturan pengobatan yang ditetapkan sehubungan dengan prognosisnya, sukarnya memperoleh obat di luar rumah sakit, mahal nya harga obat, dan kurangnya perhatian dan kepedulian keluarga yang mungkin bertanggung jawab atas pembelian atau pemberian obat kepada

pasien. Terapi obat yang efektif dan aman hanya dapat dicapai bila pasien mengetahui seluk beluk pengobatan serta kegunaannya.

Menurut Siregar (2014) ketidakpatuhan pemakaian obat akan mengakibatkan penggunaan suatu obat yang berkurang. Dengan demikian, pasien akan kehilangan manfaat terapi yang diantisipasi dan kemungkinan mengakibatkan kondisi yang diobati secara bertahap menjadi buruk.

#### h. Rentang respon skizofrenia



**Gambar 2.1 Rentang Respon Skizofrenia Siregar (2014)**

#### 2. Risiko perilaku kekerasan

##### a. Pengertian risiko perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan. Pasien yang dibawa ke rumah sakit jiwa sebagian besar akibat melakukan kekerasan di rumah. Perawat harus jeli dalam melakukan pengkajian untuk menggali penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan selama di rumah (Yusuf, dkk, 2015).

## **b. Faktor-faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan**

### **1. Faktor Predisposisi**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan menurut teori biologik, teori psikologi, dan teori sosiokultural yang dijelaskan oleh Townsend (Purba dkk, 2008) adalah:

#### **a) Teori Biologik**

Teori biologik terdiri dari beberapa pandangan yang berpengaruh terhadap perilaku:

##### **1) Neurobiologik**

Ada 3 area pada otak yang berpengaruh terhadap proses impuls agresif: sistem limbik, lobus frontal dan hypothalamus. Neurotransmitter juga mempunyai peranan dalam memfasilitasi atau menghambat proses impuls agresif. Sistem limbik merupakan sistem informasi, ekspresi, perilaku, dan memori. Apabila ada gangguan pada sistem ini maka akan meningkatkan atau menurunkan potensial perilaku kekerasan. Adanya gangguan pada lobus frontal maka individu tidak mampu membuat keputusan, kerusakan pada penilaian, perilaku tidak sesuai, dan agresif. Beragam komponen dari sistem neurologis mempunyai implikasi memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik terlambat dalam menstimulasi timbulnya perilaku agresif. Pusat otak atas secara konstan berinteraksi dengan pusat agresif.

##### **2) Biokimia**

Berbagai neurotransmitter (epinephrine, norepinephrine, dopamine, asetikolin, dan serotonin) sangat berperan dalam memfasilitasi atau menghambat impuls agresif. Teori ini sangat konsisten dengan fight atau flight yang dikenalkan oleh Selye dalam teorinya tentang respons terhadap stress.

##### **3) Genetik**

Penelitian membuktikan adanya hubungan langsung antara perilaku agresif dengan genetik karyotype XYY.

##### **4) Gangguan Otak**

Sindroma otak organik terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindak kekerasan. Tumor otak, khususnya yang

menyerang sistem limbik dan lobus temporal; trauma otak, yang menimbulkan perubahan serebral; dan penyakit seperti ensefalitis, dan epilepsy, khususnya lobus temporal, terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b) Teori Psikoanalitik

1) Teori Psikoanalitik

Teori ini menjelaskan tidak terpenuhinya kebutuhan untuk mendapatkan kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri rendah. Agresi dan tindak kekerasan memberikan kekuatan dan prestise yang dapat meningkatkan citra diri dan memberikan arti dalam kehidupannya. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri

2) Teori Pembelajaran

Anak belajar melalui perilaku meniru dari contoh peran mereka, biasanya orang tua mereka sendiri. Contoh peran tersebut ditiru karena dipersepsikan sebagai prestise atau berpengaruh, atau jika perilaku tersebut diikuti dengan pujian yang positif. Anak memiliki persepsi ideal tentang orang tua mereka selama tahap perkembangan awal. Namun, dengan perkembangan yang dialaminya, mereka mulai meniru pola perilaku guru, teman, dan orang lain. Individu yang dianiaya ketika masih kanak-kanak atau mempunyai orang tua yang mendisiplinkan anak mereka dengan hukuman fisik akan cenderung untuk berperilaku kekerasan setelah dewasa.

3) Teori Sosiokultural

Pakar sosiolog lebih menekankan pengaruh faktor budaya dan struktur sosial terhadap perilaku agresif. Ada kelompok sosial yang secara umum menerima perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan masalahnya. Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku tindak kekerasan, apabila individu menyadari bahwa kebutuhan dan keinginan mereka tidak dapat terpenuhi secara konstruktif. Penduduk yang ramai /padat dan lingkungan yang ribut



dapat berisiko untuk perilaku kekerasan. Adanya keterbatasan sosial dapat menimbulkan kekerasan dalam hidup individu.

## 2. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan (Yosep, 2011):

- a) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

## 3. Dampak Prilaku Kekerasan

Menurut Keliat (2016) Dampak yang dapat ditimbulkan oleh penderita yang mengalami perilaku kekerasan/ agresif bisa membahayakan diri sendiri, orang lain, mampu merusak lingkungan dan bahkan bisa menimbulkan kematian.

### c. Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Yosep (2011) mengemukakan bahwa tanda dan gejala perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

#### 1. Fisik

- a) Muka merah dan tegang
- b) Mata melotot/ pandangan tajam
- c) Tangan mengepal d. Rahang mengatup
- d) Postur tubuh kaku

e) Jalan mondar-mandir

2. Verbal

- a) Bicara kasar
- b) Suara tinggi, membentak atau berteriak
- c) Mengancam secara verbal atau fisik
- d) Mengumpat dengan kata-kata kotor
- e) Suara keras
- f) Ketus

3. Perilaku

- a) Melempar atau memukul benda/orang lain
- b) Menyerang orang lain
- c) Melukai diri sendiri/orang lain
- d) Merusak lingkungan
- e) Amuk/agresif

4. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

5. Intelektual

Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, sarkasme

6. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

7. Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan, sindiran.

8. Perhatian

Bolos, mencuri, melarikan diri, penyimpangan seksual.

4. Strategi Pertemuan Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Purba dkk (2008) mengatakan strategi pertemuan adalah pelaksanaan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada pasien dan keluarga pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani.

## 2. Tujuan

- a. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasannya.
- f. Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmakologi (Purba dkk, 2008).

## 3. Tindakan

- a. Bina hubungan saling percaya
  - 1) Mengucapkan salam terapeutik
  - 2) Berjabat tangan
  - 3) Menjelaskan tujuan interaksi
  - 4) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien
- b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
- c. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
  - 1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
  - 2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
  - 3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
  - 4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
  - 5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara:
  - 1) Sosial/verbal
  - 2) Terhadap orang lain
  - 3) Terhadap diri sendiri
  - 4) Terhadap lingkungan
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
  - 1) Fisik: pukul kasur dan bantal, tarik napas dalam
  - 2) Obat

- 3) Sosial/verbal: menyatakan secara asertif rasa marahnya
  - 4) Spiritual: sholat/berdoa sesuai keyakinan pasien
  - g. Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
    - 1) Latihan napas dalam dan pukul kasur-bantal
    - 2) Susun jadwal latihan napas dalam dan pukul kasur bantal
  - h. Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
    - 1) Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
    - 2) Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
    - 3) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
  - i. Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual
    - 1) Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/verbal
    - 2) Latihan sholat dan berdoa
    - 3) Buat jadwal latihan sholat/berdoa
  - j. Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat:
    - 1) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
    - 2) Susun jadwal minum obat secara teratur
  - k. Ikut sertakan pasien dalam TAK stimulasi persepsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan (Keliat & Akemat, 2013).
4. Pembagian Strategi Pertemuan Perilaku Kekerasan

SP 1 pasien: membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat, dan cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik I (latihan napas dalam).

SP 2 pasien: membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II (evaluasi latihan napas dalam, latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik II [pukul kasur dan bantal], menyusun jadwal kegiatan harian cara kedua).

SP 3 pasien: membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial/verbal (evaluasi jadwal kegiatan harian tentang kedua cara fisik mengendalikan perilaku kekerasan, latihan mengungkapkan rasa marah secara

verbal [menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik], susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal).

SP 4 pasien: Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spiritual (diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara fisik dan sosial/ verbal, latihan beribadah dan berdoa, buat jadwal latihan ibadah/ berdoa).

SP 5 pasien: Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar [benar nama pasien/ pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat] disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat, susun jadwal minum obat secara teratur).

**Tabel 2.1. Strategi Pertemuan Pada Pasien Perilaku Kekerasan**

No	Kemampuan/Kompetensi
A	Kemampuan Merawat Pasien
1. (SP1)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan</li> <li>2. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan</li> <li>3. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan pasien</li> <li>4. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</li> <li>5. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan</li> <li>6. Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I</li> <li>7. Mengajarkan pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>

**Buku Saku Keperawatan Jiwa (2018)**

No	Kemampuan/Kompetensi
A	Kemampuan Merawat Pasien
2. (SP2)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II</li> <li>3. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
3. (SP3)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal</li> <li>3. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.</li> </ol>
4 (SP4)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien.</li> <li>2. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual</li> <li>3. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>
5 (SP5)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien</li> <li>2. Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur</li> <li>3. Mengajarkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</li> </ol>

**Buku Saku Keperawatan Jiwa (2018)**

## 5. Evaluasi

- a. Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
- b. Pasien mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal:
  - 1) Secara fisik
  - 2) Secara sosial/verbal
  - 3) Secara spiritual
  - 4) Dengan terapi psikofarmaka (penggunaan obat).



**unisa**  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

### BAB III

#### LAPORAN KASUS

#### A. Data Kasus Kelolaan

##### 1. Data Umum Pasien

Tabel 3.1

Data Umum Pasien

Identitas Pasien	Kasus 1	Kasus 2
Nama	Tn. A	Tn. R
Usia	45 tahun	47 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Pendidikan	DIII	Sarjana
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Tidak Bekerja
Alamat	Gondokusuman Yogyakarta	Sendangmulyo Tembalang
Agama	Islam	Islam
Suku Bangsa	Jawa	Jawa
No. RM	0010xxx	0099xxx
Informan	Pasien, RM, keluarga, perawat	Pasien, RM, keluarga, perawat
Tanggal Masuk	11 Februari 2019	17 Februari 2019
Tanggal Pengkajian	18 Februari 2019	25 Februari 2019

*Sumber: (Data Rekam Medik Pasien di Wisma Gatot Kaca RSJ Grhasia Yogyakarta, 2019).*

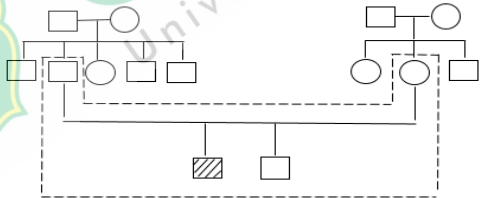
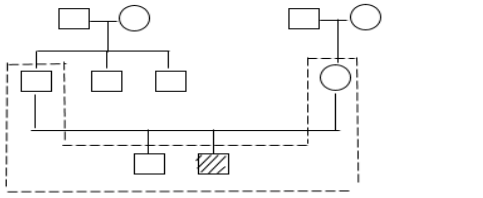
2. Hasil Pengkajian dan Pemeriksaan Fisik
  - a. Keluhan Utama

**Tabel 3.2**  
**Keluhan Utama**

Data pengkajian	Kasus 1	Kasus 2
1. Alasan masuk	Pasien di rumah marah-marah dan mengamuk serta ingin memukul saudaranya	Marah- marah membanting barang-barang, tidak suka terhadap orang asing.
2. Diagnosa medis	Axis 1 : F.20.0 ( <i>skizofrenia</i> paranoid) Axis 2 : Belum ada diagnosa Axis 3 : Belum ada diagnosa Axis 4 : Belum ada diagnosa Axis 5 : GAF 60-51 ( Gejala Sedang)	Axis 1 : F.20.0 ( <i>skizofrenia</i> paranoid) Axis 2 : Belum ada diagnosa Axis 3 : Belum ada diagnosa Axis 4 : Belum ada diagnosa Axis 5 : GAF 60-51 ( Gejala Sedang)
3. Riwayat kesehatan sekarang		
IGD	Tanda dan gejala: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak emosional</li> <li>- Sikap bernusuhan</li> <li>- Amuk/agresif,</li> <li>- Marah,panik</li> <li>- Sorot mata tajam</li> <li>- Bicara kasar, ketus, keras</li> </ul> Masalah keperawatan: Perilaku kekerasan  Terapi pasien: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haloperidol 3 mg (1)</li> <li>- THP 2 mg (1)</li> <li>- Clozapin 25 mg (1)</li> </ul> Manajemen PK	Tanda dan gejala: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amuk, marah,</li> <li>- Agresif</li> <li>- Menyerang orang lain</li> <li>- Bicara Kasar</li> </ul> Masalah keperawatan: Perilaku kekerasan  Terapi pasien: <ul style="list-style-type: none"> <li>- THP 2 mg (1)</li> <li>- Clozapin 25 mg (1)</li> <li>- Haloperidol 3 mg (1)</li> </ul> Manajemen PK

Data pengkajian	Kasus 1	Kasus 2
Bima	<p>Tanda dan gejala</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikap bermusuhan, muka tegang</li> <li>- Pasien tampak mondar-mandir</li> <li>- Amuk/agresif</li> <li>- Sorot mata tajam</li> <li>- Biacara kasar</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan</p> <p>Terapi pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injeksi Iodomer (1A)</li> <li>- Injeksi Diazepam (1A)</li> <li>- Infus RI (20 tpm)</li> </ul>	<p>Tanda dan gejala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agresif</li> <li>- Gelisah dan bingung</li> <li>- Berbicara kasar</li> <li>- Mondar-mandir</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: Perilaku Kekerasan</p> <p>Terapi pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risperidone 2 mg</li> <li>- Clozapin 25 mg</li> <li>- Injeksi Diazepam (1A)</li> </ul>
Wisma Rawat Inap (Wisma Gatot Kaca)	<p>Tanda dan gejala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- ADL bisa diarahkan</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Terapi pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracetamol (500 mg)</li> <li>- Risperidone (1 mg)</li> <li>- THP (2 mg)</li> <li>- Clozapin (25 mg)</li> </ul>	<p>Tanda dan gejala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat perilaku kekerasan</li> <li>- Tampak masih bingung</li> <li>- Istirahat kurang</li> <li>- Mondar-mandir</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan</p> <p>Terapi pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- THP 2 mg</li> <li>- Clozapin 25 mg</li> <li>- Haloperidol 3 mg</li> </ul>
Saat Pengkajian	<p>Tanda dan gejala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat perilaku kekerasan memukul orang lain</li> <li>- Pasien cukup kooperatif</li> <li>- Pasien kadang-kadang menjawab dengan keras dan ketus</li> <li>- Pasien mengatakan dirumah marah-marah</li> <li>- Pasien mengatakan dibawa ke RSJ oleh orang yang tidak dikenal dan kakaknya sempat ingin marah tapi</li> </ul>	<p>Tanda dan gejala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memiliki riwayat marah-marah dan merusak barang-barang</li> <li>- Berbicara ketus</li> <li>- Mondar-mandir</li> <li>- Pasien mengatakan dirumah pernah marah-marah dan membanting barang-barang</li> <li>- Kuku kotor dan panjang</li> </ul>

