



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PHCU  
WANITA RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR**

**JESIKA SIMANGUNSONG**

**2011060**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

**Jakarta, 2023**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. D DENGAN  
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG PHCU  
WANITA RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR**

**Laporan Tugas Akhir**

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma  
Tiga Keperawatan**

**JESIKA SIMANGUNSONG**

**2011060**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
Jakarta, 2023**

# HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun di ruju  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Jesika Simangunsong

NIM : 2011060

Tanda tangan : 

Tanggal : 15 Juni 2023

## LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Ny. D Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang PHCU Wanita Rumah Sakit Dr. H. Marzoei Mahdi Bogor

### PEMBIMBING

(Ns. Dian Fitria, M. Kep. Sp. Kep. J)

### PENGUJI I

(Ns. Tri Setyaningsih, M. Kep. Sp. Kep. J)

### PENGUJI II

(Ns. Ressa. A.U., M. Kep., Sp. Kep. Kom)

Menyetujui,  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia SE, MM)

Ketua

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat- Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKES RS Husada. Sayamenyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan TugasAkhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini, Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ellynia S.E., M.M, selaku Direktur Akademi Kperawatan Rumah Sakit Husada.
2. Bapak Dr. dr. Fidiansjah Mursid, Sp. KJ., M. P. H selaku direktur utama RS. DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang sudah mengizinkan untuk berdinas dan mengambil kasus untuk Laporan Tugas Akhir.
3. Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga untuk membimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai.
4. Ns. Tri Setyaningsih, M. Kep., Sp.Kep.J dan Ns. Ressa A.U., M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguji yang telah meluangkan waktunya.
5. Ns. Ressa A.U., M. Kep. Sp. Kep.Kom selaku penguji II dalam Ujian Akhir Program ini.
6. Ns. Fendy Yesayas, M. Kep selaku Pembimbing Akademi yang selalu memberikandukungan dan motivasi kepada penulis.
7. Dosen dan staff pendidikan STIKes RS Husada yang telah banyak membantu dan memberikan bimbingan kepada penulis dalam memberikan pendidikan.
8. Ayah tersayang Edward, Ibu parasian dan kakakku eva, kristiani, asril, dan adik saya

josia, vioni, dan semua keluarga besar yang selalu memberikan bantuan moril, material serta doa bagi penulis selama membuat laporan. Tugas Akhir. Terima kasih atas perjuangan dan pengorbanan yang selama ini diberikan kepada penulis

9. Partner terbaik yang selalu membantu dan memberikan semangat serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini (Wilsan Sirait).
10. Irna yuliani dan Farah Fauziah selaku teman seperjuangan dalam bimbingan dan sudah saling membantu dan memberi semangat terus-menerus.
11. Rekan – rekan mahasiswa/i Sekolah RS Husada Jakarta Angkatan XXXIII yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah sama-sama berjuang dan memberikan doa sehingga dapat menyelesaikan Pendidikan.

Akhir kata penulis berharap kepada Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Laporan Tugas Akhir ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Juni 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>Ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>X</b>
<b>BAB I : PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan.....	5
1. Tujuan umum.....	5
2. Tujuan khusus.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penulisan .....	6
E. Sistematika Penulisan.....	7
<b>BAB II : TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>8</b>
A. Pengertian. ....	8
B. Psikodinamika.....	9
C. Rentang Respon.....	10
D. Tanda dan gejala.....	12
E. Asuhan Keperawatan RPK .....	12
F. Mekanisme Koping.....	13
G. Sumber Koping .....	15
H. Penatalaksanaan.....	15
I. Analisa Data.....	16
J. Pohon Masalah.....	16
K. Diagnosa Keperawatan.....	18
L. Rencana Keperawatan.....	18
M. Pelaksanaan Keperawatan.....	19
N. Evaluasi Keperawatan.....	19
<b>BAB III : TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>20</b>
A. Pengkajian .....	20
B. Analisa Data .....	25
C. Pohon Masalah .....	27
D. Diagnosa Keperawatan.....	27
E. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi.....	27

<b>BAB IV : PEMBAHASAN.....</b>	<b>42</b>
A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosa.....	44
C. Intervensi.....	45
D. Implementasi.....	46
<b>BAB V : PENUTUP.....</b>	<b>50</b>
A. Kesimpulan.....	50
B. Saran.....	51

## **DAFTAR PUSTAKA**



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1: Strategi Pelaksanaan

Lampiran 2: Analisa Obat

Lampiran 3: Lembar Konsul

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Respon Risiko perilaku kekerasan .....	10
Gambar 2.2 Pohon masalah Risiko perilaku kekerasan .....	14
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. D.....	21
Gambar 3.2 Pohon Masalah Ny. D .....	32

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

Sehat adalah kondisi dimana tubuh merasa sehat dan tidak mengalami gangguan baik fisik, maupun sosial. *World Health Organization* (WHO) sehat adalah suatu keadaan dimana tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan, tetapi juga adanya keseimbangan antara fungsi fisik, mental, dan sosial. Menurut UU RI No 18 tahun 2014 sehat jiwa adalah suatu kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. ini adalah kondisi yang ideal, tetapi sangat sulit dipastikan keberadaannya (Jacob & Sandjaya, 2018).

Riset kesehatan dasar kementerian RI tahun 2013 mengidentifikasi dua kelompok besar jenis gangguan jiwa di Indonesia, yaitu gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat. Gangguan jiwa berat adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku, yang berkontribusi pada

fungsi yang terintegrasi. mendefinisikan keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan dari secara terapeutik sebagai kiatnya, (Nugroho, 2019).

Data Riskesdas 2018 yang dilakukan oleh kementrian kesehatan republik Indonesia menyimpulkan bahwa prevelensi gangguan jiwa bervariasi dimana prevelensi rumah tangga dengan yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut provinsi yang memiliki angka gangguan jiwa tertinggi adalah provinsi Bali 11 per mil dan terendah provinsi Kepulauan Riau 3 per mil, Jawa Barat 5 per mil. Menurut data diagnosa terbanyak rawat inap psikiatri tahun 2020 di RS DR. H. Marzoeke Mahdi Bogor yaitu skizofrenia paranoid dengan data pasien laki-laki 1743 jiwa dan data pasien perempuan 677 jiwa.), Pasien dengan resiko perilaku kekerasan Indonesia sekitar 10.000 orang (Aderibigbe, 2018).

Untuk proporsi rumah tangga yang memiliki gangguan jiwa skizofrenia/psikosis berdampak pasung dalam rumah tangga sebanyak (14%) dan yang tidak sebanyak (86%), sedangkan yang pernah melakukan pasung tiga bulan terakhir sebanyak (31,5%) dan yang tidak sebanyak (68%). Menurut data yang diatas didapatkan bahwa perilaku kekerasan adalah gangguan jiwa terbanyak setelah halusinasi.

Orang yang sehat memiliki potensi untuk mengalami gangguan jiwa dengan adanya stressor di dalam kehidupan gangguan jiwa ada gangguan jiwa ringan dan gangguan jiwa berat. Gangguan jiwa ringan adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan atau kualitas hidup

sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa berat adalah orang yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan yang bermakna, serta dapat menimbulkan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia(Kurniawan, 2016).

Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah, dan melumpuhkan, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi, dan perilaku aneh. Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia menimbulkan distorsi pikiran, distorsi persepsi, emosi, dan tingkah laku sehingga

pasien dengan skizofrenia memiliki risiko lebih tinggi berperilaku agresif dimana perubahan perilaku secara dramatis terjadi dalam beberapa hari atau minggu. Pasien skizofrenia sering dikaitkan dengan perilaku kekerasan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain ataupun berisiko juga dengan lingkungan sekitarnya, baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal.

Risiko perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, ditandai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Dermawan, 2018). Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernafasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk, serta dapat mencederai diri sendiri, maupun orang lainnya.

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut

maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan pada orang lain 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. (Suryeti, Mella & Salvita, 2018). Faktor risiko yang dapat ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan adalah dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain, untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan risiko perilaku kekerasan yang tepat.

Penanganan pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan farmakologi dan strategi pelaksanaan pada pasien risiko perilaku kekerasan, tindakan keperawatan pada pasien risiko perilaku kekerasan pada aspek positif, intelektual, emosional, dan sosio spiritual. Salah satunya adalah dengan menerapkan asuhan keperawatan jiwa. Perawat harus terus memberikan motivasi kepada pasien dan keluarganya, dan memberikan informasi bagaimana cara penanganannya. (Salamah & Nyumirah, 2018). Dengan demikian penulis tertarik Untuk membuat laporan tugas akhir dengan masalah: “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.D dengan Risiko Perilaku Kekerasan di bangsal PHCU wanita RS Dr.H.Marzoeki Mahdi”.

Adapun tugas perawat dalam melakukan asuhan keperawatan adalah promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pada peran promotif, perawat dapat melakukan pendidikan kesehatan pada klien tentang bagaimana cara merawat gangguan risiko perilaku kekerasan. Pada peran preventif, perawat memberikan pendidikan bagi klien mengenai kesehatan tentang perilaku gangguan jiwa dan

cara pencegahannya agar gejala risiko perilaku kekerasan tidak timbul kembali. Aspek kuratif, yaitu perawat melakukan asuhan keperawatan pada klien dan keluarga tanpa bantuan dan melakukan kolaborasi dengan tim medis lainnya. Aspek rehabilitatif, yaitu perawat melakukan monitoring dan melatih kemampuan atau keterampilan klien yang dapat dilakukan di rumah sakit seperti membuat kerajinan (aksesoris).

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mengerti dan memahami tentang asuhan keperawatan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan dan mendapatkan pengalaman langsung serta memperoleh gambaran nyata dalam asuhan keperawatan pada klien.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.
- c. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.
- d. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.
- e. Mahasiswa mampu evaluasi pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang didapatkan antara teori dan kasus pada pasien dengan masalah risiko perilaku

- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah klien dengan risiko perilaku kekerasan.
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

### 3. Ruang lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan dengan risiko perilaku kekerasan di ruang PHCU wanita RSJ. Dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor.

### 4. Metode penulisan

Dalam penulisan karya tulis ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu dengan cara mengumpulkan data, menganalisa data dan menarik kesimpulan yang selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi dengan pemecahan masalah sesuai masalah yang ditemukan. Adapun teknik ataupun metode yang digunakan penulis dalam penyusunan karya ilmiah ini adalah sebagai berikut:  
Studi kasus Dengan mengambil salah satu kasus pada klien dengan risiko perilaku kekerasan di PHCU wanita.

Wawancara Melakukan wawancara dengan klien sebagai upaya untuk melengkapi dan memvalidasi data. Penulis berkolaborasi dengan perawat ruangan.

Observasi Penulis mengamati secara langsung keadaan yang berlangsung dan perilaku klien.

Studi kepustakaan Dengan mengumpulkan beberapa referensi diantaranya



buku-buku dengan cara membaca dan metode pencarian melalui internet serta mempelajari bahan yang ada hubungannya dengan pembahasan tentang risiko perilaku kekerasan.

#### 5. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari 5 BAB yaitu: Bab 1, pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab II, tinjauan teori terdiri dari pengertian, etiologi tanda dan gejala, tahap proses terjadinya risiko kekerasan perilaku, macam-macam risiko perilaku kekerasan rentang respon, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan, evaluasi keperawatan. Bab III, tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab IV, pembahasan membandingkan dan menganalisa antara teori dan kasus termasuk faktor penghambat dan pendukung serta alternatif pemecahan masalah. Bab V, penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang terkontrol (Yosep, 2013). Perilaku kekerasan adalah salah satu respons marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. (Fiantis, 1967)

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respons terhadap stressor yang dihadapi oleh orang lain, respons yang dapat menyebabkan kerugian baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Perilaku kekerasan adalah perilaku individu yang dapat membahayakan orang, diri sendiri baik secara fisik, emosional. Melihat dampak yang banyak menyebabkan menimbulkan kerugian maka penanganan pasien risiko perilaku kekerasan harus ditangani dengan cepat dan tepat oleh tenaga yang profesional (Laia, 2019).

Risiko perilaku kekerasan merupakan salah satu bentuk tanggapan yang diterima oleh seseorang dapat berupa marah yang dicurahkan melalui ancaman, mencederai diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat berupa terjadinya perubahan fungsi kognitif, afektif, perilaku,

dan sosial. Orang yang mengalami perilaku kekerasan sering kali mengalami tekanan darah yang meningkat, mudah tersinggung, marah, mengamuk, serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lainnya. (Mathematics, 2016).

Risiko perilaku kekerasan merupakan bentuk kekerasan secara fisik maupun perkataan yang dapat ditunjukkan kepada diri sendiri maupun lainnya. Suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan diri sendiri maupun lingkungan sekitar, disertai dengan amuk, dan aduh, gelisah yang tidak terkontrol. Pada orang dengan perilaku kekerasan cenderung bersifat agresif terhadap suatu sisi yang lainnya. Keadaan pada orang dengan perilaku kekerasan terkadang menimbulkan perasaan emosi, benci, frustrasi, atau marah (Ardi, 2013).