Data pengkajian	Kasus 1	Kasus 2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- akhirnya nurut saja</li> <li>- Pasien mondar mandir</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien lebih suka diam dan tidur di kamar</li> <li>- Pasien mengatakan kurang percaya diri</li> <li>- Pasien mengatakan ingin segera pulang ke rumah</li> <li>- Pasien mengatakan tidak tau tentang obat</li> <li>- Pasien tampak bersih dan rapi ADL mandiri</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan terhadap Orang Lain dan Harga Diri Rendah Kronik</p> <p>Terapi pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risperidone (1 mg)</li> <li>- THP (2 mg)</li> </ul> <p>Clozapin (25 mg)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gigi kotor dan mulut bau</li> <li>- Pasien mengatakan jarang memotong kukunya</li> <li>- Pasien mengatakan malas gosok gigi</li> <li>- Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya ngobrol</li> <li>- Tampak terkadang berbicara sendiri</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: Risiko Perilaku Kekerasan terhadap Orang Lain, Konfusi Akut, Defisit Perawatan Diri: Mandi dan Berdandan</p> <p>Terapi pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- THP 2 mg</li> <li>- Clozapin 25 mg</li> </ul> <p>Haloperidol 3 mg</p>
<b>4. Faktor predisposisi</b>		
Neurobiologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien baru pertama kali di rawat di RSJ Grhasia dan belum pernah di rawat di RSJ jiwa lainnya</li> <li>b. Pasien memiliki riwayat penyalahgunaan obat-obatan terlarang</li> <li>c. Pasien memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien baru pertama kali di rawat di RSJ Grhasia dan belum pernah di rawat di RSJ jiwa lainnya</li> <li>b. Pasien pernah mengalami gangguan jiwa 4 tahun yang lalu dan dirawat jalan saja</li> <li>c. Tidak ada riwayat keluarga yang mengalami gangguan jiwa</li> </ul>
Psikologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien memiliki kepribadian tertutup</li> <li>b. Pernah stress karena merasa tertekan</li> <li>c. Pasien memiliki riwayat KDRT, karena orangtua temperamental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien memiliki kepribadian tertutup</li> </ul>
Sosiokultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien berusia 25 tahun belum menikah</li> <li>b. Anak pertama dari 2 bersaudara.</li> <li>c. Pendidikan SLTA</li> <li>d. Tinggal dirumah dengan orang tua dan adik laki-lakinya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien berusia 19 tahun belum menikah</li> <li>b. Anak kedua dari dua bersaudara.</li> <li>c. Pasien tinggal dengan kedua orangtua dan kakak laki-lakinya</li> <li>d. Pendidikan SLTA</li> </ul>

Data pengkajian	Kasus 1	Kasus 2
1. Faktor presipitasi		
<i>Nature</i>	Psikologi: Konflik dengan orang tua	Biologis: Putus Obat
<i>Origin</i>	Psikologis: Eksternal	Biologis: Internal
<i>Timing</i>	Psikologi: 1 bulan	Biologis: 2 bulan
2. Stresor	Psikologi: Konflik dengan orang tua	Biologis: Putus Obat
3. Riwayat kesehatan sebelumnya		
Pernahkah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?	Ya, pasien mengamuk dan marah-marah sejak 1 minggu yang lalu namun tidak langsung dibawa ke RSJ.	Ya pasien pernah mengalami gangguan jiwa 4 tahun yang lalu tetapi tidak dibawa ke rumah sakit jiwa hanya rawat jalan saja
Riwayat pengobatan sebelumnya dan keberhasilannya?	Belum melakukan pengobatan.	Minum obat namun tidak teratur
4. Riwayat kesehatan keluarga	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
5. Genogram	 <p>Keterangan:</p> <p>□ : Laki-laki      - - - - - : Tinggal serumah  ○ : Perempuan      ▨ : Pasien</p>	 <p>Keterangan:</p> <p>□ : Laki-laki      - - - - - : Tinggal serumah  ○ : Perempuan      ▨ : Pasien</p>

Data pengkajian	Kasus 1	Kasus 2
6. Mekanisme koping		
Jenis Mekanisme Koping	Negosiasi/kompromi, pasien hanya diam saja ketika ada masalah dan jarang sekali mau bercerita dengan orang lain atau keluarga tentang masalahnya	<i>Displacement</i> , pasien membanting alat-alat rumah tangga jika marah
Sumber Mekanisme Koping	Keluarga dan dirinya sendiri	Keluarganya terutama bapak dan Diri sendiri

Sumber: (Data Rekam Medik Pasien Wisma Gatot Kaca RSJ Grhasia Yogyakarta, 2019)

b. Pengkajian Fisik

**Tabel 3.3**  
**Data Pengkajian Fisik**

Data pengkajian fisik	Kasus 1	Kasus 2
1. Keadaan Umum	Baik	Baik
2. Tingkat Kesadaran	Baik	Baik
3. Tanda-Tanda Vital	TD: 131/71 mmHg N: 95 x/menit S: 36,5 °C RR: 20 x/menit	TD: 100/58 mmHg N: 92 x/menit S: 37 °C RR: 20 x/menit
4. Tinggi Badan/Berat Badan	174 cm/ 72 kg	160 cm/ 55 kg
5. Keluhan Fisik	Terkadang Pusing	Tidak ada
6. Pemeriksaan Fisik		
a. Kulit	Warna sawo matang, tidak ada luka, tidak ada memar, bersih, teraba hangat	Warna sawo matang, tidak ada luka, tidak ada memar, bersih, teraba hangat

Data pengkajian fisik	Kasus 1	Kasus 2
b. Wajah	Tidak ada luka, tidak oedema, tampak bersih, bentuk simetris	Tidak ada luka, tidak oedema, tampak bersih, bentuk simetris
c. Mata	Simetris, tidak anemis, konjungtiva merah muda	Simetris, tidak anemis, konjungtiva merah muda
d. Hidung	Simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip.	Simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip.
e. Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada luka, tidak ada nyeri	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada luka, tidak ada nyeri
f. Rambut	Berwarna hitam, kotor dan tidak rapi	Berwarna hitam, lurus, tidak rapi, tampak kotor
g. Kepala	Simetris, tidak ada luka, tidak ada nyeri	Simetris, tidak ada luka, tidak ada nyeri
h. Mulut	Mulut bersih, gigi bersih, tidak ada stomatis	Bau mulut, gigi kotor, tidak ada stomatis
i. Abdomen	Tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan	Tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan
j. Ekstremitas	Atas : Tidak ada nyeri, tidak ada oedema, tidak ada luka, tidak ada kelemahan anggota gerak Bawah : Tidak ada nyeri, tidak ada oedema, tidak ada luka, tidak ada kelemahan anggota gerak	Atas : Tidak ada nyeri, tidak ada oedema, tidak ada luka, tidak ada kelemahan anggota gerak Bawah : Tidak ada nyeri, tidak ada oedema, tidak ada luka, tidak ada kelemahan anggota gerak
k. Riwayat Pengobatan Fisik	Tidak terdapat pengobatan fisik	Tidak ada pengobatan fisik
7. Pemeriksaan psikososial		
a. Konsep diri		
1) Gambaran diri	Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada fungsi tubuhnya	Pasien mengatakan anggota tubuhnya baik-baik saja dan tidak mengalami gangguan
2) Identitas diri	Pasien mengatakan berjenis kelamin laki-laki	Pasien mengatakan dirinya sebagai seorang laki-laki
3) Ideal diri	Pasien mengatakan ingin segera pulang kerumah dan ingin segera bekerja	Pasien mengatakan ingin memiliki pekerjaan setelah keluar dari RSJ dan ingin meminta maaf kepada orangtuanya karena merasa bersalah sudah marah-marah
4) Harga diri	Pasien tampak menangis ketika ditanya terkait keluarganya. Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak berguna dikeluarganya	Pasien mengatakan merasa berharga karena diberi dukungan oleh keluarga dan ketika pergi tidak pamit dicari oleh orangtuanya
5) Peran diri	Pasien mengatakan peran dikeluarga sebagai anak pertama dan sebagai kakak adalah membantu orangtua dan membimbing adiknya	Pasien mengatakan berperan sebagai anak ingin meringankan beban orangtuanya

Data pengkajian fisik	Kasus 1	Kasus 2
b. Hubungan sosial		
1) Dirumah	Pasien mengatakan tidak begitu dekat dengan keluarga, namun aktif dalam kegiatan dimasyarakat seperti kerja bakti dan karang taruna	Pasien mengatakan di rumah aktif dimasyarakat dan mengikuti perkumpulan karang taruna dan pasien memiliki 2 orang teman dekat
2) Dirumah sakit	Pasien mengatakan tidak suka sendirian, senang berkumpul dengan teman-teman	Pasien mengatakan mengenal teman-temannya, suka bercanda dan berkumpul dengan teman-teman
3) Hubungan dengan keluarga	Hubungan dengan keluarga kurang baik, pasien jarang dijenguk oleh keluarga	Hubungan dengan keluarga kurang baik karena pasien jarang dijenguk oleh keluarga
c. Spiritual/keagamaan		
1) Nilai dan keyakinan	Beragama Islam	Beragama Islam
2) Kegiatan ibadah	Pasien mengatakan rutin sholat 5 waktu	Pasien mengatakan jarang melakukan sholat 5 waktu
8. Pengkajian status mental		
a. Penampilan fisik	Pasien tampak rapi, pasien berpakaian sesuai dengan sragam yang seharusnya. Namun rambut tampak kotor dan kusam, dan pasien jarang menyisir rambutnya	Pasien memakai seragam dari RSJ dan sesuai warnanya tetapi sering mengangkat lengan baju nya sebelah kanan, kuku kotor dan panjang, rambut rapi dan pendek, kulit bersih dan gigi kotor
b. Pembicaraan	Keras, saat dilakukan pengkajian pasien terkadang menjawab dengan intonasi keras.	Koheren pasien mampu menjawab pertanyaan sesuai dengan yang dimaksudkan
c. Aktifitas motorik	Pasien tampak tegang saat dilakukan wawancara	Pasien tampak berjalan mondar mandir
d. Alam perasaan	Saat pengkajian tampak khawatir dengan privasinya dan menghindar saat ditanya alasan masuk RSJ	Saat pengkajian pasien tampak gembira berlebihan
e. Afek	Pasien pembicaraan tepat dan isi pembicaraan sesuai	Pasien pembicaraan tepat dan isi pembicaraan sesuai
f. Interaksi selama wawancara	Pasien cukup kooperatif mau menjawab semua pertanyaan dan bisa diajak berdiskusi hingga kontrak waktu yang sudah dilakukan berakhir, hanya terkadang kontak mata mudah beralih	Pasien cukup kooperatif selama wawancara mau diajak diskusi dan menjawab semua pertanyaan
g. Persepsi sensori	Pasien mengatakan tidak melihat bayangan-bayangan, tidak mendengar suara-suara, atau merasa mengecap, mencium, atau meraba yang aneh	1) Jenis : Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya mengobrol 2) Isi: Pasien mengatakan isinya yaitu menyuruh untuk beleh dan kelet

Data pengkajian fisik	Kasus 1	Kasus 2
		3) Waktu: Pasien mengatakan munculnya pada malam hari saat sendirian 4) Frekuensi: Pasien mengatakan halusinasinya sering muncul sekitar 8x 5) Stressor: Pasien mengatakan halusinasinya muncul jika sendirian dan melamun 6) Tindakan yang telah dilakukan: Pasien mengatakan jika suara muncul hanya di diamkan saja tidak melakukan apa-apa. Pasien mengatakan belum tau cara mengontrol halusinasinya 7) Keberhasilan tindakan: tidak ada
h. Proses pikir	Pasien ketika di wawancara menceritakan berbelit-belit namun sesuai dengan pertanyaan	Pasien tidak mengalami gangguan proses pikir, selama interaksi pembicaraan pasien stabil dan sesuai dengan topik pembahasan
i. Isi pikir	Pasien mengalami gangguan isi pikir yaitu waham curiga. Namun ketika dilakukan pengkajian pasien tidak ditemukan waham curiga	Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir
j. Tingkat kesadaran	Baik, Pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang	Baik, Pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang
k. Memori	Pasien tidak mengalami gangguan memori jangka panjang dan pendek pasien dapat menceritakan kejadian dimasa lalu	Pasien tidak mengalami gangguan memori jangka panjang dan pendek pasien mampu mengingat dibawa ke RSJ oleh siapa
l. Tingkat konsentrasi dan berhitung	Pasien mampu menjawab berapa lama dirawat di wisma dengan benar dan sesuai	Pasien mampu berkonsentrasi selama diajak berdiskusi 10 menit dan mampu berhitung
m. Kemampuan penilaian	Pasien tidak memiliki gangguan dalam penilaian ringan, pasien dapat mengambil keputusan secara mandiri	Pasien mampu mengambil keputusan secara mandiri
n. Daya tilik tinggi	Buruk, karena pasien mengatakan tidak mau dibawa ke RSJ, dengan dibawa keRSJ kondisinya akan semakin memburuk	Baik, karena pasien menyadari kondisi kesehatannya sekarang bahwa sedang berada di RSJ Grhasia
9. Penilaian skor kategori pasien		
a. Skrining awal: Apakah Tn.A dan Tn.M punya	Tidak	Tidak

Data pengkajian fisik	Kasus 1	Kasus 2
keinginan/ide bunuh diri/ide pulang paksa?		
b. Variabel		
1) Mencederai diri/orang lain	16	16
2) Komunikasi	0	0
3) Interaksi sosial	5	0
4) <i>Activity daily living</i>		
a) Makan	0	0
b) Mandi	0	10
c) Berpakaian	0	0
5) Tidur/istirahat	0	0
6) Pengobatan oral/injeksi	0	3
7) Aktivitas terjadwal		
a) Makan	0	0
b) Mandi	0	0
c) Berpakaian	0	0
8) Hasil skor pasien	21	26
c. Kategori		
1) Tahap penanganan	<i>Health Promotion</i>	<i>Health Promotion</i>
2) Tujuan perawatan	Tingkat kesejahteraan optimal	Tingkat kesejahteraan optimal
3) Fokus pengkajian	Kualitas hidup dan kesejahteraan	Kualitas hidup dan kesejahteraan
4) Prinsip intervensi	Inspirasi Validasi	Inspirasi Validasi
5) Hasil yang diharapkan	Mencapai kualitas hidup optimal	Mencapai kualitas hidup optimal
6) Jika pasien masuk dalam tahap krisis	Tidak ada	Tidak ada
7) Nilai resiko perilaku kekerasan	8 (Risiko sedang)	8 (Risiko sedang)
8) Nilai resiko bunuh diri	Tidak ada	Tidak ada

Sumber: (Data Rekam Medik Pasien di Wisma Gatot Kaca RSJ Grhasia Yogyakarta, 2019)

### 3. Discharge Planning

#### a. Kebutuhan persiapan pulang

**Tabel 3.4**

#### Kebutuhan Persiapan Pulang

Aspek yang Dinilai	Kasus 1				Kasus 2			
	Tingkat Kemampuan				Tingkat kemampuan			
	28/01/19	29/01/19	30/01/19	31/01/19	28/01/19	29/01/19	30/01/19	31/01/19
Makan								
a. Kemampuan menyiapkan makanan	2	2	2	2	2	2	2	2
b. Kemampuan membersihkan alat makan	2	2	2	2	2	2	2	2
c. Kemampuan menempatkan alat makan dan minum di tempatnya	2	2	2	2	2	2	2	2
BAB/BAK								
a. Kemampuan mengontrol BAB/BAK	2	2	2	2	2	2	2	2
b. Kemampuan membersihkan WC	2	2	2	2	2	2	2	2
c. Kemampuan membersihkan diri	2	2	2	2	1	1	1	1
d. Kemampuan memakai pakaian dan celana	2	2	2	2	2	2	2	2
Mandi								
a. Kemampuan dalam mandi	2	2	2	2	1	1	1	1
b. Kemampuan dalam menggosok gigi	2	2	2	2	1	1	1	1
c. Kemampuan dalam keramas	1	1	1	1	2	2	2	2
d. Kemampuan dalam potong kuku dan rambut	1	1	1	1	1	1	1	1
Berpakaian dan Berdandan								
a. Kemampuan memilih pakaian	2	2	2	2	2	2	2	2
b. Kemampuan memakai pakaian	2	2	2	2	2	2	2	2
c. Kemampuan mengatur frekuensi ganti pakaian	2	2	2	2	2	2	2	2
d. Kemampuan mencukur jenggot (laki-laki)	2	2	2	2	2	2	2	2
e. Kemampuan berhias (perempuan)	-	-	-	-	-	-	-	-
f. Kemampuan menyisir rambut	1	1	1	1	2	2	2	2
Istirahat dan Tidur								
a. Kemampuan untuk mengatur waktu tidur	2	2	2	2	2	2	2	2
b. Kemampuan merapikan spreng dan selimut	2	2	2	2	2	2	2	2
c. Kemampuan untuk tidur dengan bantuan obat	2	2	2	2	2	2	2	2

Aspek yang Dinilai	Kasus 1				Kasus 2			
	Tingkat Kemampuan				Tingkat kemampuan			
Penggunaan Obat								
a. Kemampuan pengaturan penggunaan obat	2	2	2	2	2	2	2	2
Pemeliharaan Kesehatan								
a. Perawatan lanjutan (Puskesmas, RS, RSJ, Perawat, Dokter)	2	2	2	2	2	2	2	2
b. Perawatan pendukung (Keluarga, Pengawas minum obat)	2	2	2	2	2	2	2	2
Kegiatan di Dalam Rumah								
a. Kemampuan mempersiapkan makanan	2	2	2	2	2	2	2	2
b. Kemampuan menjaga kerapian rumah	1	1	1	1	2	2	2	2
c. Kemampuan mencuci pakaian	2	2	2	2	2	2	2	2
d. Kemampuan pengaturan keuangan	2	2	2	2	2	2	2	2
Kegiatan di Luar Rumah								
a. Kemampuan berbelanja	2	2	2	2	2	2	2	2
b. Kemampuan transportasi	2	2	2	2	2	2	2	2

Sumber: (Data Rekam Medik Pasien di Wisma Gatot Kaca RSJ Grhasia Yogyakarta, 2019)



b. *Discharge planning*

**Tabel 3.5**  
***Discharge Planning***

Kategori	Kasus 1	Kasus 2
<p><i>Caregiver</i> utama</p> <p>Perencanaan pulang (rumah, faskes di komunitas)</p> <p>Kebutuhan pulang (financial, psikososial, dll):</p> <p>Penkes yang diberikan</p> <p>Perencanaan pulang</p> <p>Pengetahuan kurang tentang</p>	<p>Keluarga</p> <p>Saat di rumah pasien tinggal bersama dengan keluarga</p> <p>Dari financial pasien menggunakan JKN</p> <p>Pasien diberikan penkes minum obat, keluarga juga untuk selalu mendampingi pasien dalam minum obat terutama ibunya. Selain itu untuk mengawasi perilaku dan mengatasi emosi rasa marah di sarankan untuk selalu menggunakan terapi yang sudah diajarkan</p> <p>a. Anjurkan keluarga memonitor perilaku pasien b. Anjurkan keluarga untuk memberikan pengawasan tentang obat pasien c. Anjurkan pasien melakukan aktivitas terjadwal d. Anjurkan keluarga untuk memberikan motivasi dan dukungan kepada pasien e. Monitor kepatuhan minum obat pasien f. Anjurkan pasien menerapkan cara-cara yang sudah diajarkan oleh perawat</p> <p>Pasien tidak mengetahui tentang obat-obatan dan kesehatan jiwa</p>	<p>Keluarga</p> <p>Saat di rumah pasien tinggal bersama dengan keluarga</p> <p>Dari financial pasien menggunakan JKN</p> <p>Pasien diberikan penkes minum obat, keluarga juga untuk selalu mendampingi pasien dalam minum obat terutama adiknya. Selain itu untuk mengawasi perilaku dan mengatasi emosi rasa marah di sarankan untuk selalu menggunakan terapi yang sudah diajarkan</p> <p>a. Anjurkan keluarga memonitor perilaku pasien b. Anjurkan keluarga untuk memberikan pengawasan tentang obat pasien c. Anjurkan pasien melakukan aktivitas terjadwal d. Monitor kepatuhan minum obat pasien e. Monitor kebersihan diri dan aktivitas sehari-hari pasien f. Anjurkan pasien menerapkan cara-cara yang sudah diajarkan oleh perawat g. Hadirkan realita pasien</p> <p>Pasien tidak mengetahui tentang obat-obatan dan kesehatan jiwa</p>

Sumber: (Data Rekam Medik Pasien Wisma Gatot Kaca RSJ Grhasia Yogyakarta, 2019)

4. Hasil Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil laboratorium

**Tabel 3.6**  
**Hasil Laboratorium Sampel Darah**

Jenis Tes	Kasus 1			Kasus 2		
	Nilai Normal	Hasil	Interpretasi	Nilai Normal	Hasil	Interpretasi
		27-01-2019			17-01-2019	
Hemoglobin	14-18 gr/dl	15 gr/dl	Normal	14-18 gr/dl	14,8 gr/dl	Normal
Leukosit	5-11 ribu/mm <sup>k</sup>	8,9 ribu/mm <sup>k</sup>	Normal	5-11 ribu/mm <sup>k</sup>	10 ribu/mm <sup>k</sup>	Normal
KED	0-15 mm/jam	13 mm/jam	Normal	0-15 mm/jam	12 mm/jam	Normal
Eosinofil	1-4 %	7 %	Tinggi	1-4 %	3 %	Normal
Basofil	0-1 %	0 %	Normal	0-1 %	0 %	Normal
Netrofil Batang	2-5 %	1 %	Normal	2-5 %	1 %	Normal
Netrofil Segmen	36-66 %	67 %	Tinggi	36-66 %	56 %	Normal
Limfosit	22-40 %	23 %	Normal	22-40 %	34 %	Normal
Monosit	4-8 %	2 %	Normal	4-8 %	3 %	Normal
Eritrosit	4,5-5,5 juta/mm <sup>k</sup>	4,72 juta/mm <sup>k</sup>	Normal	4,5-5,5 juta/mm <sup>k</sup>	4,99 juta/mm <sup>k</sup>	Normal
Hematokrit	40-50 %	43,1 %	Normal	40-50 %	37 %	Rendah
Trombosit	150-450 ribu/mm	328 ribu/mm	Normal	150-450 ribu/mm	346 ribu/mm	Normal
MCV	80-100 fL	91,3 fL	Normal	80-100 fL	78 fL	Rendah
MCH	26-34 pg	31,8 pg	Normal	26-34 pg	26,7 pg	Normal
MCHC	32-34 %	34,8 %	Normal	32-34 %	34 %	Normal
Screening Napza	Negatif	Negatif	Normal	Negatif	Negatif	Normal

Sumber: (Data Rekam Medik Pasien di Wisma Gatot Kaca RSJ Grhasia Yogyakarta, 2019)

## 5. Farmakoterapi

**Tabel 3.7**  
**Farmakoterapi**

Farmakoterapi	Fungsi/Kegunaan
Kasus 1	
Risperidone 2 mg 1-0-0	Antipsikotik yang digunakan untuk menangani gangguan mental dengan gejala psikosis seperti <i>skizofrenia</i> Efek samping: otot kaku, tremor, kejang, masalah menelan
Lodomer 2 mg 1/2-0-0	Mengatasi gejala psikosis pada gangguan mental, seperti <i>skizofrenia</i> . Efek samping: gemetar, tidak dapat istirahat, ansietas, hipertonia otot
Clozapine 1 mg 1/2-0-1	Antipsikotik yang digunakan untuk gejala psikosis yang ditandai dengan delusi dan halusinasi. Clozapine diberikan kepada penderita <i>skizofrenia</i> dan Parkinson yang bekerja dengan cara menyeimbangkan dan menekan efek dari reaksi kimia yang terjadi di dalam otak sehingga membantu mengurangi gejala psikosis. Efek samping: penglihatan kabur, mengantuk, pusing, sakit kepala
Kasus 2	
Haloperidol 3 mg 1-0-0	Antipsikotik yang digunakan untuk mengatasi gejala psikosis pada gangguan mental, seperti <i>skizofrenia</i> Efek samping: Keinginan untuk terus bergerak, otot kaku, sakit kepala, sulit tidur, lemas
Clozapine 1 mg 0-0-1	Antipsikotik yang digunakan untuk gejala psikosis yang ditandai dengan delusi dan halusinasi. Clozapine diberikan kepada penderita <i>skizofrenia</i> dan Parkinson yang bekerja dengan cara menyeimbangkan dan menekan efek dari reaksi kimia yang terjadi di dalam otak sehingga membantu mengurangi gejala psikosis.
Trihexyphenidyl 2 mg 1-0-1	Meminimalkan efek samping gangguan otot yang ditimbulkan dari obat-obatan anti psikotik. Efek samping: mulut kering, penglihatan kabur, cemas, konstipasi, retensi urin, takikardi, dilatasi pupil, sakit kepala

Sumber: (Data Rekam Medik Pasien di Wisma Gatot Kaca RSJ Grhasia Yogyakarta, 2019)

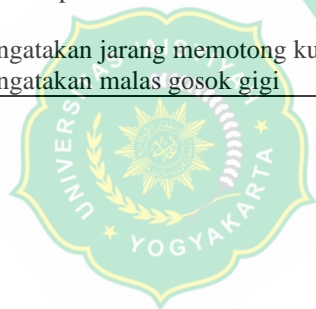


## 6. Analisa Data

**Tabel 3.8**  
**Analisa Data**

Analisa Data	Masalah
<p>KASUS 1</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terkadang berbicara keras dan ketus jika ditanya penyebab di rawat di RSJ sekarang</li> <li>- Pasien mondar mandir</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan di rumah marah-marah dan membawa senjata tajam</li> <li>- Pasien mengatakan memiliki riwayat KDRT dari orangtuanya</li> <li>- Pasien mengatakan pernah memiliki riwayat penyalahgunaan obat-obatan terlarang</li> </ul>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain</p>
<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak senang menyendiri</li> <li>- Pasien menangis ketika ditanya terkait harga dirinya</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak berdaya dengan kondisinya</li> <li>- Pasien mengatakan bingung dengan masa depannya</li> <li>- Pasien mengatakan merasa tidak berharga</li> <li>- Pasien mengatakan sedih dengan kondisinya</li> </ul>	<p>Harga Diri Rendah Kronik</p>

Analisa Data	Masalah
<p>KASUS 2</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memiliki riwayat pernah marah-marah dan merusak barang-barang dirumah</li> <li>- Pasien menjawab dengan ketus saat ditanya</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan marah ketika keinginan tidak dituruti</li> <li>- Pasien mengatakan di rumah membanting barang-barang</li> </ul>	<p>Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain</p>
<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terkadang berbicara sendiri</li> <li>- Pasien tampak gelisah dan mondar-mandir</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya ngobrol</li> <li>- Pasien mengatakan suara menyuruh untuk beleh kelet</li> <li>- Pasien mengatakan suara muncul ketika sendirian dan melamun</li> </ul>	<p>Konfusi Akut</p>
<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuku kotor dan panjang</li> <li>- Gigi kotor</li> <li>- Mulut bau</li> <li>- Rambut tidak rapi dan kotor</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jarang memotong kuku</li> <li>- Pasien mengatakan malas gosok gigi</li> </ul>	<p>Defisit Perawatan Diri : Mandi dan Berdandan</p>