## **B. Psikodimika**

Etiologi terbagi menjadi dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi merupakan faktor yang mempermudah dalam menyebabkan terjadinya perilaku seorang seperti keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya. Berbagai pengalaman yang dialami seseorang mungkin terjadi atau mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu seperti: faktor biologis, faktor psikologis, dan sosial budaya (Muhith, 2015).

Faktor biologis secara alami dapat menjadi salah satu faktor penyebab (predisposisi) atau menjadi faktor pencetus (presipitasi) terjadinya risiko perilaku kekerasan pada individu. Faktor predisposisi yang berasal dari biologis manusia dalam menghadapi stresor (Stuart, 2016).

Adapun yang termasuk faktor biologis ini adalah.

- a. Struktur otak (Neuroanatomi) Penelitian ini di fokuskan pada tiga area yang diyakini terlibat dengan perilaku agresif adalah lobus frontal, dan hypothalamus. Neurotransmitter juga diusulkan memberikan peran dalam munculnya risiko perilaku kekerasan untuk menekankan dalam masalah tersebut (Stuart, 2016).
- b. Genetik Adanya faktor gen yang di turunkan melalui orang tua. Secara genetik ditemukan pada kromosom 5 yang dapat menyebabkan individu tersebut mengalami skizofrenia. Penelitian yang paling penting memusatkan pada penelitian anak kembar yang menunjukkan anak kembar identik berisiko mengalami skizofrenia sebesar 50% sedangkan pada kembar non identik/ fraternal risiko 15% mengalami skizofrenia. risiko 15% jika salah satu orang tua menderita skizofrenia, angka ini meningkat 40%- 50% jika kedua orang tua biologis menderita skizofrenia (Tjahjani & Zuhaida, 2017).
- c. Neurotransmitter adalah zat kimia yang di transmisikan keseluruh neuron sinapsis, sehingga menghasilkan komunikasi antara otak dan struktur otak yang lain. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresif (Stuart, 2016).
- d. Immunovirologi Karakteristik biologis yang berhubungan dengan perilaku kekerasan adalah riwayat dalam penggunaan NAPZA. Penggunaan obat NAPZA akan mempengaruhi fungsi otak, mempengaruhi terapi dan perawatan yang diberikan (Anggraini, Hasanah, Utami, 2023).

Perasaan agresif, mengontrol perilaku kekerasan dalam masyarakatnya untuk mempertahankan lingkungan yang amandan nyaman. Faktor budaya juga dapat

menyebabkan perilaku kekerasan dimana kondisi budaya tersebut masih dalam penganguaran, kesulitan menjaga hubungan interpersonal, kondisi kemiskinan, struktur keluarga.

Faktor psikologis, Pandangan psikologis terhadap perilaku agresif menunjukan pentingnya dalam faktor prediposisi, perkembangan atau pengalaman hidup membatasi kemampuan seorang dalam menggunakan mekanisme koping tanpa kekerasan (Stuart, 2016).

- a. Terdapat dua teori tentang faktor psikologis yaitu: Teori Psikoanalitik Suatu pandangan psikologi tentang risiko perilaku agresif menyatakan bahwa pentingnya mengetahui predisposisi faktor perkembangan atau pengalaman hidup yang membatasi kemampuan individu untuk memilih koping mekanisme yang bukan risiko perilaku kekerasan. Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidak puasan fase oral pada usia 0-2 tahun, dimana anak tidak mendapatkan kasih sayang dan tidak terpenuhinya kebutuhannya seperti air susu yang cukup .
- b. Teori pembelajaran menjelaskan bahwa perilaku agresif dapat dipelajari secara internal maupun eksternal. Perilaku secara internal melalui penguatan seorang pada saat berperilaku agresif, hal tersebut disebabkan akibat gagal dalam pencapaian tujuan yang diinginkan, dan faktor eksternal terjadi melalui pengamatan seperti orang tua, saudara, model peran dan ragawa (Stuart, 2016).

Faktor Sosial budaya, dapat mempengaruhi perilaku agresif, dimana norma budaya dapat menentukan cara yang dapat diterima atau tidak dalam mengekspresikan kontrol sosial dan ketidak mampuan dalam memenuhi.

Faktor Presipitasi, Tersebut berupa secara psikis, atau lebih dikenal dengan ancaman terhadap konsep diri seseorang, dimana ketika orang tersebut merasa terancam maka dia tidak akan menyadari sama sekali penyebab Faktor presipitasi merupakan dimana seorang akan berespon marah apabila merasa dirinya terancam, dan ancaman dari kemarahannya. Ancaman dapat berupa internal dan eksternal, ancaman internal seperti merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang tua dan ketakutan pada penyakit yang derita. Ancaman eksternal berupa serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang sangat bermakna dan adanya kritikan dari orang lain (Mulyani, 2013).

Faktor presipitasi, Berasal dari klien, lingkungan, atau interaksi dengan orang lain, kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri dapat menyebabkan perilaku kekerasan, demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai atau pekerjaan dan kekerasan juga dapat merupakan faktor penyebab yang lain, interaksi sosial yang provokatif dan konflik dapat pemicu perilaku kekerasan Menurut Satrio (2015), faktor presipitasi terbagi menjadi tiga yaitu:

Faktor biologis, Stessor presipitasi yang di dapat pada individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan. Stessor terhadap perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh gangguan umpan balik pada otak yang mengatur jumlah dan waktu dalam proses berfikir, stimuli pendengaran pada awalnya disaring oleh hipotalamus lalu di kirim dan diproses oleh lobus frontal, (Satrio, 2015).

Faktor psikologis, Pemicu terhadap perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh frustrasi yang rendah, coping individu yang tidak efektif, dan secara nyata

adanya ancaman terhadap keberadaan dirinya, tubuh atau kehidupannya. Faktor sosial budaya Kekerasan terjadi ketika klien dipindahkan dalam kelompok yang besar, penuh sesak, kurang privasi, dan tidak bebas. Petugas mungkin secara sengaja atau tidak dapat menyebabkan perilaku klien untuk melakukan tindakan kekerasan, manajemen lingkungan yang buruk, ketidak pahaman petugas, pertemuan fisik yang terlalu dekat, pendekatan batasan yang tidak konsisten dan budaya kekerasan dapat mempengaruhi perilaku kekerasan pada klien. Dengan demikian banyak sekali stressor sosial yang dapat mempengaruhi dan menjadi penyebab ataupun pencetus perilaku kekerasan (Satrio, 2015).

Terdapat beberapa faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan yaitu:

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya (Yosep, 2013)
- b. Kelemahan fisik, keputusan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh agresif, dan masa lalu yang tidak dapat menyenangkan. Dasar dan Kesulitan dalam melakukan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan berdiskusi untuk memecahkan masalah, cenderung selalu melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik (Khofifah, 2021).
- c. Kehilangan orang yang berarti, terjadinya konflik merasa terancam baik dalam masalah diri sendiri maupun dari lingkungan (Kusumawati, 2012).
- d. Adanya riwayat perilaku sosial dalam penyalahgunaan obat dan alkohol sehingga tidak mampu dalam mengontrol emosional pada saat mengalami frustrasi (Yosep, 2013).

Lingkungan yang padat, panas, dan bising juga menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan (Kusumawati, 2012).

Tahapan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan terdiri dari 6 tahapan yaitu:

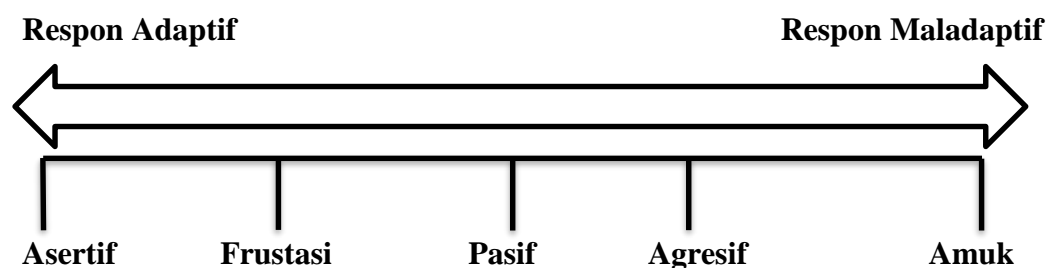
1. Tahap 1 (Tahap memicu) Tahapan ini dimana klien mengalami kondisicemas dan ditandai dengan perilaku agitasi, mondar-mandir, dan menghindari kontakdengan orang lain. Tindakan yang diberikan oleh perawat pada klien adalah dengan cara mengidentifikasi terjadinya faktor pemicu, dan mengurangi keceasan yang dialami klien (Satrio, 2015).
2. Tahap 2 (Tahap transisi) Perasaan marah yang di alami klien danditandai dengan perilaku agitasi meningkat. Tindakan yang dapat diberikan pada klien yaitu dengan cara: Jangan menanggapi marah dengan amarah, menjaga pembicaraan, menetapkan batas dan memberikan pengarahan, mengajak kompromi, mencari dampakagitasi.
3. Tahap 3 (Krisis) Tahapan ini merupakan tahap dimana klien mengalami peningkatan kemarahan dan agresi, dan ditandai dengan perilaku agitasi, gerakan mengancam, menyerang orang yang berada disekitarnya, berteriakdan berkata kotor. Tindakan yang akan diberikanpada klien yaitu menjagapembicaraan, menjaga jarak kepada klien, dan menjaga komunikasi (Fontaine, 2010).
4. Tahap 4 (Perilaku merusak) Klien dimana pada tahap ini dalam kondisimarah dan ditandai dengan perilaku yang menyerang, dan merusak. Tindakan keperawatan yang dilakukan agar dapat melindungi dari klien lainnya, menghindar, melakukan pengekangan fisik.



5. Tahap 5 (Tahap lanjut) Tahap dimana klien dalam kondisi agresi dan ditandai dengan cara menghentikan perilaku destruktif secara terang-terangan dan pengurangan tingkat gairah. Tindakan yang diberikan perawat pada klien adalah tetap waspada karena perilaku kekerasan baru masih memungkinkan, dan menghindari pembalasan atau balas dendam (Adriyana, 2014).
6. Tahap 6 (Tahap peralihan) Tahap dimana klien dalam kondisi marah yang ditandai dengan perilaku agitasi dan mondar-mandir. Perawat memberikan tindakan untuk melanjutkan atau mengatasi masalah utama klien (Satrio, 2015).

### C. Rentang Respon Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan merupakan satu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan saat bentuk komunikasi dan proses penyampaian bahwa dia “tidak setuju, tersinggung merasa tidak dianggap, merasa tidak diturut atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif) (Yosep, 2013).



Bagan 2.3 rentang respon risiko perilaku kekerasan  
Sumber : (Stuart, 2016)

### 1) Asertif

Perilaku asertif adalah sikap yang berada di tengah pada rentang perilaku pasif atau perilaku agresif. Perilaku asertif merupakan sikap yang menunjukkan rasa yakin tentang diri sendiri, dan dapat berkomunikasi secara hormat pada orang lain. Seorang dengan perilaku asertif dapat berbicara dengan orang lain secara langsung dan jelas, dan sikap tubuh dapat menekankan tentang topik pembicaraan tetapi tidak terkesan mengganggu atau mengancam orang lain. Perilaku asertif dapat ditunjukkan dengan sikap tidak ragu untuk menyampaikan permintaan kepada orang lain, dengan asumsi orang tersebut akan menerima permintaannya yang masuk akal dan perilaku asertif tidak akan merasa bersalah saat melakukan permintaan kepada orang lain (Syuhada, 2013)

### 2) Pasif

Seorang yang berperilaku pasif berubah menjadi marah, mereka mencoba untuk menyembunyikannya sehingga dapat meningkatkan ketegangan terhadap diri mereka sendiri. Orang yang berperilaku pasif biasanya bicara dengan lembut, seringkali dengan cara kekanak-kanakan, adanya kontak mata, lalu posisi klien yang ditunjukkan badan membungkuk (Adriyana, 2014)

### 3) Frustrasi

Frustrasi adalah respon yang terjadi akibat gagal mencapai tujuan yang kurang realistis atau hambatan dalam mencapai tujuan kepuasan (Damaiyanti, 2012).

#### 4) Agresif

Orang dengan perilaku agresif akan menunjukkan perilakunya yang agresif dan mengabaikan hak asasi orang lain, mereka berpikir bahwa mereka harus berjuang dalam mencapai kepentingan mereka sendiri. Perilaku ini dapat ditunjukkan dengan fisik atau verbal, dan menunjukkan sikap dalam menutupi rasa kurang percaya diri, orang tersebut akan menunjukkan harga diri mereka dengan menguasai orang lain dengan demikian membuktikan superioritasnya pada orang lain (Stuart, 2016). Akan menunjukkan harga diri mereka dengan menguasai orang lain dengan demikian membuktikan superioritasnya pada orang lain (Stuart, 2016).

#### 5) Amuk

Amuk atau risiko perilaku kekerasan adalah perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan kehilangan kontrol disertai amuk. Risiko perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu yang disebut dengan hirarki perilaku agresif dan kekerasan (Satrio & Laraia, 2015). Amuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai dengan kehilangan kontrol yang dapat merusak diri dan lingkungan (Ariana, 2016).