## 7. Diagnosa Keperawatan Prioritas

**Tabel 3.9**

### **Diagnosa Keperawatan Prioritas**

<b>Kasus</b>	<b>Diagnosis Keperawatan</b>
Kasus 1	Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain
	Harga Diri Rendah Kronis
Kasus 2	Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain
	Konfusi Akut
	Defisit Perawatan Diri : Mandi dan Berdandan



unisa  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

## 8. Rencana Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.10**  
**Rencana Intervensi Keperawatan Kasus 1**

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Rasional
1.	Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan pasien dapat mengendalikan kemarahannya dengan kriteria hasil:</p> <p>Menahan Diri dari Kemarahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengidentifikasi kapan marah</li> <li>2) Mengidentifikasi tanda-tanda awal marah</li> <li>3) Mengidentifikasi situasi yang dapat memicu amarah</li> <li>4) Mengidentifikasi alasan perasaan marah</li> <li>5) Menggunakan aktivitas fisik untuk mengurangi rasa marah yang tertahan</li> <li>6) Membagi perasaan marah dengan orang lain</li> <li>7) Menggunakan strategi untuk mengendalikan amarah</li> </ol>	<p>Bantuan Kontrol Marah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bina hubungan saling percaya. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengucapkan salam terapeutik.</li> <li>b. Berjabat tangan.</li> <li>c. Menjelaskan tujuan interaksi.</li> <li>d. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.</li> </ol> </li> <li>2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu.</li> <li>3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.</li> <li>b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.</li> <li>c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.</li> <li>d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.</li> <li>e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.</li> </ol> </li> <li>4) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara: verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri, dan terhadap lingkungan.</li> <li>5) Diskusikan bersama pasien akibat dari perilakunya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sebagai dasar kelancaran interaksi selanjutnya.</li> <li>2) Mengerti penyebab perilaku kekerasan.</li> <li>3) Mengerti apa yang dirasakan pasien saat melakukan perilaku kekerasan, mengerti tanda dan gejala,</li> <li>4) Mengerti bentuk dari perilaku kekerasan.</li> <li>5) Mengerti akibat dari perilaku kekerasan.</li> <li>6) Mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan.</li> <li>7) Membiasakan untuk menggunakan cara yang benar untuk mengontrol perilaku kekerasan.</li> <li>8) Melakukan kegiatan terjadwal secara berkelompok.</li> <li>9) Meningkatkan rasa percaya diri pasien</li> </ol>

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Rasional
			6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara: a. SP1: Fisik, misalnya pukul kasur atau bantal, tarik nafas dalam b. SP2: Sosial/verbal, misalnya meminta dan menolak dengan baik c. SP3: Spiritual, misalnya sholat, wudhu, istighfar atau berdoa sesuai keyakinan pasien d. SP4: Patuh minum obat 7) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik yaitu latihan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul kasur/bantal, secara sosial/verbal, secara spiritual, dan patuh minum obat. Kemudian memasukan dalam jadwal kegiatan harian. 8) Ikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi sensori mengontrol perilaku kekerasan Memberikan <i>reinforcement</i> positif	
2.	Harga Diri Rendah Kronis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan pasien dapat teratasi masalah harga dirinya dengan kriteria hasil: 1) Ungkapan penerimaan diri 2) Komunikasi terbuka 3) Tingkat percaya diri	1) Dukung pasien untuk mengidentifikasi kekuatan diri 2) Kuatkan kekuatan diri yang ditemukan oleh pasien dalam dirinya 3) Dampingi pasien untuk mengidentifikasi respon positif dari orang lain 4) Buat pernyataan positif tentang pasien 5) Cegah pasien untuk berpikir negatif 6) Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang dapat meningkatkan harga diri	1) Mengetahui kekuatan diri pasien 2) Meningkatkan kepercayaan diri pasien 3) Mengetahui respon dan penghargaan dari orang lain 4) Agar pasien termotivasi untuk meningkatkan kepercayaan diri 5) Agar pasien selalu berpikir tentang kekuatan diri 6) Agar tercipta peningkatan harga diri pasien

Sumber: Nursing Outcome Classification (NOC) & Nursing Intervention Classification (NIC) Tahun 2013-2015

**Tabel 3.11**

**Rencana Intervensi Keperawatan Kasus 2**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x pertemuan pasien dapat mengendalikan kemarahannya dengan kriteria hasil:</p> <p>Menahan Diri dari Kemarahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengidentifikasi kapan marah</li> <li>2) Mengidentifikasi tanda-tanda awal marah</li> <li>3) Mengidentifikasi situasi yang dapat memicu amarah</li> <li>4) Mengidentifikasi alasan perasaan marah</li> <li>5) Menggunakan aktivitas fisik untuk mengurangi rasa marah yang tertahan</li> <li>6) Membagi perasaan marah dengan orang lain</li> <li>7) Menggunakan strategi untuk mengendalikan amarah</li> </ol>	<p>Bantuan Kontrol Marah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bina hubungan saling percaya. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengucapkan salam terapeutik.</li> <li>b. Berjabat tangan.</li> <li>c. Menjelaskan tujuan interaksi.</li> <li>d. Membuat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien.</li> </ol> </li> <li>2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu.</li> <li>3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.</li> <li>b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.</li> <li>c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.</li> <li>d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.</li> <li>e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.</li> </ol> </li> <li>4) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara: verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri, dan terhadap lingkungan.</li> <li>5) Diskusikan bersama pasien akibat dari perilakunya</li> <li>6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sebagai dasar kelancaran interaksi selanjutnya.</li> <li>2) Mengerti penyebab perilaku kekerasan.</li> <li>3) Mengerti apa yang dirasakan pasien saat melakukan perilaku kekerasan, mengerti tanda dan gejala,</li> <li>4) Mengerti bentuk dari perilaku kekerasan.</li> <li>5) Mengerti akibat dari perilaku kekerasan.</li> <li>6) Mengerti cara mengontrol perilaku kekerasan.</li> <li>7) Membiasakan untuk menggunakan cara yang benar untuk mengontrol perilaku kekerasan.</li> <li>8) Melakukan kegiatan terjadwal secara berkelompok.</li> <li>9) Meningkatkan rasa percaya diri pasien</li> </ol>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			a. SP1: Fisik, misalnya pukul kasur atau bantal, tarik nafas dalam b. SP2: Sosial/verbal, misalnya meminta dan menolak dengan baik c. SP3: Spiritual, misalnya sholat, wudhu, istighfar atau berdoa sesuai keyakinan pasien d. SP4: Patuh minum obat 7) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik yaitu latihan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul kasur/bantal, secara sosial/verbal, secara spiritual, dan patuh minum obat. Kemudian memasukan dalam jadwal kegiatan harian. 8) Ikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi sensori mengontrol perilaku kekerasan Memberikan <i>reinforcement positif</i>	
2.	Konfusi Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan pasien dapat mengendalikan halusinasinya dengan kriteria hasil: 1) Klien mampu mengenal halusinasi. 2) Klien mampu mengontrol halusinasi dengan cara: menghardik diri, bercakap-cakap dengan orang lain, mendahulukan aktivitas terjadwal, dan patuh minum obat.	Manajemen Halusinasi 1) Bina hubungan saling percaya. 2) Lakukan kontrak pertemuan tentang topik, tujuan, waktu, dan tempat dengan Pasien. 3) Kaji jenis, isi, waktu, frekuensi, respon, cara menangani, dan keberhasilan pasien terhadap halusinasi. 4) Ajarkan SP1: menghardik. 5) Ajarkan SP2: bercakap-cakap dengan orang lain. 6) Ajarkan SP3: melakukan aktivitas terjadwal. 7) Ajarkan SP4: patuh minum obat. 8) Anjurkan memasukkan kedalam JKH. 9) Berikan <i>reinforcement positif</i> .	1) Sebagai dasar kelancaran interaksi selanjutnya. 2) Menentukan kesepakatan bersama. 3) Mengidentifikasi halusinasi dan menentukan rencana asuhan. 4) Klien mengusir dengan kekuatannya sendiri suara-suara yang datang mengganggu. 5) Mengalihkan kesempatan klien untuk sendirian. 6) Mengisi waktu luang klien dengan kegiatan positif. 7) Klien memahami pentingnya minum obat secara berkesinambungan. 8) Seluruh aktifitas terjadwal dan terpantau. 9) Meningkatkan harga diri klien.

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Rasional
3.	Defisit Perawatan Diri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan pasien dapat mengatasi masalah kebersihan diri dengan kriteria hasil:</p> <p>Perawatan Diri: Aktivitas Sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien terbebas dari bau mulut</li> <li>2) Dapat melakukan aktivitas dengan bantuan</li> <li>3) Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan aktivitas</li> </ol>	<p>Bantuan Perawatan Diri: Aktivitas Sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan perawatan diri</li> <li>2) Dorong pasien untuk melakukan secara mandiri tetapi beri bantuan ketika klien tidak mampu untuk melakukannya</li> <li>3) Monitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri</li> <li>4) Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu kebersihan diri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Membantu penyelesaian masalah pasien</li> <li>2) Agar pasien termotivasi melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri</li> <li>3) Mengetahui kemampuan pasien dan menentukan apa yang harus diberikan bantuan</li> <li>4) Mengetahui kebutuhan pasien untuk kebersihan diri</li> </ol>

*Sumber: Nursing Outcome Classification (NOC) & Nursing Intervention Classification (NIC) Tahun 2013-2015*



## 7. Implementasi

**Tabel 3.12**  
**Implementasi Kasus 1**

Diagnosa keperawatan	Implementasi					
	Selasa, 29 Februari 2019		Rabu, 30 Februari 2019		Kamis, 31 Februari 2019	
Kasus 1 Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain	Pukul 10.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji perilaku kekerasan saat ini dan dimasa lalu</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan yang sudah dimiliki pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, misalnya pukul kasur atau bantal, tarik nafas dalam</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>	Pukul 16.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal, misalnya meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual misalnya sholat, wudhu, istighfar atau berdoa sesuai keyakinan pasien</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>	Pukul 10.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Mengevaluasi cara meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> </ul>
Harga diri rendah kronik	Pukul 11.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi aspek positif</li> <li>- Membuat daftar kegiatan dengan pasien</li> <li>- Menentukan kegiatan prioritas</li> <li>- Melatih kegiatan yang dipilih</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>	Pukul 16.15 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih kegiatan yang dipilih kedua yaitu menyanyi</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>	Pukul 09.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melatih kegiatan yang dipilih selanjutnya yaitu bermain pingpong</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>




**Tabel 3.13**  
**Implementasi**  
**Kasus2**

Diagnosa keperawatan	Implementasi					
	Selasa, 29 Februari 2019		Rabu, 30 Februari 2019		Kamis, 31 Februari 2019	
Kasus 2 Risiko Perilaku Kekerasan: terhadap Orang Lain	Pukul 10.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji perilaku kekerasan saat ini dan dimasa lalu</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan yang sudah dimiliki pasien untuk mengontrol perilaku kekerasan</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, misalnya pukul kasur atau bantal, tarik nafas dalam</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>	Pukul 16.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal, misalnya meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual misalnya sholat, wudhu, istighfar atau berdoa sesuai keyakinan pasien</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>	Pukul 10.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Mengevaluasi cara meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> </ul>
Konfusi Akut	Pukul 10.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji halusinasi: jenis, isi, waktu, frekuensi, respon dan cara mengontrol serta keberhasilannya.</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol halusinasi: menghardik halusinasi dan bercakap-cakap dengan orang lain</li> <li>- Menganjurkan memasukkan ke dalam JKH</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> </ul>	Pukul 16.20 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan cara mengontrol halusinasi SP 3: membuat jadwal kegiatan harian</li> <li>- Mengajarkan cara mengontrol halusinasi SP 4 : patuh minum obat.</li> <li>- Menganjurkan memasukkan ke dalam JKH</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif</li> </ul>	Pukul 08.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi cara mengontrol halusinasi SP 1-4 (menghardik, bercakap-cakap, aktivitas terjadwal dan patuh minum obat).</li> <li>- Menganjurkan Pasien untuk selalu menggunakan cara-cara yang sudah diajarkan.</li> <li>- Manganjurkan memasukkan ke dalam JKH.</li> <li>- Memberikan <i>reinforcement</i> positif.</li> </ul>

## 8. Evaluasi

**Tabel 3.14**  
**Evaluasi Kasus 1**




Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
<p>Kasus 1</p> <p>Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi</p>	<p>Selasa</p> <p>Tgl : 25 Februari 2019</p> <p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ketika ada tekanan dia marah</li> <li>- Pasien mengatakan yang dapat mengendalikan marah dari pikirannya sendiri</li> <li>- Pasien mengatakan rasanya lebih tenang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi dan pukul bantal ketika emosinya naik.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal setelah diajarkan</li> </ul> <p>A:</p> <p>Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain belum teratasi dengan indikator pasien baru dapat melakukan sp 1 yaitu teknik relaksasi</p>	<p>Rabu</p> <p>Tgl : 26 Februari 2019</p> <p>Pukul: 20.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang sudah diajarkan dan masih ingat</li> <li>- Pasien mencontohkan dengan mengatakan “tolong ambilkan sarung bantal di lemari” dan menolak dengan “maaf saya sedang mengantuk, nanti ya mengobrolnya”</li> <li>- Pasien mengatakan ingin melakukan wudhu dan sholat jika emosinya naik</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien tampak kontak mata mudah beralih</li> <li>- Pasien dapat mengulangi mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Pasien dapat mencontohkan meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Pasien dapat melakukan wudhu dan sholat dengan baik</li> </ul> <p>A:</p> <p>Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain teratasi sebagian dengan indikator pasien dapat melakukan sp 1 teknik relaksasi, sp 2 secara social/verbal dan sp 3 spiritual</p>	<p>Kamis</p> <p>Tgl : 27 Februari 2019</p> <p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mencegah perilaku kekerasan bisa dengan teknik relaksasi nafas dalam, pukul bantal dan meminta serta menolak dengan baik</li> <li>- Pasien mengatakan sholat tidak pernah bolong dan dilanjut istighfar setelah sholat</li> <li>- Pasien mengatakan obat tidak dapat berpengaruh pada kesembuhannya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien dapat mencontohkan meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Pasien dapat mencontohkan gerakan wudhu</li> <li>- Pasien minum obat sesuai jadwal</li> </ul> <p>A:</p> <p>Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain teratasi sebagian dengan indikator pada Sp 4 pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan belum dapat menyebutkan 4 benar obat</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perawat</li> <li>- Evaluasi perilaku kekerasan pasien</li> <li>- Mempertahankan dan mempraktekkan cara mencegah perilaku kekerasan yang sudah</li> </ul>



Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
	<p>P:</p> <p>a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>- Evaluasi teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Ajarkan Sp 2 yaitu mengontrol dengan social/verbal dan Sp 3 dengan cara spiritual</li> </ul> <p>b. Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal secara mandiri</li> </ul>  <p>Muhammad Fachrul Azmi</p>	<p>P:</p> <p>a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>- Mengevaluasi teknik nafas dalam, pukul bantal</li> <li>- Mengevaluasi cara meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Ajarkan Sp 4 yaitu patuh minum obat</li> </ul> <p>b. Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan melakukan relaksasi nafas dalam dan pukul bantal secara mandiri</li> <li>- Latihan melakukan meminta dan menolak dengan baik secara mandiri</li> <li>- Latihan melakukan sholat dan wudhu jika emosinya naik secara mandiri</li> </ul>  <p>Muhammad Fachrul Azmi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diajarkan</li> <li>b. Pasien</li> <li>- Latihan melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu Tarik nafas dalam dan pukul bantal, menolak dan meminta dengan baik, melakukan sholat dan wudhu secara mandiri</li> </ul>  <p>Muhammad Fachrul Azmi</p>
Harga diri rendah kronik	<p>Selasa</p> <p>Tgl : 25 Februari 2019</p> <p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan senang melakukan senam pagi, menyanyi, dan bermain ping pong</li> <li>- Pasien mengatakan kegiatan yang pertama adalah senam, menyanyi dan bermain ping pong</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien tampak senang dan aktif berdiskusi</li> <li>- Pasien melakukan senam tadi pagi dengan baik</li> </ul>	<p>Rabu</p> <p>Tgl : 26 Februari 2019</p> <p>Pukul: 20.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan senang menyanyi lagu dangdut dan pop</li> <li>- Pasien mengatakan senang setelah menyanyi bersama</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien tampak senang</li> <li>- Pasien menyanyi dengan baik</li> </ul>	<p>Kamis</p> <p>Tgl : 27 Februari 2019</p> <p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan senang direhabilitasi dapat bermain ping pong dengan teman-teman</li> <li>- Pasien mengatakan sangat senang dan kembali bersemangat</li> <li>- Pasien mengatakan jika sudah sembuh akan berlatih ping pong didesanya</li> </ul>

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
	<p>A: Harga diri rendah Kronik belum teratasi dengan indikator pasien baru dapat melakukan membuat daftar kegiatan</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perawat <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>Evaluasi kegiatan yang telah dibuat</li> </ul> </li> <li>Pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengingat kegiatan yang telah dibuat</li> <li>Memilih kegiatan yang akan dilakukan secara mandiri</li> </ul> </li> </ol> <p> Muhammad Fachrul Azmi</p>	<p>A: Harga diri rendah Kronik teratasi sebagian dengan indikator pasien dapat melakukan membuat daftar kegiatan, melakukan kegiatan kedua yaitu menyanyi</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perawat <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>Evaluasi kegiatan yang telah dibuat</li> </ul> </li> <li>Pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengingat kegiatan yang telah diajarkan</li> <li>Berlatih menyanyi secara mandiri</li> </ul> </li> </ol> <p> Muhammad Fachrul Azmi</p>	<p>O:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak kooperatif</li> <li>Pasien tampak senang</li> <li>Pasien tampak bersemangat</li> </ul> </p> <p>A: Harga diri rendah Kronik teratasi dengan indikator pasien dapat melakukan semua kegiatan sesuai rencana</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perawat <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>Evaluasi kegiatan yang telah dibuat</li> </ul> </li> <li>Pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengingat kegiatan yang telah dibuat</li> <li>Memilih kegiatan yang telah dilakukan secara mandiri</li> </ul> </li> </ol> <p> Muhammad Fachrul Azmi</p>

**Tabel 3.15**  
**Evaluasi Kasus 2**

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
<p>Kasus 2</p> <p>Risiko perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi</p>	<p>Selasa</p> <p>Tgl : 29 Februari 2019</p> <p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jika keinginan tidak dituruti dia marah</li> <li>- Pasien mengatakan ingin mengontrol marahnya</li> <li>- Pasien mengatakan rasanya lebih tenang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> <li>- Pasien mengatakan akan melakukan teknik relaksasi dan pukul bantal ketika ingin marah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal setelah diajarkan</li> </ul> <p>A:</p> <p>Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain belum teratasi dengan indikator pasien baru dapat melakukan sp 1 yaitu teknik relaksasi</p> <p>P:</p> <p>a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> <li>- Evaluasi teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal</li> </ul>	<p>Rabu</p> <p>Tgl : 30 Februari 2019</p> <p>Pukul: 20.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang sudah diajarkan dan masih ingat</li> <li>- Pasien mencontohkan dengan mengatakan “tolong bantu saya merapikan meja makan” dan menolak dengan “maaf saya tidak dapat membantumu menggambar dan melukis”</li> <li>- Pasien mengatakan ingin melakukan wudhu dan istighfar ketika ingin marah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien tampak senang</li> <li>- Pasien dapat mengulangi mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>- Pasien dapat mencontohkan meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Pasien dapat wudhu dan istighfar dengan benar</li> </ul> <p>A:</p> <p>Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain teratasi sebagian dengan indikator pasien dapat melakukan sp 1 teknik relaksasi, sp 2 secara social/verbal dan sp 3 spiritual</p> <p>P:</p> <p>a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya</li> </ul>	<p>Kamis</p> <p>Tgl : 31 Februari 2019</p> <p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mencegah perilaku kekerasan bisa dengan teknik relaksasi nafas dalam, pukul bantal dan meminta serta menolak dengan baik</li> <li>- Pasien mengatakan sering istighfar jika ingin marah</li> <li>- Pasien mengatakan rutin minum obat dan tidak menolak untuk minum obat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien dapat mencontohkan meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Pasien dapat mencontohkan gerakan wudhu</li> <li>- Pasien minum obat sesuai jadwal</li> </ul> <p>A:</p> <p>Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain teratasi dengan semua indikator hasil sudah tercapai dari Sp1 hingga Sp 4</p> <p>P:</p> <p>a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi perilaku kekerasan pasien</li> <li>- Mempertahankan dan mempraktekkan cara mencegah perilaku kekerasan yang sudah diajarkan</li> </ul>

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan Sp 2 yaitu mengontrol secara social/verbal dan Sp 3 secara spiritual</li> <li>b. Pasien</li> <li>- Latihan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal secara mandiri</li> </ul>  <p>Muhammad Fachrul Azmi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengevaluasi teknik nafas dalam, pukul bantal</li> <li>- Mengevaluasi cara meminta dan menolak dengan baik</li> <li>- Ajarkan Sp 4 yaitu patuh minum obat</li> <li>b. Pasien</li> <li>- Latihan melakukan relaksasi nafas dalam dan pukul bantal secara mandiri</li> <li>- Latihan melakukan meminta dan menolak dengan baik secara mandiri</li> <li>- Latihan melakukan sholat dan wudhu jika emosinya naik secara mandiri</li> </ul>  <p>Muhammad Fachrul Azmi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Pasien</li> <li>- Latihan melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu Tarik nafas dalam dan pukul bantal, menolak dan meminta dengan baik, melakukan sholat dan wudhu, serta patuh minum obat secara mandiri</li> </ul>  <p>Muhammad Fachrul Azmi</p>
Konfusi Akut	<p>Selasa Tgl : 25 Februari 2019 Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering mendengar bisikan yaitu beleh dan kelet</li> <li>- Pasien mengatakan suara muncul ketika sendiri dan hanya didiamkan saja</li> <li>- Pasien mengatakan putus minum obat</li> <li>- Pasien mengatakan ingin menghilangkan suara-suara tersebut karena sangat mengganggu</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien dapat melakukan cara menghardik</li> </ul>	<p>Rabu Tgl : 26 Februari 2019 Pukul: 20.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah lebih tenang karena ketika suara muncul pasien sudah menghardik dan bercakap-cakap</li> <li>- Pasien mengatakan ingin melakukan aktivitas merapikan tempat tidur dan merapikan meja makan</li> <li>- Pasien mengatakan memahami tentang pentingnya patuh minum obat.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang dan kooperatif.</li> <li>- Pasien mampu mengontrol halusinasi dengan SP 1 dan 2 : menghardik, bercakap-cakap</li> </ul>	<p>Kamis Tgl : 27 Februari 2019 Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah mempraktikkan SP 1-4</li> <li>- Pasien merasa lebih tenang dan senang setelah mendapatkan pengetahuan tentang cara mengontrol halusinasi</li> <li>- Pasien mengatakan suara sudah jarang muncul</li> <li>- Pasien mengatakan ingin cepat pulang dan keluar dari RSJ Ghrasia.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif</li> <li>- Pasien mampu mengulangi penjelasan</li> </ul>

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
	<p>- dan bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>A : Konfusi Akut teratasi sebagian dengan indikator pasien dapat melakukan sp 1 yaitu mengontrol halusinasi dengan menghardik dan sp 2 yaitu bercakap-cakap dengan orang lain</p> <p>P : a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi cara mengontrol halusinasi SP 1 dan 2 (menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain)</li> <li>- Kontrak waktu pertemuan ke 2</li> <li>- Ajarkan cara mengontrol halusinasi SP 3 : melakukan kegiatan terjadwal</li> <li>- Ajarkan cara mengontrol halusinasi SP 4 : patuh minum obat.</li> <li>- Lanjutkan obat yang sudah terprogram.</li> </ul> <p>b. Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengingat cara mengontrol yang telah diajarkan</li> <li>- Latihan mengontrol halusinasi dengan menghardik dan bercakap-cakap secara mandiri</li> <li>- Memasukkan kedalam JKH</li> </ul> <p> Muhammad Fachrul Azmi</p>	<p>dengan orang lain</p> <p>Pasien dapat merapikan tempat tidur dan merapikan meja makan</p> <p>Pasien mampu mengulang SP 4: patuh minum obat namun sebagian masih dibantu oleh perawat.</p> <p>A : Konfusi Akut teratasi sebagian dengan indikator pasien dapat melakukan sp 3 yaitu mengontrol halusinasi dengan melakukan aktivitas terjadwal dan sp 4 yaitu patuh minum obat</p> <p>P : a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrak waktu pertemuan ke 3</li> <li>- Evaluasi cara mengontrol halusinasi SP 1-4 (menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas terjadwal dan patuh minum obat).</li> <li>- Lanjutkan obat yang sudah terprogram.</li> </ul> <p>b. Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengingat cara mengontrol yang telah diajarkan</li> <li>- Latihan mengontrol halusinasi dengan menghardik dan bercakap-cakap, secara mandiri</li> <li>- Membuat jadwal kegiatan harian secara mandiri</li> <li>- Memasukkan kedalam JKH</li> <li>-</li> </ul> <p> Muhammad Fachrul Azmi</p>	<p>SP 1-4 dengan baik.</p> <p>A : Konfusi Akut telah teratasi dengan indikator pasien dapat melakukan semua cara mengontrol dengan Sp1 hingga Sp 4</p> <p>P : a. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi keberhasilan SP 1-4</li> <li>- Anjurkan pasien menerapkan apa yang sudah diajarkan jika penyakit kambuh.</li> <li>- Lanjutkan obat yang sudah di program.</li> </ul> <p>b. Pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengingat cara mengontrol yang telah diajarkan</li> <li>- Latihan mengontrol halusinasi dengan menghardik dan bercakap-cakap secara mandiri</li> <li>- Membuat jadwal kegiatan harian secara mandiri</li> <li>- Patuh dalam minum obat secara mandiri</li> <li>- Memasukkan kedalam JKH</li> </ul> <p> Muhammad Fachrul Azmi</p>

**TABEL 3.16**  
**DATA SENJANG PADA KASUS**

NO	TINDAKAN	TN.A	TN.R	HASIL	
1	PENGKAJIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien baru pertama kali dirawat diRSJ Grhasia</li> <li>- Pasien memiliki kepribadian tertutup</li> <li>- Factor presipitasi perasaan tertekan oleh keluarga dan masyarakat</li> <li>- Pasien memiliki riwayat mengamuk dan marah-marrah</li> <li>- Pasien tampak tegang</li> <li>- Intonasi bicara keras</li> <li>- Pasien gelisah dan mondar-mandir</li> <li>- Senang menyendiri</li> <li>- Sering mengantuk dan lemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien baru pertama kali dirawat diRSJ Grhasia</li> <li>- Pasien memiliki kepribadian tertutup</li> <li>- Pasien memiliki riwayat gangguan jiwa 4 tahun yang lalu dan hanya rawat jalan</li> <li>- Factor presipitasi putus minum obat</li> <li>- Pasien memiliki riwayat mengamuk dan marah-marrah</li> <li>- Pasien gelisah dan mondar-mandir</li> <li>- Bicara sendiri</li> <li>- Mendengar suara menyuruh beleh dan kelet</li> <li>- Penampilan kotor</li> </ul>	<b>PERSAMAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien memiliki kepribadian tertutup</li> <li>- Pasien memiliki riwayat mengamuk dan marah-marrah</li> <li>- Pasien gelisah dan mondar-mandir</li> <li>- Pasien baru pertama kali dirawat diRSJ Grhasia</li> </ul>	
				<b>PERBEDAAN :</b>	
				<b>TN.A</b>	<b>TN.R</b>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factor presipitasi perasaan tertekan oleh keluarga dan masyarakat</li> <li>- Pasien tampak tegang</li> <li>- Intonasi bicara keras</li> <li>- Senang menyendiri</li> <li>- Sering mengantuk dan lemas</li> <li>- Penampilan bersih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien memiliki riwayat gangguan jiwa 4 tahun yang lalu dan hanya rawat jalan</li> <li>- Factor presipitasi putus minum obat</li> <li>- Bicara sendiri</li> <li>- Mendengar suara menyuruh beleh dan kelet</li> <li>- Penampilan kotor</li> </ul>
2	DIAGNOSA KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resiko perilaku kekerasan</li> <li>- Harga diri rendah situasional</li> <li>- Ansietas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resiko perilaku kekerasan</li> <li>- Konfusi akut</li> <li>- Defisit Perawatan Diri</li> </ul>	<b>PERSAMAAN :</b> Resiko perilaku kekerasan	
				<b>PERBEDAAN</b>	
				<b>TN.A</b>	<b>TN.M</b>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harga diri rendah situasional</li> <li>- Ansietas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konfusi akut</li> <li>- Defisit Perawatan Diri</li> </ul>