### **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

Data Roman mendefinisikan pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Sumber data terbagi menjadi dua yaitu sumber data primer yang berasal dari klien dan sumber data sekunder yang diperoleh selain klien seperti keluarga, orang terdekat, teman, orang lain yang tahu tentang status kesehatan klien dan tenaga kesehatan.

Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien.

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Data data tersebut dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien. Datadayang diperoleh selama pengkajian juga dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif (Rizal, 2019).

Data Keliat (2010), menjelaskan bahwa data yang perlu dikaji pada pasien dengan perilaku kekerasan yaitu pada data subyektif klien mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, mengatakan dendam dan jengkel. Klien juga menyalahkan dan menuntut. Pada data objektif klien menunjukkan tanda-tanda mata melotot dan pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku dansuara keras (Rahmadani, 2019).

#### **E. Diagnosa keperawatan**

Menurut data PPNI (2017) diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Menurut Darmawan (2013) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada risiko kekerasan adalah, harga diri kronik, isolasi sosial, gangguan ppersepsi sensori : halusinasi, risiko perilaku kekerasan.

## **F. Rencana keperawatan**

Rencana keperawatan adalah tindakan yang dirancang untuk membantu klien dalam beralih dari tingkat kesehatan yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan, rencana keperawatan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setelah dilakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan juga dapat dilihat pada tujuan khusus (Muhith, 2015). Berikut ini rencana keperawatan pada klien dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan menurut (Satrio, 2015).

1. TUK 1: Dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda- tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, pasien dapat mendemonstrasikan mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal. Kriteria hasil : setelah 3x pertemuan dengan pasien menunjukkan tanda percaya pada perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat. Pasien mampu mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan
2. TUK 2: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat melakukan cara minum obat yang benar dan teratur , setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara minum obat dengan benar dan teratur.

3. TUK 3: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat melakukan cara minum obat yang benar dan teratur , setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara meminta dan menolak dengan baik.
4. TUK 4: Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat melakukan cara minum obat yang benar dan teratur , setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara melakukan spiritual dengan solat.
5. TUK 5: Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan Kriteria hasil: klien dapat menjelaskan akibat cara yang digunakan klien Intervensi Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang digunakan bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang dilakukan klien tanyakan kepada klien apakah klien mau mempelajari cara baru yang sehat
6. TUK 6: Klien dapat mendemostrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan kriteria hasil : klien dapat menyebutkan contoh pencegahan perilaku kekerasan secara fisik, klien dapat mengidentifikasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan, klien mempunyai jadwal untuk melatih cara pencegahan fisik yang telah dipelajari sebelumnya, klien mengevaluasi kemampuan dalam melakukan cara fisik sesuai jadwal yang disusun Intervensi diskusikan kegiatan fisik yang biasa dilakukan, Beri contoh klien

tentang cara menarik nafas dalam, ajurkan klien menggunakan cara yang telah dipelajari saat marah/jengkel, Validasi kemampuan klien dalam melaksanakan latihan, berikan pujian atas keberhasilan klien

7. TUK 7 : Klien dapat mendemonstrasikan cara sosial untuk mencegah perilaku kekerasan kriteria hasil : klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan, klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik , klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang telah disusun  
 intervensi : diskusikan cara bicara yang baik dengan klien, meminta klien mengikuti cara bicara yang baik, minta klien mengulang sendiri, Beri pujian atas keberhasilan klien, Susun jadwal kegiatan untuk melatih cara yang telah dipelajari, validasi kemampuan klien dalam melakukan latihan berikan pujian atas keberhasilan klien
8. TUK 8 : Klien dapat mendemostrasikan cara osial untuk mencegah perilaku kekerasan kriteria hasil: klien dapat menyebutkan cara bicara (verbal) yang baik dalam mencegah perilaku kekerasan, klien dapat mendemostrasikan cara verbal yang baik, klien mempunyai jadwal untuk melatih cara bicara yang baik, klien melakukan evaluasi terhadap kemampuan cara bicara yang sesuai dengan jadwal yang disusun  
 intervensi : diskusikan dengan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan minta klien mendemostrasikan kegiatan ibadah yang dipilih, validasi kemampuan klien dalam melakukan validasi, berikan pujian atas keberhasilan klien
9. TUK 9 : Klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat untuk mencegah perilaku kekerasan kriteria hasil : klien dapat menyebutkan jenis, dosis dan

waktu minum obat serta manfaat dari obat itu, klien mendemostrasikan kepatuhan minum obat sesuai jadwal yang ditetapkan, klien mengevaluasi kemampuan dalam mematuhi minum obat intervensi: diskusikan dengan klien manfaat minum obat secara teratur diskusikan tentang proses minum obat, klien mengevaluasi pelaksanaan minum obat klien, validasi pelaksanaan minum obat klien, beri pujian atas keberhasilan klien

10. TUK 10 : Klien dapat mengikuti TAK : stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan Kriteria hasil : klien dapat mengikuti TAK, klien mempunyai jadwal, klien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan TAK Intervensi : anjurkan klien untuk mengikuti TAK stimulasi persepsi pencegahan perilaku kekerasan, diskusikan dengan klien tentang jadwal TAK, masukkan jadwal TAK dalam jadwal kegiatan harian, beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK, beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK beri pujian atas kemampuan mengikuti TAK
11. TUK 11 : Klien mendapat dukungan keluarga dalam melakukan cara pencegahan perilaku kekerasan kriteria hasil : keluarga dapat mendemostrasikan cara merawat klien intervensi : identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien sesuai yang telah dengan keluarga terhadap klien selama ini, jelaskan keuntungan peran serta keluarga dalam merawat klien, jelaskan cara-cara merawat klien.

## **G. Implementasi keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan/ implementasi keperawatan merupakan asuhan keperawatan yang telah perawat berikan kepada pasien berdasarkan dengan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya.



Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan ialah sebagai berikut:

1. Strategi Pelaksanaan (SP 1): membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasitanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, pasiendapat mendemonstrasikan mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal. Kriteria hasil : setelah 3x pertemuan dengan pasien menunjukkan tanda percaya pada perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat. Pasien mampu mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasandengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal.
2. Strategi Pelaksanaan (SP 2): mengevaluasi SP 1, membina hubungan saling percaya, pasien dapat melakukan cara minum obat yang benar dan teratur, setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara minum obat dengan benar dan teratur.
4. Strategi Pelaksanaan (SP 3): mengevaluasi jadwal kegiatan harian SP 1 dan SP 2, membina hubungan saling percaya, pasien dapat melakukan cara minum obat yang benar dan teratur , setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan nama lengkap,

pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara meminta dan menolak dengan baik.

5. Strategi Pelaksanaan (SP 4): mengevaluasi SP 1, 2, 3, membina hubungan saling percaya, pasien dapat melakukan cara minum obat yang benar dan teratur, setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mampu menyebutkan namalengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara melakukan spiritual dengan solat.

## **H. Evaluasi**

Evaluasi pasien dilakukan berfokus pada perubahan perilaku pasien setelah di berikan tindakan keperawatan. Sebagai contoh pada risiko perilaku kekerasan : pasien dapat mengontrol atau mengendalikan perilaku kekerasan, pasien dapat menerima kehadiran perawat, pasien dapat mengungkapkan perasaan dan keberdayaannya saat ini secara verbal : pasien menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya, pasien dapat mendemostrasikan cara mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, Pasien mengungkapkan perasaan kesal, rasa jengkel padaorang lain tanpa menyakiti, pasien menggunakan obat sesuai program yang di tetapkan, pasien menjelaskan manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepada pasien, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan dan pasien menggunakan obat sesuai program, memperagakan cara mengontrol dengan dzikir

### **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini penulis menguraikan Asuhan Keperawatan pada Tn.D di Ruang PHCU wanita Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, dalam melakukan asuhan keperawatan ini pendekatan yang digunakan untuk proses keperawatan meliputi 5 tahap yaitu: pengkajian, diagnosa perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas pasien**

Pengkajian memiliki inisial D umur 30 tahun dengan status perkawinansudah menikah, jenis kelamin perempuan, suku bangsa Sunda beragama islam, pendidikan terakhir sekolah dasar kelas 5, alamat Cilangkap RT 002, dengan diagnosa medis Skizofrenia paranoid sumber informasi dari pasien, rekam medis, dan perawat di ruang PHCU wanita.

##### **2. Alasan Masuk Rumah Sakit**

Terima pasien baru asal Depok 22:00 WIB datang diantar keluarga, satpam dan petugas IGD. Rawat/riwayat, sakit sejak 2 minggu lalu, Tetapi pengobatan pasien kurang berhasil karena pasien putus obat 2 minggu belum pernah berobat medis 5 hari di rumah menunjukkan gejala marah-marah, mengetok-ngetok/menggedor ngedor pintu warga/mengacak-acak dangangan para pedagang, bicara sendiri, TD 100/80 mmHg.

### 3. Faktor predisposisi

Sebelum dibawa di rumah sakit jiwa pasien sudah pernah dirawat dan pasien mengalami gangguan jiwa sejak 3 tahun yang lalu tahun 2019. karena pasien merasa dirinya sudah sembuh merasa dirinya sudah sembuh dan tidak ada yang mengingatkan untuk minum obat dan pasien kambuh kembali. Pasien minum obat teratur karena pasien berada di rumah sakit. Pasien pernah melakukan kekerasan kepada warga pada tahun 2021 pasien mengacak-acak dagangan orang lain dan menggedor mgedor pintu warga. tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, suami pasien selingkuh dengan sepupunya dia mengetahui perselingkungan suaminya pada tahun 2018.

Masalah keperawatan : Harga Diri Rendah Kronik.

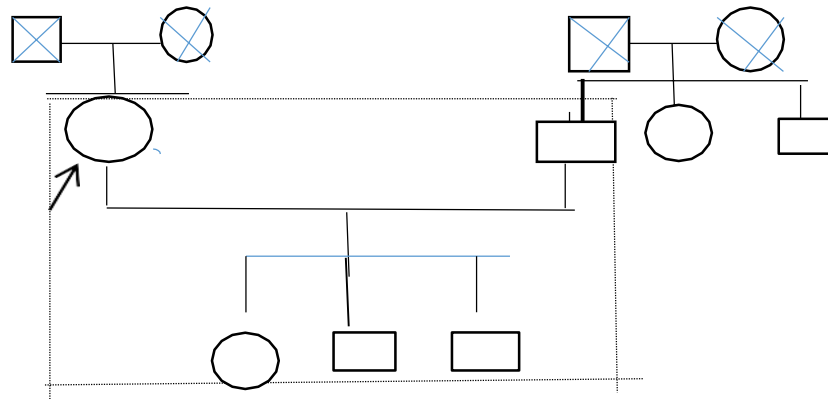
### 4. Pemeriksaan fisik






Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi: tekanan darah pasien 100/90, frekuensi nadi 72x/menit, suhu tubuh 36 C, pernafasan 18x/menit, tinggi badan 160 cm, dengan berat badan 50kg, pasien tidak merasakan keluhan fisik.

## 5. Psikososial

### a. Genogram

Keterangan :



-  : Laki-Laki  
 : Perempuan  
 : Pasien  
 : Tinggal serumah  
 : Meninggal

Penjelasan: Pasien menikah pada umur 20 tahun dan memiliki anak 3anak pertama perempuan umur 9 tahun , anak kedua laki-laki 7 tahun, anak ketiga laki-laki 4 tahun. Tidak ada masalah kesehatan pada semua anak, yang mengasuh anak-anaknya adalah suami pasien, untuk komunikasi pasien dengan anak baik, untuk pengambil keputusan adalah suami. Untuk saat ini anaknya tinggal bersama suaminya.

**a. Konsep Diri**

Gambaran diri, pasien mengatakan suka pada rambut dan mata pasien karena rambut pasien panjang dan lurus. Identitas diri, pasien mampu menyebutkan nama lengkapnya, alamat dan usianya. Pasien menerima dirinya sebagai seorang perempuan. Peran diri, pasien mengatakan pasien berperan sebagai istri dan seorang ibu. Pasien merasa tidak berguna karena pasien tidak bisa menyekolahkan anak-anaknya. Pasien merasa sedih Karena tidak bisa menjalankan perannya dengan baik. Ideal diri pasien saat ini berharap bisa sembuh dan cepat pulang sehingga dapat berkumpul dengan anak-anaknya. Harga diri, pasien mengatakan malu pada orang lain karena pasien tidak bisa menyekolahkan anak-anaknya.

Masalah keperawatan : Harga diri rendah kronik

**b. Hubungan sosial**

orang yang berarti dalam hidupnya dan saat ini untuk pasien adalah keluarganya atau anaknya. Menerima segala kondisi dan situasi yang telah terjadi pada pasien. Peran dalam kegiatan kelompok atau masyarakat ialah pasien tidak pernah mengikuti kegiatan apapun dalam masyarakat. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain karena pasien terkadang malu jika bertemu dengan orang lain.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

**c. Spiritual**

Pasien menganut agama islam. Pasien mengatakan tidak yang bertentangan dengan ajaran agama islam, pasien mengatakan dirumah

dan di Rumah Sakit pasien sholat 5 waktu, dan pasien melakukan zikir.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah dalam keperawatan.

**d. Status mental**

1. **Penampilan** Pasien tampak berpenampilan rapi, rambut pasien berwarna pirang tertata rapi, mata terlihat seperti orang yang kurang tidur/mengantuk, kulit dan badan bersih, muka kering, gigi pasien bersih, kuku pasien terlihat sedikit kotor, pasien mandi sehari 2 kali pagi pukul 06:00 dan sore hari pukul 17:00 dan pasien selalu mengganti pakaian sehabis mandi.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah dalam keperawatan

2. **Pembicaraan** pasien tampak sering lambat dalam pengucapan dan gagap saat menjawab pertanyaan.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

3. **Aktivitas motorik** pasien rutin mengikuti kegiatan TAK dan senam pagi tetapi pasien selalu gelisah dan mondar mandir

Masalah keperawatan : halusinasi

4. **Alam perasaan** pasien mengatakan sedih dan khawatir karena pasien ingat dengan anak-anaknya.

Masalah keperawatan : Harga rendah diri kronik

6. **Afek** Pasien mengalami afek labil karena pasien ketika ditanya tidak pernah konsisten dengan jawabannya, dan pasien juga kadang sedih dan marah-marah.

7. **Interaksi selama wawancara** Selama dikaji pasien kontak mata berkurang dan mudah tersinggung, saat bicara dengan orang lain kontak mata pasien tidak fokus.

Masalah keperawatan : Risiko perilaku kekerasan.

8. **Persepsi** pasien mengatakan mendengar suara bisikan yang tidak nyata seperti bisikan nya menyuruh pasien melakukan hal negatif atau melempar barang-barang yang ada disekitar pasien, dan pasien mengatakan pasien percaya dengan bisikan itu. Pasien mengatakan halusinasinya datang pas malam hari, jam nya tidak menentu, saat pasien sendiri. Terkadang juga pasien melihat halusinasi dengan ada yang gantung diri dan melihat ada kebakaran disekitar rumah sakit. Pasien mengatakan untuk mengatasi halunya pasien tidur, namun cara tersebut tidak efektif karena suara-suara tersebut masih di dengar oleh pasien.

Masalah keperawatan : gangguan persepsi sensori : halusinasi

9. **Proses fikir** pasien berbicara berbelit-belit, saat ditanya pasien sering beralih untuk

Membahas topik lain dan kadang tidak nyambung. Masalah

keperawatan : gangguan memori

10. **Isi pikir** Pasien tidak mengalami gangguan isi fikir

Masalah keperawatan : tidak ada masalah dalam keperawatan

11. **Tingkat kesadaran** pasien tingkat kesadaran bingung dalam tempat dan orang. Masalah keperawatan: gangguan memori



12. **Memori** gangguan daya ingat jangka panjang pasien mampu mengingat hal yang dahulu dan sekarang.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah dalam keperawatan

13. **Tingkat orientasi dan bingung** pasien tidak mampu berkonsentrasi dan pasien mudah beralih, pasien terkadang saat ditanya tampak sering bingung dan tidak fokus .Masalah keperawatan : gangguan memori

14. **Kemampuan penilaian** pasien kemampuan penilaiannya ada gangguan jaringan ,pasien masih sering tidak melakukan hal-hal yang telah diajarkan, melakukan yang menurutnya benar. Masalah keperawatan : koping tidak efektif

15. **Daya tilik diri** pasien mengingkari penyakit yang di derita, pasien menyangkal penyakitnya/halusinanya merasa dirinya tidak sakit.

Masalah keperawatan : halusinasi

16. **Kebutuhan persiapan pulang**

Pasien mampu melakukan kegiatan mandiri seperti, pasien makan 3 kali sehari selama di Rumah sakit dengan porsi yang disediakan, pasien selalu menghabiskan makanan dan menaruh tempat makan di tempatnya, pasien melakukan perawatan diri sendiri, toileting sendiri tanpa harus dibantu perawat, pasien mandi 2 kali sehari, pasien memakai baju sendiri tanpa harus dibantu perawat, pasien mengatakan tidur siang dari jam 13:00 WIB sampai dengan jam 15:00 WIB, dan pasien tidur malam mulai dari jam 21:00 WIB sampai bangun jam 05:00 WIB. Pemeliharaan kesehatan pasien melakukan perawatan lanjutan dan system pendukung. Pasien

melakukan kegiatan didalam seperti menjaga kerapian rumah, mempersiapkan makanan, mencuci pakaian, kegiatan diluar rumah, pasien sering berbelanja apapun itu untuk keluarga pasien, dan kadang pakai transportasi .

Masalah keperawatan : tidak ada

#### **17. Mekanisme koping**

Mekanisme koping adaptif adalah berbicara dengan anaknya apabila mempunyaimasalah pasien berusaha menghibur dirinya sendiri dengan bernyanyi, pasien lebih sering menyendiri memendam masalah sendiri.

Masalah keperawatan : isolasi sosial

#### **18. Masalah psikososial dan lingkungan**

Ditempat tinggal saat dirinya ataupun orang yang dekat dirinya disakiti tanpa berfikir. Masalah berhubungan dengan lingkungan, pasien mudah bergaul dan kesal dengan orang, tetapi pasien tidak mudah memilih teman yang baik dan benar baginya. Masalah dengan pendidikan, pasien bermasalah dengan pendidikannya, terakhir pasien sekolah kelas 5 SD karena kekurangan biaya. Masalah keperawatan dengan pekerjaan, sebelum masuk rumah sakit pasien bekerja sebagai pemandu karaokean, tetapi semenjak pasien masuk Rumah sakit pasien tidak bekerja lagi. Masalah dengan perumahan, pasien tinggal didaerah padat penduduk, lingkungan pasien sangat tidak baik. Masalah ekonomi, pasien tidak memiliki uang untuk membiayai anaknya. Masalah dengan pelayanan

kesehatan, pelayanan kesehatan ditempat tinggal klien memadai, tetapi pasien merasa tidak sakit, dan dia merasa dirinya sehat. Masalah lainnya, pasien mengatakan dia kurang perhatian dan sosok ibudanya kedua orang tua pasien sudah meninggal.

Masalah keperawatan: koping keluarga tidak efektif

#### **19. Pengetahuan kurang tentang**

Pasien mengatakan dirinya tidak sakit, dirinya hanya menganutapa yang baginya benar. Gangguan persepsi sensori-halusinasi, Risiko perilaku kekerasan.

#### **20. Aspek medik**

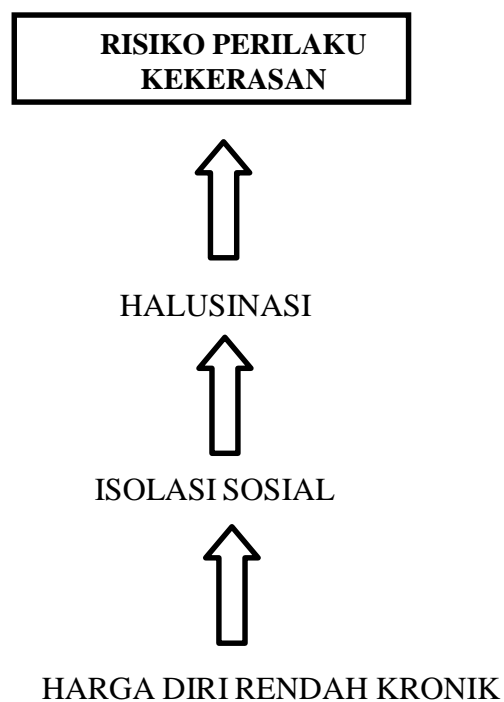
Diagnosa medik pasien adalah skizofenia. Terapi medik yang didapat oleh pasien adalah: Haloperidol 2x5 mg, Trihexyphoridyl 3x2mg.

## 21. Analisa data

Tanggal	Data fokus	Masalah keperawatan
10/11/2023	<p>DS: pasien mengatakan melihat dan mendengar bisikan palsu  Pasien mengatakan melihat kebakaran palsu di sekitar rumah sakit pada malam hari, lamanya 3 hari  DO: pasien tampak gelisah  Pasien tampak bingung  Pasien tampak kurang berkonsentrasi saat diajak berkomunikasi.</p>	Halusinasi penglihatan dan pendengaran
11/11/2023	<p>DS: pasien mengatakan hal-hal kasar.  Pasien mengatakan marah kalau ada bisikan apabila pasien marah pasien akan merusak barang disekitarnya.  DO: pasien tampak marah-marah sama Warga dan pasien lainnya.  Pasien menggedor-gedor pintu warga dengan keras dan mencoba membuka pintu warga dengan paksa  Pasien mengacak-acak</p>	Risiko perilaku kekerasan

	dangangan warga.	
12/11/20 22	DS : pasien mengatakan ingin sendiri dan Tidak mau berbicara dengan orang Lain. Pasien tidak suka diganggu  DO: pasien terlihat sendiri Pasien tampak kurang konsentrasi diajak untuk	Isolasi social
12/11/20 22	DS: pasien mengatakan tidak suka dengan dirinya karena pasien merasa gagal menjaadi orang tua. DO: pasien terlihat gelisah	Harga diri rendah kronik

#### A. Pohon masalah



gambar 3.3 pohon masalah

## **B. Diagnosa keperawatan**

1. Risiko perilaku kekerasan
2. Halusinasi pendengaran
3. Isolasi sosial
4. Harga diri rendah kronik

## **C. Perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan**

### **1. Diagnosa Keperawatan :**

#### **Risiko Perilaku Kekerasan**

#### **Pelaksanaan SP 1**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan marah jika ada bisikan apabilamarah pasien merusak barang- barang disekitarnya.

**Data Objektif:** Pasien tampak mondar mandir dan gelisah, emosi pasien tampak tidak stabil, pasien tampak tatapan tajam dan bermukasinis, pasien tampak mudah tersinggung.

**Tujuan Umum:** Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

**Tujuan Khusus:** TUK 1 Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasitanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, pasien dapat mendemonstrasikan mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal.

**Kriteria Hasil:** Setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mau menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat menceritakan penyebab perasaan marah.

Pasien mampu mendemonstrasikan cara fisik untuk mencegah perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dan pukul bantal.

**Rencana Tindakan Keperawatan:** Bina hubungan saling percaya, beri salam terapeutik setiap interaksi, perkenalkan diri dengan sopan, tanyakan nama lengkap, jelaskan tujuan setiap pertemuan, beri perhatian kepada pasien adakah kontak dan singkat secara bertahap, beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya. Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya, buat jadwal kegiatan harian, evaluasi SP 1 yaitu mengontrol emosi dengan relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

**Tindakan Keperawatan:** Bina hubungan saling percaya dengan ucapkan salam terapeutik, perkenalkan diri, jelaskan tujuan interaksi untuk latihan mengontrol perilaku kekerasan agar proses penyembuhan lebih cepat, buat kontrak waktu dan tempat, ajarkan pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal.

**Rencana Tindak Lanjut:** Evaluasi SP 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal, latih mengontrol emosi dengan patuh minum obat. **Evaluasi**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan sudah lebih lega karena cerita dengan perawat, dan pasien mengatakan mau mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

**Data Objektif:** Pasien sudah tampak lebih tenang, pasien bisa mengulangi cara mengontrol emosi dengan teknik relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

**Assesment:** Risiko perilaku kekerasan masih ada.

**Planning:** Anjurkan pasien tarik nafas dan memukul bantal dalam 2kali sehari senin 10 november, pukul 09.00 WIB dan sore 17.00 WIB atau saat merasa emosi, anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Hari Selasa tanggal 11 November**

### **Pelaksanaan SP**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan sudah dapat mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan memukul bantal, pasien mengatakan senang dapat mengontrol marah, pasien mengatakan masih suka marah-marah bila ada yang mengusiknya dan membuat keributan.

**Data Objektif:** pasien tampak lebih tenang, pasien sudah mulai sedikit bisa mengontrol emosi.

**Tujuan Umum:** Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah

**Tujuan Khusus:** Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat cara minum obat dengan benar dan teratur.

**Kriteria Hasil:** Setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mau menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara minum obat dengan benar dan teratur.

### **Rencana Tindakan Keperawatan:**

Evaluasi SP 1 yaitu mengontrol emosi dengan cara teknik nafas dalam dan memukul bantal, mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol emosi dengan cara minum obat dengan benar dan teratur



jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada pasien: Jenis obat (nama, warna, kegunaan setiap obat, bentuk, dosis, waktu, cara, efek), menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Tindakan Keperawatan:** Evaluasi perilaku kekerasan, pertahankan rasa percaya pasien dengan ucapkan salam dan berikan motivasi, *assesment* ulang risiko perilaku kekerasan, buat kontrak ulang untuk mengenal obat, kegunaan obat dan kerugian apabila tidak minum obat.