3	INTERVENSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bina hubungan saling percaya</li> <li>- Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu.</li> <li>- Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.</li> <li>- Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara: fisik, psikologis, sosial, spiritual dan intelektual.</li> <li>- Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.</li> <li>- Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.</li> <li>- Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara: SP1 : Fisik, misalnya yaitu pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam; SP2 : sosial/verbal, misalnya menyatakan rasa marah secara asertif; SP3 :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bina hubungan saling percaya</li> <li>- Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu.</li> <li>- Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.</li> <li>- Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara: fisik, psikologis, sosial, spiritual dan intelektual.</li> <li>- Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri dan terhadap lingkungan.</li> <li>- Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.</li> <li>- Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara: SP1 : Fisik, misalnya yaitu pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam; SP2 : sosial/verbal, misalnya menyatakan rasa marah secara asertif; SP3 : spiritual, misalnya sholat atau berdoa sesuai keyakinan pasien; SP 4 : Patuh Minum Obat.</li> <li>- Ikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi mengontrol perilaku kekerasan.</li> <li>- Memberikan Reinforcement positif</li> </ul>	<p><b>PERSAMAAN :</b> Intervensi atau rencana tindakan yang akan dilakukan pada kedua kasus tersebut sama</p> <p><b>PERBEDAAN :</b> Tidak terdapat perbedaan dalam pembuatan rencana terhadap kedua kasus tersebut</p>
---	------------	---	--	--



5	EVALUASI	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala marah</li><li>- Pasien dapat menyebutkan akibat jika tidak mengontrol marah</li><li>- Pasien dapat mengontrol marah dengan : SP1 : Fisik, misalnya yaitu pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam dapat diingat dan diperagakan dengan baik SP2 : sosial/verbal, misalnya meminta dan menolak dengan baik dapat diingat dan dipraktekan setiap hari dengan baik SP3 : spiritual, misalnya sholat atau wudhu, pasien dapat melakukan setiap hari dengan baik SP 4 : Patuh Minum Obat Pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan belum dapat menyebutkan 4 benar obat</li><li>- Tanda dan gejala marah sudah berkurang</li><li>- Kemampuan mengendalikan marah meningkat</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala marah</li><li>- Pasien dapat menyebutkan akibat jika tidak mengontrol marah</li><li>- Pasien dapat mengontrol marah dengan : SP1 : Fisik, misalnya yaitu pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam dapat diingat dan diperagakan dengan baik SP2 : sosial/verbal, misalnya meminta dan menolak dengan baik dapat diingat dan dipraktekan setiap hari dengan baik SP3 : spiritual, misalnya sholat atau wudhu, pasien dapat melakukan setiap hari dengan baik</li><li>- Kemampuan mengendalikan marah meningkat</li></ul>	<p>PERSAMAAN :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala marah</li><li>- Pasien dapat menyebutkan akibat jika tidak mengontrol marah Pasien dapat mengontrol marah dengan : SP1 : Fisik, misalnya yaitu pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam dapat diingat dan diperagakan dengan baik SP2 : sosial/verbal, misalnya meminta dan menolak dengan baik dapat diingat dan dipraktekan setiap hari dengan baik SP3 : spiritual, misalnya sholat atau wudhu, pasien dapat melakukan setiap hari dengan baik</li><li>- Kemampuan mengendalikan marah meningkat</li></ul>				
				<p>PERBEDAAN</p> <table><tr><th>TN.A</th><th>TN.R</th></tr><tr><td>Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian dengan indikator pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan belum dapat menyebutkan 4 benar obat</td><td>Masalah resiko perilaku kekerasan telah teratasi dengan indikator pasien sudah mampu mengingat dan mempraktekan semua Sp 1 sampai Sp 4 ( relaksasi nafas dalam)</td></tr></table>	TN.A	TN.R	Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian dengan indikator pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan belum dapat menyebutkan 4 benar obat	Masalah resiko perilaku kekerasan telah teratasi dengan indikator pasien sudah mampu mengingat dan mempraktekan semua Sp 1 sampai Sp 4 ( relaksasi nafas dalam)
TN.A	TN.R							
Masalah resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian dengan indikator pasien belum mampu minum obat secara mandiri dan belum dapat menyebutkan 4 benar obat	Masalah resiko perilaku kekerasan telah teratasi dengan indikator pasien sudah mampu mengingat dan mempraktekan semua Sp 1 sampai Sp 4 ( relaksasi nafas dalam)							

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab IV akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kondisi kasus nyata proses keperawatan pada asuhan keperawatan pada Tn.A dan Tn.R dengan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain di Wisma Arjuna Rumah Sakit Jiwa Grhasia dari tanggal 18-25 Februari 2019, dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Gambaran Lokasi Penelitian**

Visi strategis Rumah Sakit Jiwa Grhasia yaitu menjadi pusat pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA paripurna yang berkualitas dan beretika. Misi Rumah Sakit Jiwa Grhasia yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA paripurna, mewujudkan rumah sakit sebagai pusat pembelajaran, penelitian dan pengembangan kesehatan jiwa dan NAPZA, mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan menjamin keselamatan pasien, mewujudkan pelayanan yang beretika dan mencerminkan budaya masyarakat DIY.

Pada tahun 2003, RSJ Grhasia mengganti nama dan logo yang baru, yakni menjadi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Gubernur DIY Sri Sultan Hamengkubuwono X No 142 tahun 2003. Rumah sakit Grhasia ini memiliki berbagai pelayanan kesehatan, mulai dari rawat jalan maupun rawat inap serta layanan rehabilitasi NAPZA. Jenis layanan yang diberikan seperti klinik jiwa, klinik saraf, klinik psikologi, klinik anak, rehabilitasi napza dan lain sebagainya. Rumah sakit Grhasia ini juga memiliki pelayanan rawat inap untuk orang dengan gangguan jiwa yang terdiri dari 10 bangsal yaitu Arjuna, Nakula, Sadewa, Yudisthira, Gatot Kaca, Sembodro, Srikandi dan Drupadi untuk bangsal maintenance sedangkan untuk bangsal akut yaitu Bima dan Arimbi.

Wisma Arjuna merupakan salah satu ruang rawat inap untuk pasien jiwa maintenance khusus putra. Wisma Arjuna memiliki 14 tempat tidur kelas 2, 6 tempat tidur kelas 1, 2 tempat tidur kelas VIP, ruang makan dan ruang santai untuk menonton TV atau melakukan kegiatan. Jumlah perawat di Wisma Arjuna yaitu 11 perawat. Tingkat pendidikan perawat Wisma Arjuna yaitu sebanyak 10 perawat lulusan D3 Keperawatan dan 1 perawat lulusan S1 Ners.

## B. Asuhan Keperawatan Jiwa

### 1. Analisis Pengkajian

Pada kasus Tn.A faktor predisposisi yang ditemukan yaitu klien mengalami gangguan jiwa pertama tahun 2016 dan dirawat pertama kali di RSJ tahun 2016. Secara psikologi pasien memiliki kepribadian tertutup dan pendiam serta tahun 2016 pasien tahu bahwa dirinya hanya anak tiri, dan juga pernah gagal kuliah di UGM. Sedangkan pada kasus Tn.R mengalami gangguan jiwa pada tahun 2004 dan pernah dirawat di RSJ semarang pada tahun 2004.

Hasil pengkajian pada Tn.A didapatkan stressornya yaitu putus minum obat dan masalah keluarga. Kedua stressor tersebut berasal dari internal dan eksternal. Selama wawancara klien terkadang menjawab dengan keras dan ketus. Data hasil pengkajian status mental yaitu didapatkan pasien mondar mandir, afek pasien sesuai.

Penilaian terhadap stressor didapatkan bahwa secara kognitif pasien mengatakan putus obat karena lupa minum, pasien berpikir bahwa dirinya kurang beruntung dalam urusan keluarga, dan pasien mengatakan rajin mandi dan melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri agar tidak bergantung dengan orang lain. Secara afektif pasien sedih saat membicarakan tentang keadaanya. Secara fisiologis wajah tampak lesu saat wawancara. Perilaku pasien yaitu mondar mandir, memukul orang, tidak mau minum obat, lebih banyak diam dan suka keluyuran, pasien menundukkan kepala saat ditanya tentang keluarganya, dan mampu mandi mandiri. Secara sosial pasien jarang bersosialisasi dengan pasien lainnya.

Hasil pengkajian pada Tn.R didapatkan stressornya yaitu masalah dengan keluarga. Stressor tersebut berasal dari eksternal. Selama wawancara klien lebih banyak diam dan masih menunjukkan sikap bermusuhan. Data hasil pengkajian status mental didapatkan kuku pasien kotor dan panjang, gigi kotor dan mulut bau. Pasien mengalami halusinasi pendengaran yang isinya mengajaknya berbicara atau mengobrol ketika pasien sendirian.

Penilaian terhadap stressor didapatkan bahwa secara kognitif pasien tidak suka terhadap orang asing dan tidak memiliki pekerjaan, pasien mudah emosi dengan ayahnya. Secara afektif pasien marah saat ditanya tentang ayahnya. Secara fisiologis kuku pasien panjang dan kotor, gigi kotor dan

mulut bau. Perilaku pasien yaitu merusak barang-barang, malas menggosok gigi dan potong kuku, berbicara dan senyum-senyum sendiri, dan menundukkan kepala saat ditanya tentang orang tuanya. Secara sosial pasien kadang-kadang mengobrol dengan pasien lainnya.

Hasil laboratorium Tn.A pada tanggal 25 Februari 2019 didapatkan normal dan, Hasil laboratorium Tn.R pada tanggal 25 Februari 2019 didapatkan hasil semua pemeriksaan normal. Kedua kasus tersebut tidak mengalami masalah kesehatan secara fisik pada saat pengkajian.

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang Pasien, agar dapat mengidentifikasi, atau mengenali masalah-masalah yang dialami pasien, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Hutahaean, 2010). Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah pasien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

Data pengkajian kesehatan jiwa dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor prespitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki pasien. Adapun pengkajian ini, dalam pengumpulan data penulis menggunakan metode wawancara dengan pasien, observasi secara langsung terhadap kemampuan dan perilaku pasien dan juga dari rekam medis. Selain itu keluarga juga berperan sebagai sumber data yang mendukung dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.A dan Tn.R.

Kedua kasus tersebut memiliki perbedaan dalam faktor predisposisi dan stressornya. Hal ini dikarenakan banyak hal yang dapat menjadi stressor gangguan jiwa. Menurut Direja (2011) secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan yaitu pasien mengalami kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif, dan masa lalu yang tidak menyenangkan, pasien mengalami penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal maupun eksternal, dan lingkungan pasien panas, padat dan bising.

## 2. Analisis Masalah Keperawatan

Pada kasus Tn.A ditemukan data objektif riwayat perilaku kekerasan memukul orang lain, pasien kooperatif, pasien kadang-kadang menjawab dengan keras dan ketus, pasien mondar mandir, pasien gelisah, pasien lebih suka diam dan tidur di kamar, riwayat putus obat, pasien bersih dan rapi ADL mandiri. Sedangkan data subjektifnya ditemukan pasien mengatakan dirumah marah-marah, pasien mengatakan dibawa ke RSJ oleh sepupunya sempat ingin marah tapi akhirnya nurut saja, pasien mengatakan kurang percaya diri dan ketika dirumah jarang bersosialisasi, pasien mengatakan ingin segera pulang ke rumah, pasien mengatakan tidak tau tentang obat.

Pada kasus Tn.R ditemukan data objektif memiliki riwayat marah-marah dengan saudara dan bapak ibunya, berbicara ketus, mondar mandir, kuku kotor dan panjang, gigi kotor dan mulut bau, terkadang berbicara sendiri, pasien menundukkan kepala dan sedih ketika ditanya tentang keluarganya. Sedangkan data subjektifnya ditemukan pasien mengatakan dirumah pernah marah-marah dan membanting barang-barang, pasien mengatakan tidak menyukai adik iparnya dan mempunyai masalah dengannya, pasien mengatakan jarang memotong kukunya, pasien mengatakan malas gosok gigi, pasien mengatakan mendengar suara-suara yang mengajaknya ngobrol, pasien mengatakan merasa tidak dihormati dan dihargai oleh orang tuanya

Menurut NANDA (2019) tanda dan gejala dari risiko perilaku kekerasan yaitu: akses pada senjata, impulsif, bahasa tubuh negatif, pola kekerasan yang tidak langsung, pola kekerasan diarahkan pada orang lain, pola ancaman kekerasan, pola perilaku kekerasan antisosial dalam keluarga. Menurut Maramis (2010) gejala *skizofrenia* terdiri dari dua gejala yaitu gejala positif dan negatif. Gejala positif terdiri dari delusi, halusinasi, gangguan pikiran dan perilaku aneh. Gejala negatifnya yaitu penarikan sosial: menjadi tertutup, dingin, egois, terasing dari orang lain, dll., kurangnya motivasi: hilangnya minat terhadap hal-hal disekitarnya, bahkan kebersihan pribadi dan perawatan diri, berpikir dan bergerak secara lambat, dan ekspresi wajah yang datar.

Pada kedua kasus tersebut ditemukan gejala-gejala seperti pada teori diatas. Beberapa gejala yang tidak ditemukan pada kasus Tn.A yaitu akses pada senjata, bahasa tubuh negatif, dan pola perilaku kekerasan antisosial dalam keluarga. Gejala *skizofrenia* yang tidak ditemukan yaitu delusi, halusinasi, gangguan pikiran, hilangnya minat pada kebersihan diri, berpikir dan bergerak secara lambat, dan ekspresi wajah yang datar. Sedangkan pada kasus Tn.R tidak ditemukan akses pada senjata, bahasa tubuh negatif, dan pola kekerasan diarahkan pada orang lain. Gejala *skizofrenia* yang tidak ditemukan yaitu delusi, gangguan pikiran, berpikir dan bergerak secara lambat, dan ekspresi wajah yang datar.

Pada kedua kasus tersebut terdapat perbedaan dalam cara menunjukkan rasa marahnya. Kasus Tn.A menunjukkan rasa marah dengan memukul orang lain dan juga mengungkapkan secara verbal dengan marah-marrah berkata keras. Sedangkan pada kasus Tn.R menunjukkan rasa marah dengan membanting barang-barang di rumah dan juga mengungkapkan secara verbal dengan berteriak marah-marrah.