**Rencana Tindak Lanjut:** Evaluasi SP 1 yaitu cara tarik nafas dalam dan pukulan bantal, SP 2 yaitu cara minum obat yang benar dan teratur, lanjutkan SP 3 meminta dan menolak dengan baik dan benar.

### **Evaluasi**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan senang berbincang dengan perawat tentang cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat yang benar dan teratur, pasien mengatakan bisa menghafal hanya beberapa obat, bisa menghafal warna obat dan tau fungsi dari obat yang diminum, pasien mengatakan akan minum obat dengan teratur.

**Data Objektif:** Pasien mampu melakukan atau mengulangi yang sudah diajarkan tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat yang benar dan teratur, pasien menyebutkan dua obat beserta kegunaannya dan kerugian apabila tidak diminum, namun pasien belum mampu mengetahui kegunaan obat dan kerugian sepenuhnya.

**Assesment:** Risiko perilaku kekerasan masih ada.

**Planning:** Anjurkan pasien minum obat dengan cara benar dan teratur, anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

### **Pelaksanaan SP 3**

Rabu 12 november 2022

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan masih mengingat cara tarik nafas dalam dan pukul bantal saat pasien marah, pasien mengatakan melakukan cara yang diajarkan perawat, pasien minum obat dengan benar dan teratur.

**Data Objektif:** Emosional pasien tampak stabil.

**Tujuan Umum:** Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan atau marah.

**Tujuan Khusus:** Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat meminta dan menolak dengan baik.

**Kriteria Hasil:** : Setelah dilakukan 3x interaksi menunjukkan tanda percaya dengan perawat menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, pasien mau berjabat tangan, pasien mau menyebutkan nama lengkap, pasien mengetahui nama perawat, pasien dapat mendemonstrasikan cara meminta dan menolak dengan baik.

**Rencana Tindakan Keperawatan:** : Evaluasi SP 1 yaitu mengontrol emosi dengan cara teknik nafas dalam dan memukul bantal, melatih pasien mengontrol emosi dengan cara minum obat dengan benar dan teratur jika tidak menggunakan obat, jelaskan kepada pasien: Jenis obat (nama, warna, kegunaan setiap obat, bentuk, dosis, waktu, cara, efek), mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien untuk meminta dan menolak dengan baik, menganjurkan pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

**Tindakan Keperawatan:** Evaluasi perilaku kekerasan, akibat, cara fisik tarik nafas dalam dan pukul bantal. Pertahankan rasa percaya dengan

ucapkan salam dan berikan motivasi, *assesment* ulang risiko perilaku kekerasan, buat kontrak ulang untuk melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak, meminta, mengungkapkan perasaan dengan baik dengan orang lain.

**Rencana Tindak Lanjut:** Evaluasi SP 1 yaitu tarik nafas dalam dan pukuk bantal, SP 2 yaitu minum obat dengan benar dan teratur, SP 3 yaitu meminta dan menolak dengan cara yang baik, lanjutkan SP 4 yaitu mengontrol emosi dengan cara spiritual.

### **Evaluasi**

**Data Subjektif:** Pasien mengatakan senang sudah mengetahui cara meminta dan menolak dengan baik ketika emosi sedang muncul, pasien mengatakan mengerti cara meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain.

**Data Objektif:** Pasien sudah merasa tenang, emosional sudah stabil, pasien mampu melakukan yang sudah diajarkan perawat tentang mengontrol perilaku kekerasan dengan cara meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain.

**Assesment:** Risiko perilaku kekerasan masih ada.

**Planning:** Anjurkan pasien melatih untuk meminta dan menolak dengan baik kepada orang lain pada jam 09.00 WIB dan 19.00 WIB dan anjurkan untuk memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

### **Pelaksanaan keperawatan**

Hari ke tiga hari rabu tanggal 12 november 2022 jam 13:00 wib rencana tindakan sp 4 perilaku kekerasan yaitu evaluasi sp 1, 2, dan 3 risiko perilaku

kekerasan yang pernah dipelajari, mendiskusikan cara mengontrol marah dengan cara spiritual (berdoa/berzikir, sholat atau melakukan ibadah sesuai kepercayaan yang dianut) hasil diskusi pasien memilih untuk sholat dan beristigfar bila dirinya akan marah.

### **Evaluasi keperawatan**

**Subjektif:** pasien mengatakan masih mengingat cara mengontrol marah dengan relaksasi nafas dalam atau pukul bantal/benda lunak, pasien mengatakan rutin minum obat dan pasien mengatakan sudah dapat mengungkapkan marah dengan cara verbal tanda melukai diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan sekitar, pasien memilih untuk sholat dan beristigfar bila dirinya akan marah.

**Objektif:** kontak mata dengan pasien sudah ada, pasien tampak senang saat akan belajar cara mengontrol marah, pasien dapat melakukan istigfar bila dirinya merasa kesal terhadap orang lain.

**Analisa :** masalah risiko perilaku kekerasan teratasi sebagian

**Perencanaan perawat :** evaluasi seluruh sp 1, 2, 3 dan 4 yang sudah diajarkan

### **Perencanaan pasien :**

anjurkan pasien untuk terus melakukan hal yang sudah dipelajari untuk mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam, memukul bantal/benda lunak, minum obat, mengungkapkan marah dengan cara verbal, dan spiritual secara mandiri 2x/hari pada jam 16:00 dan 19:00 wib.

**Perencanaan untuk perawat diruangan :**

evaluasi sp 1 mengontrolmarah dengan cara fisik yaitu tarik nafas dalam dan memukul bantal,sp 2 patuh minumobat, sp 3 mengontrol marah dengan cara verbal dan sp 4 yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual dengan yang sudah mahasiswa berikan kepada pasien. Observasi lebih lanjut tentang keadaan pasien dan kepatuhan minum obat

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

BAB ini akan membahas kesenjangan teori dan kasus termasuk faktor pendukung dan penghambat dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada Ny.D PHCU wanita RS Dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor Jawa Barat. Penulis mulai melakukan asuhan keperawatan pada tanggal 10 -12 november 2022. Dengan melakukan pendekatan proses keperawatan meliputi: pengkajian, perumusan diagnose, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan penulis sesuai dengan teori, penulis memperoleh data secara bertahap dari proses wawancara, pengamatan, catatan keperawatan, rekam medis, dan penjelasan dari perawat di ruangan. Berdasarkan teori menurut Handayani et al., (2017) data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, meliputi faktor psikologis, faktor sosial budaya, faktor biologis.

Faktor presipitasi pada kasus pasien mengalami kekerasan diri sendiri, dan mendorong-mendorong pintu tetangga dan mengacak-acak dangangan para pedagang. Dan merasa dirinya tidak bisa membahagiakan orang tua karena dirinya yang sering bermasalah dengan suaminya pasien juga merasa tidak berguna bagi anaknya karena tidak bisa mengurus anaknya.

Data subjektif pada kasus didapatkan pasien mengatakan bahwa dirinya kesal bila ada yang membuat keributan dan menyinggung dirinya, data objektif pasien tampak bicara dengan nada suara tinggi dan cepat, mata pasien melotot bila marah dan tangan mengepal, pasien juga sering menyendiri bila sudah tidak ada kegiatan yang dilakukan lagi, pasien tampak gelisah bila terlalu lama diajak berbicara.

Pada kasus didapatkan faktor predisposisi meliputi faktor psikologis dimana pasien menginginkan menjadi istri dan ibu yang baik, tapi dirinya tidak bisa dikarenakan dia kurang biaya untuk menyekolahkan anaknya. Ditambah faktor pendukung yaitu hubungan nya dengan suami tidak harmonis karena suami selingkuh dengan sepupu pasien dan membuat pasien marah dan kesal.

Berdasarkan teori tanda dan gejala dari perilaku kekerasan adalah muka memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, berjalan mondar-mandir, berbicara kasar, bersuara tinggi, menjerit ataupun berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar barang, tidak mampu mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan. Kesenjangan dalam pasien yaitu, tegang, pandangan tajam, mengepalkan tangan, berjalan mondar-mandir, berbicara kasar, bersuara tinggi. Yang tidak ada di pasien muka memerah, mengatup rahang dengan kuat, bersuara tinggi, menjerit ataupun berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar barang, tidak mampu mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan.

Berdasarkan teori rentan respon perilaku kekerasan dibagi menjadi 2 yaitu adaptif dan maladaptif. Rentan respon adaptif adalah suatu respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat.

Dalam hal ini individu masih dapat menyelesaikan masalah dengan cara yang menyimpang atau bertentangan dengan norma- norma sosial, agama, budaya, dan lingkungan. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan rentan respon adaptif pada pasien yaitu mencoba melakukan relaksasi nafas dalam untuk menahan dirinya saat ingin marah tetapi tidak berhasil sehingga menimbulkan respon maladaptif yaitu mengamuk dan melempar barang barang disekitarnya.

Faktor pendukung yang penulis dapatkan yaitu, terbinanya hubungan saling percaya, pasien kooperatif pada saat interaksi dan bersemangat saat akan mempelajari cara baru untuk mengontrol marah.

Faktor penghambat, pasien yang cepat gelisah gelisah bila diajak berbicara terlalu lama dan kontak mata sedikit saat pertama kali bertemu. Solusinya adalah penulis melakukan pendekatan kepada pasien dengan memberikan perhatian dan sering diajak mengobrol santai, agar pasien tidak jenuh dan gelisah serta dapat menumbuhkan rasa percaya terhadap perawat.

## **B. Diagnosa keperawatan**

Darmawan (2013) diagnosa keperawatan pada risiko kekerasan adalah harga diri rendah, perilaku kekerasan, koping individu tidak afektif, gangguan persepsi sensori : halusinasi, risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial. Terdapat kesenjangan teori dengan kasus yaitu pada kasus hanya ditemukan 4 diagnosa yaitu perilaku kekerasan, isolasi sosial, gangguan persepsi sensori halusinasi, dan harga diri rendah kronik. Sedangkan pada teori terdapat 6 diagnosa, hal ini karena pasien sudah mulai dapat mengontrol koping individunya sehingga tidak muncul pada kasus.



Untuk saat ini halusinasi pasien sudah berkurang sehingga faktor penyebab dirinya akan melakukan perilaku kekerasan juga menurun. Pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi saat ini masih disangkal, pasien masih terkadang halusinasi, tetapi pada harga diri rendah kronik sudah berkurang. Pada saat ini ada 3 diagnosa yang menonjol yaitu perilaku kekerasan, isolasi sosial, dan halusinasi. Dimana pasien masih sulit untuk mengontrol marah, berbicara dengan keras, bernada suara tinggi, mengepalkan tangan saat marah, melotot pada lawan bicara yang membuatnya kesal dan suka menyendiri di kamar dan kadang berbicara sendiri.

Tetapi pasien masih mau ikut kegiatan yang ada di rumah sakit seperti senam, bermain bersama, makan bersama, pasien sering langsung masuk ke kamar saat yang lain mengobrol santai sebelum atau sesudah makan, saat dikaji kenapa sering di dalam kamar pasien mengatakan malas untuk mengobrol yang tidak penting, dan di kamar jauh lebih baik karena lebih tenang. Pasien gelisah bila saat diajak berbicara terlalu lama, kontak mata saat pertama kali interaksi sangat kurang.

Faktor pendukung yaitu pasien yang mampu menceritakan tentang dirinya kooperatif sehingga penulis dapat dengan mudah menentukan diagnosa prioritas. Faktor penghambat yaitu penulis sedikit bingung dengan penentuan diagnosa selain diagnosa prioritas, solusi yaitu konsultasi pembimbing untuk menentukan diagnosa utama.

### **C. Perencanaan keperawatan**

Berdasarkan teori menurut Tarwono & Wartonah (2011). Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah dan kebutuhan klien perencanaan keperawatan jiwa terdiri dari aspek tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan diagnosa keperawatan jiwa tertentu. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan yang perlu dicapai atau dimiliki klien sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien.

Diagnosa pertama yaitu risiko perilaku kekerasan, intervensi untuk risiko perilaku kekerasan yaitu, pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan. Pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan, pasien dapat mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan, pasien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan, pasien dapat menggunakan obat sesuai program yang benar. Rencana tindakan keperawatan dilakukan sesuai SP risiko perilaku kekerasan yaitu, membina hubungan saling percaya, bantu pasien untuk mengontrol marah dengan relaksasi tarik nafas dalam dan memukul bantal/benda lunak, jelaskan manfaat minum obat dan kerugian tidak minum obat, serta ketaatan minum obat, mengungkapkan marah dengan cara verbal yang baik, mengevaluasi mengontrol marah dengan cara spiritual.

Faktor pendukung yaitu pasien yang bersifat kooperatif dan telah terbinannya hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien sehingga

mudah untuk melakukan intervensi keperawatan. Faktor penghambat adalah waktu pengerjaan askep yang sangat cepat, sehingga penulis kurang mantap untuk menyusun intervensi dengan benar. Solusinya, menyusun intervensi saat ada waktu senggang bersamaan dengan menyusun implementasi keperawatan.

#### **D. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktifitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplemantasikan intervensikeperawatan DPP PPNI (2018). Pada kasus penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan strategi pelaksanaan (SP) pada pasien risiko perilaku kekerasan.

Hari pertama pada hari senin tanggal 10 November 2022 pukul 10:00 wib rencana tindakan SP 1 risiko perilaku kekerasan: Membina hubungan saaling percaya, pasien dapat menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan, pasien dapat melakukan cara mencegah perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan memukul bantal.

Faktor pendukung, pasien yang bersikap kooperaktif dan bersemangat saat akan diajarkan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal membuat dirinya merasa senang. Faktor penghambat, kurangnya waktu untuk melakukan implementasi dan kondisi pasien yang terkadang suka tidak mood untuk diajak bicara/mengobrol. Solusinya, penulis mencari waktu yang tepat agar pasien siap dan mau diajak mengobrol, serta ajak teman-teman pasien untuk berbincang bersama –sama.

Hari kedua selasa tanggal 11 November 2022 jam 10:30 wib rencana tindakan sp 2 risiko perilaku kekerasan meliputi: Mengevaluasi cara mengontrol marah

dengan tarik nafas dalam dan memukul bantal, Melatih cara minum obat secara teratur (warnaobat, nama obat, waktu minum obat, cara minum obat), mendiskusikan manfaat dari minum obat dan kerugian tidak minum obat.

Faktor pendukung, pasien yang bersikap kooperatif dan bersemangat saat akan diajarkan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal membuat dirinya merasa senang.

Faktor penghambat, kurangnya waktu untuk melakukan implementasi dan kondisi pasien yang terkadang suka tidak mood untuk diajak bicara/mengobrol.

Solusinya, penulis mencari waktu yang tepat agar pasien siap dan mau diajak mengobrol, serta ajak teman-teman pasien untuk berbincang bersama –sama. Hari ketiga pada hari rabu tanggal 12 November 2022 jam 13:00 wib rencana tindakan sp 4 perilaku kekerasan yaitu evaluasi sp 1, 2, dan 3 risiko perilaku kekerasan yang pernah dipelajari, selanjutnya sp 4 mengontrol marah dengan cara spiritual (berdoa/berzikir, solat atau melakukan ibadah sesuai dengan kepercayaan yang dianut). Faktor pendukung, pasien yang bersifat kooperatif dan bersemangat saat akan diajarkan cara mengontrol marah membuat dirinya merasa senang.

Faktor pendukung, pasien yang bersikap kooperatif dan bersemangat saat akan diajarkan cara mengontrol marah membuat dirinya merasa senang.

Faktor penghambat, kurangnya waktu untuk melakukan implementasi dan kondisi pasien yang terkadang suka tidak mood untuk diajak bicara/mengobrol. Solusinya, penulis mencari waktu yang tepat agar pasien siap dan mau diajak mengobrol, serta ajak teman-teman pasien untuk berbincang bersama –sama.

## E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakankeperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah, pada tahap evaluasi, perawat dapatmengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah tercapai (Meirisa, 2013).

Pada tahap ini penulis telah menyelesaikan strategi pelaksanaan (SP) yang diberikan kepada pasien, dengan hasil masalah risiko perilakukekerasan dapat menurun. Pasien sudah bisa mengontrol emosi. Dan pasien dipindahkan keruangan tenang setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan.

Evaluasi pasien SP 1 pasien dapat membina hubungan saling percaya, pasien mampu menyebutkan penyebab perilaku kekerasan, pasien mampu menyebutkan tandadan gejala dari perilaku kekerasan, pasien mampu menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan, pasien mampu melakukan cara mencegah perilaku kekerasan dengan cara fisik yaitu relaksasi nafas dalam dan pukul bantau/benda lunak.

Evaluasi pasien SP 2, pasien mampu, mengontrol marah dengan tariknafas dalam dan memukul bantal, pasien sudah dapat minum obat secarateratur (warna obat, jumlah obat, nama obat, waktu minum obat, cara minum obat), pasien mampu menyebutkan manfaat dari minum obat dan kerugian tidak minum obat.

Evaluasi pasien SP 3, pasien mampu mengontrol marah dengan relaksasi tariknafas dalam dan pukul bantal/benda lunak dan taat minumobat, pasien mampu mengungkapkan sacara langsung perasaan marah tetapi denga cara yang baik.

Evaluasi pasien SP 4 pasien sudah dapat melakukan cara menontrolmarah yang pernah dipelajari, pasien pasien dapat mengontrol marah dengan cara spiritual (berdoa/berzikir, solat atau melakukan ibadah sesuai dengan kepercayaan yang dianut) yaitu dengan solat dan beristigfar.

Faktor pendukung, pasien yang bersifat kooperatif dan bersemangatsaat mempelajari cara baru untuk mengendalikan marah, sehingga tidak membuat kesulitan dari implementasi hingga evaluasi.

Pada data pasien terdapat tanda dan gejala yang menurun yaitu sudah tidak marah-marah dan pasien tidak berbicara kasar, tidak bicara mengancam, rasa curiga dan bermusuhan menurun, merusak diri, orang lain dan lingkungan menurun. Dari sepuluh tanda dan gejala yang dialami pasien terdapat 7 tanda gejala yang sudah tidak muncul. Masih ada 3 tanda gejala yang masih muncul pada pasien. Sehingga sekitar 70% tandadan gejala risiko perilaku kekerasan teratasi dengan adanya asuhan keperawatan selama empat hari oleh mahasiswa dan tujuh hari oleh perawat ruangan. 3 tanda dan gejala yang masih muncul karena terbatasnya jadwal dinas penulis sehingga upaya yang harus dilaksanakan agar tanda dan gejala tidak muncul kembali ialah melaksanakan asuhan keperawatan lanjutan oleh perawat rua

## **BAB V**

### **KESIMPULAN**

Pada BAB ini penulis menguraikan pada masing-masing BAB mengenai asuhankeperawatan pada Ny. D dengan risiko perilaku kekerasanandi PHCU wanita RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor Jawa Barat mulai tanggal10-12 november 2022 maka bab ini penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut.

#### **A. Kesimpulan**

Risiko perilaku kekerasan adalah suatu tindakan atau perilaku seseorang yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan tersebut dapat berupa verbal, fisik ataupun kerusakan pada lingkungan. Didalam proses keperawatan terdapat lima proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Pada saat pengkajian penulis menemukan masalah risiko perilaku kekerasan, pada data fokus pasien ditemukan wajah merah, pada proses pengkajian tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan sesuai dengan kondisi pasien yaitu, berbicara dengan nada suara tinggi, cepat, mengepalkan tangan, dan mata melotot ke lawan bicara. Diagnosa yang muncul pada kasus ini ada 4 yaitu: risiko perilaku kekerasan, halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah kronik. Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan seperti ketidak mampuan mencapai tujuan, serta mencelakakan orang lain dan lingkungan.

Dari pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.D didapatkan masalah utama yaitu Risiko Perilaku Kekerasan. Data yang penulis dapatkan yaitu

pasien suka marah- marah, membanting barang jika keinginanya tidak terpenuhi, dan melukai diri sendiri, pasien terlihat sering mondar mandir, pasien juga saat diajak bicara kadang nyambung kadang tidak merespon, pasien juga saat melakukan kegiatan sering terlihat kesal dan mencurigai.

Tahap perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah pasien. Kriteria hasil dibuat sesuai dengan kondisi yang dapat dicapai pasien dalam waktu yang telah ditentukan. Intervensi pada kasus dibuat berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) sesuai dengan teori dan diaplikasikan ke pasien.

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah disusun, dan disesuaikan dengan kondisi pasien yaitu dengan menggunakan strategi pelaksanaan. Implementasi keperawatan penulis melakukan 4 strategi pelaksanaan untuk pasien dengan risiko perilaku kekerasan, yaitu sp 1 risiko perilaku kekerasan adalah mengontrol marah dengan relaksasi tarik nafas dalam dan memukul bantal/benda lunak, sp 2 yaitu mengontrol marah dengan minum obat, sp 3 yaitu mengontrol marah dengan cara mengungkapkan secara verbal, sp 4 yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual.

Pada tahap terakhir yaitu evaluasi keperawatan, Pada tahap evaluasi pada kasus adalah pasien mampu membina hubungan saling percaya, pasien kooperatif, pasien dapat melakukan cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal, cara minum obat yang baik dan benar, melakukan kegiatan, serta melakukan spiritual/ibadah. Evaluasi pada empat strategi pelaksanaan dari tugas keperawatan jiwa, tercapai semuanya yaitu strategi pelaksanaan satu.



Cara mengontrol risiko perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal, pasien sudah bisa mengontrol marah dengan tarik nafas dalam, dua tentang mengedukasi pengertian obat, jenis obat dan kerugian pasien mengerti dan paham cara minum obat dengan benar, tiga tentang mengatasi risiko perilaku kekerasan dengan cara pasien melakukan kegiatan yang positif, merasa lebih tenang dan empat tentang risiko perilaku kekerasan dengan cara melakukan spiritual/ibadah pasien sudah melakukan sholat.

## **B. Saran**

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan risiko perilaku kekerasan selama tiga hari, banyak sekali pengalaman yang penulis dapatkan, sehingga untuk membantu meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan. Maka penulis mencoba untuk memberikan saran yang mungkin dapat berguna bagi semua pihak.

### **1. Mahasiswa /penulis**

Mahasiswa juga diharapkan agar dapat lebih memahami tentang konsep dari proses keperawatan, mahasiswa diharapkan juga sopan santun terhadap orang lain, baik itu pasien, keluarga pasien, dan sesama tenaga medis, dan melakukan pengkajian pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan membina hubungan saling percaya, sehingga pasien dapat menceritakan masalahnya dengan perawat selain itu perawat memvalidasi data yang di dapat tentang pasien, serta melihat rekam medis untuk data penunjang membuat asuhan keperawatan.

## 2. Perawat

Untuk dapat memantau perkembangan pasien hendaknya perawat ruangan memperhatikan jadwal yang sudah ada dan menjadwalkan kegiatan harian pasien, perawat juga dapat membuat pendidikan kesehatan tentang pasien di rumah sakit dan bimbingan konseling untuk keluarga bagaimana cara merawat pasien di rumah.

## 3. Institusi/Akademik

Dengan adanya karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan untuk penulis, institusi diharapkan dapat memberikan pengetahuan yang baru tentang asuhan keperawatan khususnya dalam bidang keperawatan jiwa agar menyediakan lebih banyak buku, jurnal, dan artikel yang dapat membantu mahasiswa/penulis dalam melakukan asuhan keperawatan jiwa dan dapat menyesuaikan pemberian asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, menentukan intervensi, melakukan strategi pelaksanaan, serta evaluasi keperawatan yang tepat dalam pendokumentasikan yang akurat.

## 4. Rumah sakit

Saran untuk rumah sakit agar perawat lebih meningkatkan kemampuan dalam memberikan perawatan dengan pasien gangguan jiwa seperti mengadakan terapi aktivitas, seminar, dan pelatihan. Diharapkan juga rumah sakit agar pasien dapat diberikan asuhan keperawatan dengan kondisi lingkungan yang tenang dan kondusif sehingga akan lebih efektif dalam meningkatkan kondisi pasien dan disesuaikan dengan spesifik dari masalah keperawatan yang ada pada pasien dan dapat melakukan aktivitas

kelompok yang disesuaikan kondisi pasien serta pihak rumah sakit hendaknya melibatkan keluarga dalam proses perawatan pasien agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriyana. (2014). *STIKes Muhammadiyah Pringsewu Lampung*. 9–30.
- Ardi, R. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada..., RESTU ARDIYANTO, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2014*. 7–27.
- Anggraini, D., Hasanah, U., & Utami, I. T. (2023). The application of verbal therapeutic communication implementation strategies in patients at risk of violence behavior in room jasmine psychiatric hospital in Lampung Province. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2), 218–225.
- Ariana, R. (2016). *Bab II tinjauan pustaka hak konstitusional*. 1–23.
- Fiantis, D. (1967). Hubungan antara Stigma diri terhadap kualitas hidup pada pasienskizofrenia di Poliklinik RSJ Prof HB Saanin Padang. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 5–24.
- Jacob, D. E., & Sandjaya. (2018). *Faktor faktor yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat Karubaga district sub district Tolikara propinsi Papua*. Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan (JNIK), 1(69), 1–16.
- Khofifah, L. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.H Dengan Keputusan di DesaSidokumpul Guntur Demak*. 24.
- Kurniawan, F. (2016). Gambaran Karakteristik Pada Gangguan jiwa. *Pengertian Kesehatan Jiwa*, 3.
- Laia, H. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . D Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera*. 1–34. <https://files.osf.io/v1/resources/f4bgv/providers/osfstorage/604f84a0474b1e027dca8e3f?action=download&direct&version=1>
- Mulyani, I. (2013). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kekerasan. *IlmuKesehatan*, 1998, 9–24.
- Nugroho, A. A. (2019). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Puskesmas Tentang Penerapan Model Keperawatan Community Health Nursing di Kabupaten Banyumas*. 1–15.
- Rahmadani, K. D. (2019). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Klien Dengan Perilaku Kekerasan Di Ruang Tiung Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. *Karya Tulis Ilmiah*, 1. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/402/1/SELESAI.pdf>
- Rizal, L. K. (2019). Tujuan Dan Tahapan Pengkajian Dalam Proses Keperawatan. *IlmuKeperawatan*, 4. <https://osf.io/59jbz/download/?format=pdf>

- Salamah, S., & Nyumirah, S. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Tn . T Dengan Risiko Perilaku Kekerasan hanya dari bentuk penyimpangan perilaku*. 59–69.
- Stuart. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Syuhada, muhammad amin. (2013). Perbedaan Tingkat Asertifitas Antara Siswa yang Tinggal di Panti Asuhan dan Siswa yang Tinggal Bersama Orang Tua. *Thesis, Gunarsa 2000*, 12–59.
- Suharis. (2019). karya tulis ilmiah asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama isolasi sosial: menarik diri.
- Syuhada, muhammad amin. (2013). Perbedaan Tingkat Asertifitas Antara Siswa yang Tinggal di Panti Asuhan dan Siswa yang Tinggal Bersama Orang Tua. *Thesis, Gunarsa 2000*, 12–59.
- Tjahjani, N. P., & Zuhaida, A. (2017). Kelainan Genetik Klasik: Tinjauan Penciptaan Manusia dalam Perspektif Al-Qur'an. *MUDARRISA: Journal of Islamic Education*, 5(2), 222. <https://doi.org/10.18326/mdr.v5i2.77>

## **STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN RISIKO PERILAKU**

### **KEKERASAN**

Melatih pasien tarik nafas dalam dan pukul bantal Nama

Klien : Ny. D Pertemuan : Pertama

Hari, Tanggal : Selasa, 14 Desember 2022

#### **A. PROSES KEPERAWATAN**

Data Subjektif : pasien mengatakan ingin memukul, pasien mengatakan kata-kata mengancam.