### 3. Analisis Diagnosa Keperawatan

Perbedaan diagnosa yang muncul pada teori dan kasus. Pada Tn.A memiliki lima diagnosa keperawatan yaitu: risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain, ketidakpatuhan, harga diri rendah, isolasi sosial dan kesiapan peningkatan perawatan diri. Sedangkan pada kasus Tn.R diangnosa keperawatan yang muncul ada 3 yaitu risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain, defisit perawatan diri dan konfusi akut.

Diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain sama-sama muncul dikedua kasus. Pada kasus Tn.A diagnosa risiko perilaku kekerasan muncul karena kebutuhan putusnya minum obat dan masalah keluarga. Sedangkan pada kasus Tn.R diagnosa risiko perilaku kekerasan muncul karena masalah juga dengan keluarga.

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual potensial (Hutahaeen, 2010). Sedangkan menurut Videbeck (2008) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan berbeda dari diagnosa psikiatrik medis, diagnosa keperawatan adalah respon pasien terhadap masalah medis atau bagaimana masalah mempengaruhi fungsi

pasien sehari-hari yang merupakan perhatian utama dari diagnosa keperawatan.

Menurut Yosep (2011) masalah yang muncul pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, yaitu: risiko menciderai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, perilaku kekerasan, gangguan konsep diri: harga diri rendah kronik. Sedangkan menurut Damayanti (2002), diagnosa keperawatan yang muncul antara lain risiko perilaku kekerasan (diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal) dan harga diri rendah kronik.

Data yang memperkuat penulis mengangkat diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama pada Tn.A yaitu: pasien dari rumah dibawa ke RSJ Grhasia Yogyakarta oleh keluarga karena memukul sepupunya, sulit tidur dan tidak mau minum obat. Selama dilakukan wawancara pasien kadang berbicara dengan ketus, tampak gelisah serta tanda dan gejala lainnya yang telah diuraikan di atas. Sedangkan pada kasus Tn.R data yang memperkuat risiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama yaitu memiliki riwayat marah-marah dan merusak barang-barang, berbicara ketus, mondar mandir, pasien mengatakan tidak menyukai orang yang tidak dikenal dan mempunyai masalah dengan orang tuanya.

Pada kedua kasus tersebut ditegakkan diagnosa risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain sebagai prioritas utama dikarenakan masalah tersebut bersifat mengancam. Hal tersebut sesuai dengan hirarki kebutuhan menurut Maslow yang menyebutkan bahwa kebutuhan kedua setelah kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan akan keselamatan dan kenyamanan (Hidayat&Uliyah, 2015). Diagnosa risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain memberikan rasa ketidaknyamanan bagi diri sendiri dan orang lain. Masalah tersebut membahayakan baik diri sendiri, orang lain atau lingkungan sekitar.

#### **4. Analisis Rencana Keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan pada kedua kasus tersebut sama yaitu menggunakan NIC (*Nursing Intervention Classification*) bantuan kontrol marah (4640) indikator yang digunakan yaitu membina hubungan saling percaya, mendiskusikan penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu, mendiskusikan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah, mendiskusikan akibat dari perilakunya, mendiskusikan cara mengontrol

perilaku kekerasan, melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik yaitu latihan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul kasur/bantal, secara sosial/verbal, secara spiritual, dan patuh minum obat, mengikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok mengontrol perilaku kekerasan, dan memberikan reinforcement positif.

Semua diagnosa yang muncul pada kedua kasus tersebut telah dibuat perencanaannya. Dalam perencanaan keperawatan yang sudah dibuat pada kedua pasien direncanakan untuk mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK) risiko perilaku kekerasan. Keterlibatan keluarga dalam kedua kasus tersebut tidak direncanakan karena keterbatasan waktu untuk menemui keluarga secara langsung dan memberikan intervensi keperawatan.

## **5. Analisis Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan masalah risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain yang diimplementasikan pada Tn.A dan Tn.R yaitu mengevaluasi kemampuan pasien untuk mencegah perilaku kekerasan, mendiskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik yaitu tarik nafas dalam, secara sosial/verbal yaitu meminta dan menolak dengan baik serta mengungkapkan perasaan marah, secara spiritual misalnya sholat, wudhu, istighfar atau berdoa sesuai keyakinan pasien, secara patuh minum obat dan mengevaluasi semua cara yang sudah diajarkan, mengikut sertakan pasien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi sensori mengontrol perilaku kekerasan, dan memberikan reinforcement positif.

Dari implementasi yang sudah dikerjakan antara Tn.A dan Tn.R pada masalah risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain tidak ada perbedaan. Kedua pasien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK) cara mengontrol perilaku kekerasan dari sesi pertama hingga sesi kelima secara bersamaan selama 3 hari sesuai dengan jadwal kegiatan. Kedua pasien belum dijadwalkan untuk mengikuti kegiatan terapi rehabilitasi. Pada kasus Tn.A terdapat masalah lain yang diimplementasikan yaitu ketidakpatuhan. Sedangkan pada kasus Tn.R hanya diimplementasikan satu masalah saja. Hal ini dikarenakan keterbatasan waktu untuk diimplementasikan semua rencana keperawatan yang sudah direncanakan.

Implementasi merupakan standar dari asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan professional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien, keluarga dan komunitas berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat (Damayanti, 2002). Implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan kepada pasien yaitu Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). Pencatatan ini mencakup tindakan keperawatan yang diberikan baik secara mandiri maupun kolaboratif, serta pemenuhan kriteria hasil terhadap tindakan yang diberikan kepada Pasien (Hutahaean, 2010).

## 6. Analisis Evaluasi Keperawatan

Pada kasus Tn.A dan Tn.R penulis menggunakan pendekatan SOAP yang terdiri dari respon subjektif, respon objektif, analisis dan perencanaan. Pada kasus Tn.A berdasarkan tujuan yang telah ditulis di *Nursing Outcome Classification* (2013) yaitu: mengidentifikasi kapan marah, mengidentifikasi tanda-tanda awal marah, mengidentifikasi situasi yang dapat memicu amarah, mengidentifikasi alasan perasaan marah, menggunakan aktivitas fisik untuk mengurangi rasa marah yang tertahan, membagi perasaan marah dengan orang lain, menggunakan strategi untuk mengendalikan amarah. Evaluasi keperawatan selama 4 hari berdasarkan tujuan khusus yaitu pada kasus Tn.A telah tercapai ditandai dengan klien mampu mempraktekkan semua strategi perencanaan yang telah diajarkan yaitu secara fisik, sosial/verbal, spiritual dan patuh minum obat.

Pada kasus Tn.A berdasarkan tujuan yang telah ditulis di *Nursing Outcome Classification* (2013) dalam rencana asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan selama 4 hari pada masalah risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain yaitu telah tercapai ditandai dengan klien mampu mempraktekkan semua strategi perencanaan yang telah diajarkan yaitu secara fisik, sosial/verbal, spiritual dan patuh minum obat. Evaluasi pada masalah ketidakpatuhan selama 3 hari yaitu telah tercapai denngan pasien mampu menyebutkan 5 benar obatnya yang terdiri dari benar obat, benar waktu, benar orang, benar cara minum dan benar dosis.

Sedangkan pada kasus Tn.R berdasarkan tujuan yang telah ditulis di *Nursing Outcome Classification* (2013) dalam rencana asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan selama 4 hari pada masalah risiko perilaku kekerasan:

terhadap orang lain yaitu telah tercapai ditandai dengan klien mampu mempraktekkan semua strategi perencanaan yang telah diajarkan yaitu secara fisik, sosial/verbal, spiritual dan patuh minum obat.

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan, evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditemukan (Keliat, 2009)

Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal yaitu dengan cara fisik: pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara teknik relaksasi nafas dalam atau aktivitas fisik lain yang positif untuk menyalurkan emosi, secara sosial/verbal: pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminta dan menolak dengan baik serta mampu mengungkapkan perasaan marah dengan baik, secara spiritual: pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan berwudhu, salat atau beristighfar, dan dengan terapi psikofarmaka (penggunaan obat), pasien mampu selalu meminum obat dengan tepat.

## **7. Analisis Pendokumentasian**

Pengkajian pada asuhan keperawatan ini menggunakan model pendekatan stress adaptasi Stuart Laraia (2005). Model pendekatan stress adaptasi stuart ini menilai seorang individu secara keseluruhan baik bio-psiko-sosio-spiritual. Pengkajian model ini meliputi faktor predisposisi dan presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, mekanisme coping, pemeriksaan status mental, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Faktor predisposisi terdiri dari neurobiologi, psikologi, dan sosiokultural. Faktor presipitasi terdiri dari sifat (*nature*), sumber (*origin*), dan waktu (*timing*). Penilaian terhadap stressor yaitu secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial. Sumber coping terdiri dari personal ability, social support, material asset, dan positive beliefs. Pemeriksaan status mental terdiri

dari penampilan fisik, pembicaraan, aktivitas motorik, alam perasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi sensori, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, dan daya tilik diri. Semua data tersebut sudah terkaji dan ditulis dalam format asuhan keperawatan.



**unisa**  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Dari pembahasan diatas maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

##### **1. Pengkajian**

Kasus Tn.A ditemukan stressornya dua yaitu putus minum obat dan konflik dengan sepupunya. Sedangkan pada Tn.R stressornya yaitu masalah dengan keluarga. Pemeriksaan status mental pada Tn.A tidak ditemukan halusinasi sedangkan pada Tn.R ditemukan halusinasi pendengaran yang isinya mengajak mengobrol ketika pasien sendirian.

##### **2. Masalah Keperawatan**

Kasus Tn.A klien dari rumah dibawa ke RSJ Grhasia Yogyakarta oleh keluarga karena marah-marah mengamuk, memukul saudaranya, sulit tidur dan tidak mau minum obat. Selama dilakukan wawancara pasien sedikit bicara dan ketus. Sedangkan pada kasus Tn.R dibawa ke RSJ karena marah-marah mengamuk, melempar/membanting barang-barang. Saat dilakukan wawancara klien cukup kooperatif mau menjawab semua pertanyaan, klien tampak bersosialisasi dengan teman-temannya yang lain. Terdapat kesenjangan tanda dan gejala antara teori dengan data yang ditemukan pada kasus. Salah satu yang menyebabkan perbedaan tanda dan gejala dari kedua kasus karena perbedaan karakter pasien antara pasien Tn.A dengan Tn.R seperti perbedaan cara marahnya Tn.A memukul saudaranya sedangkan Tn.R merusak barang-barang di rumah.

##### **3. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa Tn.A yaitu risiko perilaku kekerasan: terhadap saudaranya. Diagnosa lain yang ditemukan yaitu ketidakpatuhan, harga diri rendah kronis, isolasi sosial dan kesiapan peningkatan perawatan diri. Sedangkan diagnosa keperawatan utama yang muncul saat dilakukan pengkajian pada Tn.R yaitu risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain. Diagnosa lain yang ditemukan yaitu defisit perawatan diri, harga diri rendah kronis dan konfusi akut.

##### **4. Rencana keperawatan**

Rencana intervensi untuk diagnosa prioritas yang dilakukan pada Tn.A dan Tn.R memiliki waktu yang sama yaitu 4 hari, dari kedua kasus tersebut memiliki intervensi yang sama atau tidak ada perbedaan sama sekali

karena dari diagnosa prioritas memiliki kesamaan. Pada kedua kasus telah dibuat rencana keperawatan untuk semua diagnosa keperawatan yang ditemukan.

## **5. Implementasi**

Implementasi masalah risiko perilaku kekerasan: terhadap orang lain telah dilakukan selama empat kali pertemuan pada Tn.A dan Tn.R sesuai dengan yang sudah direncanakan pada asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus Tn.A dilakukan implementasi lain yaitu pada masalah ketidakpatuhan pada kasus Tn.R hanya dilakukan implementasi untuk masalah risiko perilaku kekerasan saja. Hal tersebut dikarenakan keterbatasan waktu.

## **6. Evaluasi**

Setelah dilakukan implementasi selama empat kali pertemuan Tn.A sudah ada perubahan sudah berbicara seperti biasa dan tersenyum dengan teman yang lain. Sedangkan Tn.R setelah dilakukan implementasi selama empat kali sudah tidak berbicara kasar dan ketus tidak menunjukkan sikap bermusuhan. Tidak ada perbedaan evaluasi keperawatan diantara kedua kasus berdasarkan pada tujuan keperawatan selama empat kali pertemuan pada kedua kasus sudah tercapai semua ditandai dengan klien mampu melakukan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik, sosial/verbal, spiritual, dan obat. Beberapa masalah keperawatan lain belum dapat diselesaikan karena keterbatasan waktu dalam membuat karya ilmiah ini.

## **7. Pendokumentasian**

Pengkajian pada asuhan keperawatan jiwa ini menggunakan model stress adaptasi Stuart. Format pengkajian ini lengkap, memudahkan perawat dalam pengkajian karena sangat rinci.

## B. Saran

### 1. Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Pasien diharapkan menerapkan, melatih dan mengoptimalkan kemampuan tentang keterampilan–keterampilan yang sudah diajarkan oleh perawat, rutin melakukan kontrol ke rumah sakit, dan patuh minum obat sesuai dengan yang diresepkan.

### 2. Perawat Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY

Petugas kesehatan terutama tenaga keperawatan yang di Wisma Arjuna untuk melibatkan semua pasien dalam pelaksanaan terapi aktivitas kelompok dari sesi satu sampai sesi lima untuk mempercepat pasien dalam mengontrol perilaku kekerasannya. Dapat menyelesaikan beberapa masalah keperawatan yang belum diatasi yaitu defisit perawatan diri, isolasi sosial, harga diri rendah kronis, konfusi akut dan kesiapan peningkatan perawatan diri.

### 3. RSJ Grhasia

Diharapkan memberikan wadah bagi keluarga pasien dibangsal rawat inap untuk mendapat informasi dan juga pengetahuan bagaimana merawat pasien jiwa dirumah nanti seperti *family gathering* yang didalamnya terdapat penyuluhan atau penjelasan untuk keluarga.

### 4. Program Studi Profesi Ners Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta

Diharapkan menerapkan dan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa model stress adaptasi Stuart. Memberikan pemahaman kepada mahasiswa profesi ners terkait dengan asuhan keperawatan jiwa model stress adaptasi Stuart.

## DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, M. (2002). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama
- Dermawan. (2013). *Keperawatan Jiwa; Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publising
- Direja, A.H.S. (2011). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Durand, M.V. (2007). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Pustaka belajar
- Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun (2019). Diakses pada tanggal 16 Februari 2019 dari <http://www.depkes.go.id>
- Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun (2013). Diakses pada tanggal 18 Februari 2019 dari <http://www.depkes.go.id>
- Hidayat, A.A.A & Uliyah, M. (2015). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Katona, C., Cooper C., dan Robertson M, (2002). *At a Glance Psikiatri 4<sup>th</sup>*. Jakarta: Erlangga
- Keliat, B. A. (2009). *Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC.
- Keliat, B. A.& Panjaitan, R.U.& Helena, N. (2009). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: ECG.
- Keliat, B. A.& Akemat. (2010). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC
- Kemenkes. (2002). *Angka Kejadian Gangguan Kesehatan Jiwa di Indonesia*. Diakses pada tanggal 30 Februari 2019 dari <http://www.surkesnas.unad.ac.id>.
- Kemenkes. (2014). *Angka Kejadian Gangguan Kesehatan Jiwa di Indonesia*. Diakses pada tanggal 30 Februari 2019 dari <http://www.surkesnas.unad.ac.id>
- Maramis, W.F. (2010). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi 2*. Surabaya: Airlangga
- Pratt S. I, dkk. (2006). Medication Nonadherence in Older People with Serious Mental Illness: Prevalence and Correlates. *Psychiatric Rehabilitation Journal*
- Siregar. (2006). *Sikap Kepatuhan Dalam Tindakan*. Jakarta: Mitra Media
- Stuart, G.W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier Pte Ltd
- Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama
- Yusuf, Ah. Fitryasari, Rizki PK. Nihayati, Hanik Endang. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

# LAMPIRAN



Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

## TIME SCHEDULE LAPORAN KARYA TULIS AKHIR NERS

[illegible]

## PENGKAJIAN

### **I. IDENTITAS KLIEN**

Nama :  
Umur :  
Jenis kelamin :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Suku bangsa :  
Alamat :  
RM. No :  
Informan :  
Tgl Masuk Dirawat :  
Tgl Pengkajian :

### **II. ALASAN MASUK:**

### **III. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG**



unisa  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

#### IV. FAKTOR PRESIPITASI ( PENCETUS) DAN FAKTOR PREDISPOSISI (PENDUKUNG)



**unisa**  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

**V. RIWAYAT KESEHATAN SEBELUMNYA**

1. Pernah mengalami masalah gangguan jiwa di masa lalu?

☐

Ya

☐

Tidak

Jelaskan:

2. Riwayat pengobatan sebelumnya dan keberhasilannya (tulis tahun berapa)

**VI. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**

1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

☐

Ya

☐

Tidak

Jelaskan: tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Genogram (minimal 3 generasi, termasuk keterangan siapa yang tinggal serumah, yang meninggal, mengidap penyakit keturunan, dan sebagainya)



unisa  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

## VII. MEKANISME KOPING

a. Jenis mekanisme koping:

☐ Negosiasi/kompromi

☐ displacement

☐ mencederai diri

☐ Teknik relaksasi

☐ regresi

☐ Aktivitas konstruktif

☐ menghindar

☐ Lainnya, sebutkan: \_\_\_\_\_

b. Sumber Mekanisme Koping:

Jelaskan:

## VIII. PENGKAJIAN FISIK

1. Keadaan Umum :

2. Tingkat kesehatan :

3. Tanda vital :

4. Ukur :

5. Keluhan fisik ☐ Ya

☐ Tidak

Bila Ya, Jelaskan: pasien tidak ada keluhan fisik

6. Pemeriksaan Fisik:

- Kulit :

- Rambut :

- Wajah :

- Mata :

- Hidung :

7. Riwayat pengobatan pemeriksaan fisik: tidak ada pengobatan fisik

## IX. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Konsep diri

a. Gambaran diri :

b. Identitas diri :

c. Ideal diri :

d. Harga diri :

e. Peran diri :

2. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat
  - a. Dirumah (keluarga dan masyarakat):
  - b. Di Rumah Sakit:
  - c. Hasil observasi perilaku terkait ada hubungan keluarga:
3. Spiritual / Keagamaan
  - a. Nilai dan keyakinan:
  - b. Kegiatan Ibadah:

#### X. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

##### 1. Penampilan fisik

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak rapi                          | <input type="checkbox"/> Badan bau                       |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan pakaian tidak sesuai     | <input checked="" type="checkbox"/> Rambut kotor & kusam |
| <input type="checkbox"/> Cara berpakaian tidak seperti biasa | <input type="checkbox"/> Kuku panjang & kotor            |
| <input type="checkbox"/> Gigi kotor                          |  |

Jelaskan:

- |  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cepat                           | <input type="checkbox"/> keras  | <input type="checkbox"/> gagap              |
| <input type="checkbox"/> Apatis                          | <input type="checkbox"/> lambat | <input checked="" type="checkbox"/> membisu |
| <input type="checkbox"/> tidak mampu memulai pembicaraan |                                 | <input type="checkbox"/> inkoheren          |

jelaskan:

Aktivitas motorik

- |  |                                 |                                  |                                    |
|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Lesu     | <input type="checkbox"/> Tegang | <input type="checkbox"/> Agitasi | <input type="checkbox"/> TIK       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Grimasen | <input type="checkbox"/> Tremor | <input type="checkbox"/> Gelisah | <input type="checkbox"/> Kompulsif |

Jelaskan:

##### 2. Alam Perasaan

- |                                |                                |                                    |                                   |   |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sedih | <input type="checkbox"/> Takut | <input type="checkbox"/> putus asa | <input type="checkbox"/> khawatir | <input type="checkbox"/> gembira berlebihan |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|

Jelaskan:

##### 3. Afek

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Appropriate/tepat         | <input type="checkbox"/> tumpul_      |
| <input type="checkbox"/> Inappropriate/tidak tepat | <input type="checkbox"/> labil        |
| <input type="checkbox"/> Datar                     | <input type="checkbox"/> tidak sesuai |

Jelaskan:

Interaksi Selama Wawancara

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bermusuhan                | <input type="checkbox"/> tidak kooperatif | <input type="checkbox"/> mudah tersinggung     |
| <input type="checkbox"/> Curiga                    | <input type="checkbox"/> Defensif         | <input type="checkbox"/> kontak mata tidak ada |
| <input type="checkbox"/> Kontak mata mudah beralih |   |  |

Jelaskan:

4. Persepsi Sensori

Jenis:

Isi:

Waktu munculnya halusinasi:

Frekuensi halusinasi muncul:

Stressor pencetus: tidak ada

5. Proses pikir

☐ Sirkumtansia

☐ tengensial

☐ kehilangan asosiasi

☐ Flight of idea

☐ blocking

☐ reeming

☐ Pengulangan pembicaraan/perseverasi

Jelaskan:

6. Isi pikir

☐ Obsesi

☐ fobia

☐ depersonalisasi

☐ id terkait

Waham:

☐ Hipokondria

☐ magic mistik

☐ agama

☐ somatik

☐ Kebesaran

☐ nihilistik

☐ curiga

Waham bizar

☐ Sisip pikir

☐ siar pikir

☐ kontrol pikir

Jelaskan:

7. Tingkat kesadaran (secara kualitatif)

☐ bingung

☐ sedasi

☐ stupor

☐ orientasi waktu

☐ tempat

☐ orang

Jelaskan: Memori

☐ Gangguan daya ingat jangka panjang

☐ Gangguan daya ingat jangka pendek

☐ Gangguan daya ingat saat ini

☐ Konfabulasi

Jelaskan :

8. Tingkat konsentrasi dan berhitung

☐ Mudah beralih

☐ Tidak mampu konsentrasi

☐ Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : Kemampuan penilaian

☐ Gangguan penilaian ringan

☐ Gangguan penilaian bermakna

Jelaskan :

9. Daya tilik diri

- ☐ Mengingkari penyakit yang diderita
- ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

**XI. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG**

No	Aspek Yang Dinilai	Skore/Tanggal					
		25/2/19	26/2/19	27/2/19	28/2/19		
1	Makan						
	a. Kemampuan Mennyiapkan Makanan						
	b. Kemampuan membersihkan alat makan						
	c. Kemampuan menempatkan alat makan dan minum di tempatnya						
2	BAB/BAK						
	a. Kemampuan mengontrol BAB/BAK						
	b. Kemampuan membersihkan WC						
	c. Kemampuan membersihkan diri						
	d. Kemampuan memakai pakaian dan celana						
3	MANDI						
	a. Kemampuan						
	b. Kemampuan dalam menggosok gigi						
	c. Kemampuan dalam keramas						
	d. Kemampuan dalam potong kuku dan rambut						
4	BERPAKAIAN DAN BERDANDAN						
	a. Kemampuan memilih pakaian						
	b. Kemampuan memakai pakaian						
	c. Kemampuan mengatur frekuensi ganti pakaian						
	d. Kemampuan mencukur jenggot (laki – laki)						
	e. Kemampuan berhias (perempuan)						
	f. Kemampuan menyisir rambut						

5	ISTIRAHAT DAN TIDUR						
	a. Kemampuan untuk mengatur waktu tidur						
	b. Kemampuan merapikan sprengi dan selimut						
	c. Kemampuan untuk tidur dengan bantuan obat						
6	PENGUNAAN OBAT						
	a. Kemampuan pengaturan penggunaan obat						
7	PEMELIHARAAN KESEHATAN						
	a. Perawatan lanjutan (Puskesmas, RS, RSJ, Perawat, Dokter)						
	b. Perawat Pendukung (Keluarga, Pengawas minum obat)						
8	KEGIATAN DI DALAM RUMAH						
	a. Kemampuan mempersiapkan makanan						
	b. Kemampuan menjaga kerapian rumah						
	c. Kemampuan mencuci pakaian						
	d. Kemampuan pengaturan keuangan						
9	KEGIATAN DI LUAR RUMAH						
	a. Kemampuan berbelanja						
	b. Kemampuan transportasi						
	Lain – lain, Jelaskan :						

Ket :

0. Bantuan Total
1. Bantuan Minimal
2. Mandiri

## XII. PERENCANAAN PULANG

Care giver Utama : Kedua orang tua dan saudara	Perlengkapan yang dirumah
Perencanaan tempat (rumah, faskes di komunitas)  - Rumah untuk tempat tinggal - Fasilitas kesehatan untuk melakukan pengobatan	Kebutuhan pulang (financial, psikososial dll)  Dari finansial : pasien biaya sendiri Dari psikososial : pasien dan keluarga dapat menerima dengan baik
Pankes yang diberikan (Spesific jika diperlukan): Pasien diberikan penkes minum obat secara teratur , keluarga selalu mendampingi pasien dalam minum obat, selain itu untuk mrngatakan mengatasi emosi pasien disarankan untuk menggunakan terapi yang sudah diberikan	

## XIII. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa         | <input type="checkbox"/> system pendukung         |
| <input type="checkbox"/> Pencegahan kekambuhan | <input type="checkbox"/> obat-obatan yang diminum |
| <input type="checkbox"/> Sumber koping         | <input type="checkbox"/> sembuh sosial            |
| <input type="checkbox"/> Manajemen hidup sehat |   |

Jelaskan:

#### **XIV. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

##### **a. Laboratorium**

Tanggal	Test	Hasil	Nilai normal	Keterangan

##### **b. Data diagnostik: foto radiologi/EEG/MRI/CT Scan dll**

Hasil:

**XV. TERAPI MEDIS**

No	Nama obat	Dosis	Efek terapi	Perhatian perawat
1.				
2.				
3.				

**XVI. PENILAIAN SKOR KATEGORI PASIEN**

Skrening Awal : Apakah ..... punya keinginan/ide bunuh diri/ide pulang paksa dari pasien? Ya / Tidak ( Jika Ya, berarti pasien langsung masuk kategori IV/KRISIS)

Variabel :

- a. Menciderai diri/orang lain :
- b. Komunikasi :
- c. Interaksi Sosial :

- Makan :
- Mandi :
- Berpakaian :
- d. Istirahat Tidur :
- e. Pengobatan Oral/Injeksi :
- f. - Makan :
- Mandi :
- Berpakaian :

## HASIL

Skor Total Pasien : 71 (kategori pasien akut)

## KATEGORI

- a. Tahap penanganan :
- b. Tujuan Perawatan :
- c. Fokus Pengkajian :
- d. Prinsip Intervensi :
- e. Hasil yang Diharapkan :

Jika pasien masuk dalam kategori krisis:

- a. Nilai Resiko perilaku kekerasan :
- b. Nilai Resiko Bunuh Diri :



Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

**XVII. POHON MASALAH**

(Dimulai dari akar masalah sampai muncul dx keperawatan)



**unisa**  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

**XVIII. ANALISA DATA**

NO	HARI/ TANGGAL	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1				


**XIX.    DIAGNOSA KEPERAWATAN (PRIORITAS)**



**XX. RENCANA KEPERAWATAN**

NO	TGL	DX KEPERAWATAN	NOC	NIC	RASIONALISASI
1					

--	--	--	--	--	--

**XXI. IMPLEMENTASI**

NO	HARI/TGL	DX. KEPERAWATAN	TINDAKAN	EVALUASI (SOAP)	TTD/ NAMA
1					

2					



unisa  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

3					
---	--	--	--	--	--



unisa  
Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta



## FORMAT BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN) 2018-2019

Nama Mahasiswa : Muhammad Fachrul Azmi  
 NIM : 1810206038  
 Pembimbing Utama : Ns. Sutedjo, M.Kep., Sp.Kep.J  
 Pembimbing Lapangan : Sadarwati, S.Kep., Ns.  
 Judul KIAN : Laporan Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Arjuna RSJ Ghrasia Yogyakarta

Program Studi : Profesi Ners

Konsultasi ke	Tanggal	Materi Bimbingan dan Arahan	Ttd Pembimbing
1	20/2/2019	Konsul Judul	A
2	25/3/2019	Konsul Bab I	A
3	30/3/2019	Konsul Bab I, II	A
4	4/3/2019	Konsul Bab I, II, III	A
5	10/7/2019	Konsul Bab I, II, III, IV	A
6	30/7/2019	Konsul Bab I, II, III, IV, V	A
7	31/7/2019	Konsul Bab I, II, III, IV, V	A
8	1/8/2019	Konsul Bab I, II, III, IV, V Acc Usulan	A