Data objektif : Emosional pasien tidak stabil, Pasien terlihat sering mengepalkan tangannya dan tatapan mata pasien tajam

Diagnosa keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan.

Tujuan : Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan dan tanda-tandanya. Pasien dapat menyebutkan jenis dan perilaku kekerasan yang pernah dilakukan. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan. Pasien dapat menyebutkan dan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan

Tindakan Keperawatan : Diskusikan penyebab risiko perilaku kekerasan.

Diskusikan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pasien. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan. Diskusikan akibat perilaku kekerasan.

Latih pasien mencegah perilaku kekerasan dengan cara tarik napas dalam Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.

## B. STRATEGI KOMUNIKASI

### 1. Fase Orientasi

- a. Salam Terapeutik: "Selamat pagi Ibu, perkenalkan saya Mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Jeyasikamangunsong. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?".
- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan Ibu saat ini?".
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) : "Bagaimana kalau kita berbincang-bincang untuk saling mengenal dan mendiskusikan penyebab Ibu bisa masuk ke RS? Tujuannya agar Ibu dapat mengontrol perilaku kekerasan jika terjadi. Apa Ibu bersedia? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit bu? Baik, kita mau berbincang dimana?" Fase Kerja "Kalau boleh saya tahu apa yang terjadi di rumah bu sampai Ibu ada disini? Kenapa Ibu marah-marah dan mengamuk? Apa Ibu tahu tanda-tanda jika Ibu sedang marah atau jengkel? Kalau Ibu sedang marah apa yang biasa dilakukan? Apakah Ibu tahu akibat dari apa yang telah Ibu lakukan jika marah?. Kalau menurut saya itu tidak baik bu. Apa yang biasa Ibu lakukan untuk meredakan rasa marah? Sebaiknya jika Ibu sedang kesal atau marah. Ibu dapat melakukan tarik nafas dalam dan Ibu bisa menyalurkan rasa marah Ibu melalui pukul bantal. Apakah Ibu ingin tahu bagaimana langkah melakukan teknik relaksasi nafas

dalam?. Saya contohkan ya bu, pertama Ibu rilekskan posisi badan terlebih dahulu tarik nafas dari hidung, tahan sebentar. lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan amarah. Ayo coba lagi, tarik nafas lagi. Bagus sekali, Ibu sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaan Ibu?. Sekarang saya akan mencontohkan cara setelah Ibu melakukan tarik nafas dalam yaitu menyalurkan amarah melalui pukul kasur dan bantal. Kamar Ibu dimana? Jadi kalau nanti Ibu kesal dan ingin marah, langsung pergi ke kamar dan lampiaskanlah kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba Ibu lakukan, pukul kasur dan bantalnya. Ya, bagus sekali".

## 2. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaannya bu setelah berbincang dengan saya mengenai cara pertama mengontrol amarah yaitu tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal?. Coba sekarang Ibu ulangi cara yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali, Ibu sudah paham bagaimana cara mengontrol amarahnya dengan baik".
- b. Rencana Tindak Lanjut: "Kekesalan yang Ibu rasakan lampiaskan saja ke kasur dan bantal. Sebaiknya latihan ini Ibu lakukan secara rutin sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul, Ibu sudah biasa melakukannya dan jangan lupa untuk merapihkan kembali tempat tidurnya ya. Ibu bisa melakukan itu kapan saja. Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya ya bu, setelah Ibu sudah melakukannya jangan lupa di masukkan ke dalam jadwal kegiatan



harian

**SP II = Risiko perilaku kekerasan, Cara meminum obat yang benar**

Pertemuan ke-2

Hari, tanggal : 11 November

2022 Nama pasien : Ny.D

Ruangan : PHCU wanita

**A. Proses Keperawatan**

**1. Kondisi Pasien**

DS DO:

**2. Diagnosa Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan**

**SP II = Risiko perilaku kekerasan, Cara meminum obat yang benar**

Pertemuan ke-2

Hari, tanggal : 11 November

2022 Nama pasien : Ny.D

Ruangan : PHCU wanita

**A. Proses Keperawatan**

**1. Kondisi Pasien**

DS DO:

**2. Diagnosa Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan**

Tujuan : pasien melakukan Sp2 Risiko perilaku kekerasan yaitu cara meminum obat dengan benar, pasien mampu mengatasi risiko perilaku kekerasan dengan meminum obat secara teratur dan benar

**3. Tindakan Keperawatan:**

- a. Mengevaluasi jadwal harian pasien Menjelaskan kegunaan obat
- b. Menjelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar (benar pasien, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian, benar dokumentasi)
- c. Membantu pasien mengisi jadwal harian

**B. Strategi Komunikasi**

**1. Fase Orientasi**

- a. Salam Teraupetik “Selamat Pagi Pak/bu, masih ingat dengan saya? Iya betul saya suster jesika.”
- b. Evaluasi Validasi “Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Masih denger suara- suara? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak pak/ibu? Coba bapak/ibu ulangi lagi cara relaksasi nafas dalam dan pukul bantal. Wahh bagus pak/ibu. Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”
- c. Kontrak ( topik, waktu, dan tempat)  
 “Baiklah, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita akan mendiskusikan tentang cara meminum obat dengan benar. Kita lakuin disini ya pak/ibu? Bagaimana kalau 15 menit? Bapak/ibumau?
- d. Tujuan  
 “Tujuannya agar bapak/ibu dapat mengontrol marah yang bapak alami dengan cara minum obat dengan prinsip 6 benar”
- e. Fase kerja  
 “Bapak/ibu, bagaimana apakah ada bedanya pas sudah minum obat dengan belum minum obat? Kalau minum obatnya teratur apakah sudah reda marahnya pak/ibu? Nah bapak/ibu sudah tahu belum tentang bagaimana caranya minum obat dengan prinsip 6 benar? Baik saya ajarkan ya pak/ibu, yang pertama benar pasien bapak/ibu harus lihat dulu nama nya di kotak obat itu nama bapak/ibu atau bukan, lalu benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar dokumentasi. Bapak/ibu tahu tidak obatnya ada berapa? Warna nya apa saja? Diminum berapa kali sehari? Minumnya kapan saja? Iya benar sekali pak/ibu. Ayo sekarang kita ulangi ya pak/ibu pertama harus benarpasien, itu punya bapak/ibu atau bukan, lalu benar obat bisamelihatnya dari warna dan jumlahnya benar dosis, benar waktu yang ketika pagi harus minum obat, waktu pemberian secara diminum., benar karena bapak/ibu sudah pintar dan sudah tahu tentang obatpunya bapak/ibu, jadi bapak/ibu harus rajin minum obat terus ya pak, supaya bapak/bu cepat sembuh. Nah kalau begitu bagaimana kalau minum obat ini kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian pak/bu?”

## 2. Fase Terminasi

1. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah tadi belajarcara minum obat yang benar?”
2. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara minum obat yang benar sesuai yang saya ajarkan.”
3. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu, bagaimana jika nanti saya tidak ada bapak/ibu coba sendiri untuk minum obat yang benar ya sesuai yang tadi kita lakukan, lalu bapak/ibu masukkan kedalam jadwalharian bapak/ibu.

1. Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol Risiko perilaku kekerasan yang ketiga yaitu dengan meminta dan menolak dengan baik.”
2. Waktu: “Bapak/ibu, untuk pertemuan selanjutnya bapak/ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu saya pamit dulu nanti kita ketemu lagi ya, selamat pagi pak/bu.”

## **STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

SP III = mengontrol Risiko perilaku kekerasan dengan cara Meminta dan menolak dengan baik

Pertemuan : Ke-III

Hari, tanggal : Kamis, 13

November 2022 Nama pasien :

Ny.D

Ruangan : PHCU wanita

### **A. Proses Keperawatan**

#### **1. Diagnosa Keperawatan : Risiko perilaku kekerasan**

Tujuan : pasien mampu melakukan Sp3 risiko perilaku kekerasan yaitu mengontrol dengan cara menerima dan menolak dengan baik

#### **2. Tindakan Keperawatan:**

- a. Mengevaluasi kegiatan harian sesuai jadwal kegiatan harian pasien
- b. Melatih pasien mengendalikan marah dengan cara menerima dan menolak dengan baik
- c. Menganjurkan pasien memasukkan cara mengendalikan marah dengan cara menerima dan menolak dengan baik

### **B. Strategi Komunikasi**

#### **1. Fase Orientasi**

##### **a. Salam Teraupetik**

“Selamat Pagi Pak, bagaimana kabarnya hari ini? Sudah makan belum? masih ingat dengan saya? Iya betul saya suster jesika.”

##### **b. Evaluasi Validasi**

“Bapak/ibu, bagaimana perasaannya hari ini ini? Kemarin masih ingat cara minum obat yang benar? Lalu kemarin PR nya diselesaikan tidak pak/ibu? Kalau jadwal hariannya udah dilakuin belum?”

c. Kontrak ( topik, waktu, dan tempat)

“Baiklah, sesuai janji kita kemarin, hari ini kita melakukan cara menerimadan menolak dengan baik. Kita lakuin disini ya pak? Bagaimana kalau 15menit? Bapak/ibu mau?

d. “Tujuannya agar bapak/ibu dapat mengontrol marah atau emosi dengancara menerima dan menolak dengan baik”

2. Fase kerja

“Bapak/ibu, kemarin kita sudah belajar tentang cara mengontrol marah yaitu dengan cara teknik relaksasi nafas dengan memukul bantal dan meminum obat dengan prinsip 6 benar. Nah sekarang kita akan belajar cara mengontrolmarah dengan cara menerima dan menolak dengan baik. Kalau bapak/ibu ingin meminta sesuatu harus yang baik, misalnya bapak/ibu ingin meminta permen, begini bilanganya “ permisi saya ,apakah boleh saya minta permennya?”. Baik pak/bu coba ulangi cara yang sudah saya ajarkan tadi. Wahh bagus sekali pak/bu. Sekarang kita belajar menolak dengan baik ya pak/bu. Contohnya ketika teman bapak/ibu menawarkan bapak/ibu roti duriansedangkan bapak/ibu tidak suka, maka cara menolaknya gini, “ Terimakasih, tapi maaf saya kurangsuka, mungkin bisa diberikan ke yang lainnya yang ada disini”. Coba bapak/ibu ulangi?. Nah bapak/ibu kan sudah bisa cara meminta dan menolak dengan baik, kalau begitu ayo kita masukkanke jadwal harian bapak/ibu”.

3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif : “bagaimana perasaan bapak/ibu setelah tadi belajarcara meminta dan menolak dengan baik?”
- b. Evaluasi Objektif : “Bapak/ibu, coba ulangi yang sudah kita ulangi lagi cara menerima dan menolak dengan baik sesuai yang sayac ajarkan.”
- c. Rencana tindak lanjut: “Bapak/ibu, bagaimana jika nanti sayatidak adabapak/ibu coba sendiri sesuai yang tadi kita

lakukan, lalu bapak/ibu masukkan kedalam jadwal harian bapak/ibu.”

- d. Kontrak yang akan datang Topik: “Bapak/ibu, pertemuan hari ini sampai disini ya, nanti kita bertemu lagi, kita ngobrol-ngobrol lagi tentang cara mengontrol emosional yang keempat yaitu dengan melakukan cara berdoa dan spiritual.”
- e. Waktu: “Bapak/ibu, untuk pertemuan selanjutnya bapak/ibu ingin bertemu jam berapa? Kalau begitu suster pamit dulu besok kita ketemulagi ya, selamat pagi pak/bu.”

## **STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN HALUSINASI**

Melatih pasien menghardik halusinasi

Hari, Tanggal : Selasa, 11 November 2023

### **A. PROSES KEPERAWATAN**

Data Subjektif : Pasien mengatakan diri nya suka mendengar suara bisikan yang menyuruh merusak barang dan melempar barang. Pasien mengatakan Halusinasi datang biasanya pada pagi hari jam 09:00 dan malam hari jam 19:00 atau tidak menentu saat pasien sedang sendiri.

Data Objektif : Pasien tampak gelisah, Pasien tampak berbicara sendiri, Pasien tampak terlihat menyendiri.

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Pendengaran  
Tujuan : Pasien mampu mengenal halusinasi nya. Pasien mampu mengidentifikasi waktu halusinasi. Pasien mampu mengidentifikasi frekuensi halusinasi. Pasien mampu mengidentifikasi cara menghardik halusinasi. Pasien dapat memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal kegiatan harian.

Tindakan Keperawatan : Mengidentifikasi halusinasi : Isi, frekuensi, dan waktu halusinasi yang dirasakan Pasien. Mengajarkan cara menghardik halusinasi.

### **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

#### **1. Fase Orientasi**

- a Salam Terapeutik : Selamat pagi, perkenalkan saya Mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Jesika. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi- 14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa? "
- b Evaluasi/Validasi "Bagaimana perasaan Ibu hari ini?"

Semalam tidurnyanyenyak atau tidak? Apa keluhan Ibu saat ini?"

- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan)
- "Bagaimana kalau kita mengobrol tentang suara-suara yang selama ini Ibu dengar tetapi tidak tampak wujudnya? Tujuannya agar Ibu mengetahui suara-suara itu sebenarnya tidak nyata, dan Ibu bisa melakukan cara menghardik halusinasi untuk mengusir suara itu. Apa Ibu mau? Kita mau melakukan latihan cara menghardik berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit Bu? Baik, kita mau melakukan dimana?"

## 2. Fase Kerja

"Apakah Ibu mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?. Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan waktu yang paling sering dengar suara? Berapa kali sehari Ibu alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri? Apa yang Ibu rasakan pada saat mendengar suara itu? Apa yang Ibu lakukan saat mendengar suaranya itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul? Bu, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan cara menghardik. Kedua, minum obat dengan teratur. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, ke empat dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan cara menghardik. Caranya sebagai berikut : saat suara itu muncul, langsung Ibu bilang, pergi kamu suara palsu kamu tidak nyata, jangan ganggu saya, saya tidak mau dengar. Begitu



diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba Ibu peragakan! Nah begitu, bagus Coba lagi! Ya bagus Ibu D sudah bisa melakukannya".

### 3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaan Ibu setelah tadi diajarkan cara pertama yaitu menghardik? Cobasekarang Ibu ulangi cara menghardik yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali, Ibu sudah paham cara menghardik halusinasinya".
- b. Rencana Tindak Lanjut : "Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba sendiri cara menghardik jika suara itu datang". Iubisa melakukan itu kapan saja". Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya, setelah ibu sudah melakukannya jangan lupa di masukkanke dalam jadwal kegiatan harian ya bu".
- c. Kontrak yang akan datang (Waktu, Tempat, Tujuan) : "Bu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajari cara ke dua untuk mencegah suara yang Ibu rasakan, Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau bertemu dan melakukan cara yang kedua jam berapa bu?Tempatnya mau dimana? Oke besok kitaberjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupaselalu jaga kesehatan ya bu".

## **STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN ISOLASI SOSIAL**

Melatih pasien

berkenalan dengan satu orang Nama Klien :

Ny. D

Pertemuan : Pertama

Hari, Tanggal : Selasa, 11 November 2023

### **A. PROSES KEPERAWATAN**

Data Subjektif : Pasien mengatakan hanya mengobrol dengan teman samping kasur atau teman sekamar, Pasien mengatakan lebih nyaman menyendiri.

Data objektif : Pasien tampak menyendiri, Pasien tampak jarang mengobrol atau bersosialisasi dengan teman yang lain

Diagnosa keperawatan : Isolasi Sosial.

Tujuan : Pasien mampu membina saling percaya. Pasien mampu menyadari penyebab isolasi sosial. Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain secara bertahap

Tindakan Keperawatan : Bina hubungan saling percaya. Membantu mengenal manfaat berhubungan dengan orang lain. Membantu pasien mengenal isolasi sosial. Membantu pasien mengenal kerugian dan keuntungan bila tidak berhubungan dengan orang lain. Melatih berkenalan dengan satu orang. Mengajak pasien memasukkan ke dalam jadwal kegiatan harian

### **B. STRATEGI KOMUNIKASI**

#### **1. Fase Orientasi**

- a. Salam Terapeutik "Selamat siang Ibu, perkenalkan saya Mahasiswi keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Jesika Simangunsong senang dipanggil Jesika. Saya

yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 pagi - 14:00 siang. Nama Ibu siapa? Senang dipanggil apa?"

- b. Evaluasi/Validasi: "Bagaimana perasaan Ibu hari ini? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak? Apa keluhan Ibu saat ini?"
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan): "Bagaimana kalau kita berbincang tentang keluarga dan teman-teman Ibu? Apakah Ibu bersedia? Kita mau berbincang berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit bu? Baik, kita mau berbincang dimana?"

## 2. Fase Kerja

"saya lihat tampaknya Ibu diam saja dan suka menyendiri, kenapa Ibu lebih suka menyendiri? Apa yang Ibu rasakan saat sendiri? Menurut Ibu, apa keuntungan bila berinteraksi dengan orang lain dan kerugian bila tidak berinteraksi dengan orang lain? Jika Ibu tidak tahu, saya akan memberitahu keuntungannya yaitu Ibu mempunyai banyak teman, saling bercerita dan tidak sendirian. Kerugiannya yaitu Ibu tidak memiliki teman untuk berbagi cerita. Jadi banyak ruginya jika Ibu tidak memiliki teman. Kalau begitu inginkah Ibu berhubungan dengan orang lain? Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain? Caranya yaitu dengan menyebutkan terlebih dahulu nama kita dan nama panggilan yang kita sukai lalu asal kita dan hobby. Selanjutnya Ibu menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya nama kamu siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya darimana? Lalu hobbnnya apa? Ayobu coba. Misalnya saya belum kenal dengan Ibu. Coba berkenalan dengansaya. Ya bagus sekali bu. Coba

sekali lagi. Bagus sekali".

### 3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : "Bagaimana perasaannya bu setelah kita latihan berkenalan?. Coba sekarang Ibu ulangi cara berkenalan dengan satu orang. "Wah bagus sekali, Ibu sudah paham cara berkenalan dengan satu orang".
- b. Rencana Tindak Lanjut : "Ibu bisa mengingat apa yang sudah kita pelajari hari ini selama saya tidak ada sehingga Ibu lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain, Ibu bisa melanjutkan percakapannya tentang hal-hal yang menyenangkan Ibu bicarakan. Bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya ya bu, setelah ibu sudah melakukannya jangan lupa di masukkan ke dalam jadwal kegiatan ya".
- c. Kontrak yang Akan Datang (Waktu, Tempat, Tujuan): "Bu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? Saya akan mengajarkan cara ke dua yaitu berkenalan dengan dua sampai tiga orang. Apakah Ibu bersedia?". "Besok mau bertemu jam berapa bu? Mau berbincang dimana? Okei besok kita berjumpa lagi ya bu, sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya bu".

## STRATEGI PELAKSANAAN (SP) I PASIEN HARGA DIRI RENDAH

Memilih kemampuan yang masih bisa dilakukan dan melatih

kemampuan Nama Klien : Ny. D

Pertemuan : Pertama

Hari, tanggal : Selasa, 11 November 2023

### A. Proses Keperawatan

Data subjektif : Pasien mengatakan malu dan merasa tidak berguna, pasien mengatakan ingin cepat sembuh

Data objektif : Pasien tampak sering menunduk, pasien jarang menatap mata

Diagnosa keperawatan : Harga diri rendah kronis

Tujuan : Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, pasien dapat menilai kemampuan

yang dapat digunakan. Pasien dapat

menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan.

Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.

### B. Strategi Komunikasi

#### 1. Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik : Selamat siang bu perkenalkan saya mahasiswa keperawatan STIKes RS Husada yang akan merawat Ibu. Nama saya Jesika Simangunsong, senang di panggil Jesika. Saya yang bertugas pagi ini dari jam 08:00 siang-14:00 siang. Nama Ibu siapa ? senang di panggil apa?
- b. Evaluasi Validasi : bagaimana perasaan Ibu hari ini ? Semalam tidurnya nyenyak atau tidak ? Apa keluhan saat ini ?
- c. Kontrak (Topik, Waktu, Tempat, Tujuan) :  
“Bagaimana kalo kita bercakap cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah Ibu

lakukan? Tujuannya agar lebih percaya di dan megetahui kemampuan apa saja yang masih bisa Ibu lakukan diRS. Apa Ibu mau? kita mau ngobrol berapa lama ? Bagaimana kalau 30 menit ? baikkita mau ngobrol dimana ?

## 2. Fase Kerja

“Apa yang Ibu rasakan dan pikirkan saat ini? Kenapa malu? susterkasih tahu ya, setiap orang itu memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing pada dirinya. Ibu tidak perlu malu karena itu, Bagaimana sekarang kita melakukan kegiatan atau kemampuan yang Ibu masih bisa lakukan di RS?. Kegiatan apa saja yang biasa dilakukan? Merapihkan tempat tidur, bernyanyi, tadarus Al- Qur'an. Wah bagus sekali ada tiga kemampuan dan kegiatan yang Ibu miliki. Sekarang Ibu pilih satu kegiatan yang masih bisa Ibu kerjakan di RS ini. Yang nomor satu, merapihkan tempat tidur? Kalau begitu bagaimana kalau sekarang kita latihan merapihkan tempat tidur. Mari kita lihat tempat tidur Ibu apakah sudah rapih? Nah kalau kita ingin merapihkan tempat tidur, kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus sekarang kita angkat spreinya dan kasurnya kita balik. Sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulaidari atas, ya bagus sekarang tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapihkan dan letakkan di sebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, letakkan sebelah bawah kaki. Bagus Ibu sudah bisa merapihkan tempat tidur dengan baik. Coba bedakah dengan sebelum yang dirapihka? Bagus.”

## 3. Fase Terminasi

- a. Evaluasi Subjektif dan Objektif : “Bagaimana perasaan Ibu setelah kita bercakap-cakap dengan saya? Dan bagaimana perasaan nya setelah latihan kemampuan pertama yang Ibu masih miliki atau masih bisa dilakukan di RS yaitu merapihkan tempat tidur? coba sekarang ulangi cara

merapihkan tempat tidur yang tadi saya ajarkan. Wah bagus sekali Ibu sudah mengerti apa saja langkah cara merapihkan tempat tidur.

- b. Rencana tidak lanjut : “Ibu ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di RS ini. Salah satunya merapihkan tempat tidur yang sudah Ibu praktikan dengan baik. Sekarang mari kita masukan pada jadwal kegiatan harian, mau berapa kali sehari merapihkan tempat tidur? Bagus, dua kali yaitu pagi jam berapa? lalu sehabis istirahat jam 16.00

jangan lupa memberi tanda tangan M (mandiri) kalau Ibu dapat melakukannya tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika Ibu harus di ingatkan untuk melakukan, dan T (tidak) melakukan”.

- c. Kontrak yang akan datang ( Topik, Waktu, Tempat, Tujuan ) : “Bu besok bagaimana kalau kita bertemu lagi? kita akan latihan lagi kemampuan yang kedua. Ibu masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di RS selain merapihkan tempat tidur ? ya bagus, bernyanyi apakah bersedia? besok mau latihan jam berapa ? mau mengobrol dimana? oke besok kita berjumpa lagi ya bu. sampai bertemu kembali, jangan lupa selalu jaga kesehatan ya.



## ANALISA OBAT

### 1. Haloperidol

#### a. Manfaat

- 1) Membantu meringankan gejala skizopenia

#### b. Efek Samping

- 1) Umum : Mengantuk, sakit kepala, pusing, kelemahan otot ,gangguan tidur,
- 2) Kardiovaskuler : Hipertensi, hipotensi ortostatik.
- 3) Gastrointestinal : Konstipasi, mual, muntah

#### c. Indikasi

- 1) Untuk penanganan gejala-gejala psikotik, agresivitas
- 2) Gejala positif skizofrenia dengan dosis dititrasi naik hingga efekterapeutik tercapai.

#### d. Kontra indikasi

- 1) Riwayat hipersensivitas terhadap clozapine
- 2) Pasien yang tidak bisa melakukan pemeriksaan darah rutin
- 3) Epilepsi yang tidak terkontrol
- 4) Psikosis akibat alkohol atau psikosis organik toksik lainnya, intoksikasisat, atau keadaan koma
- 5) Gangguan ginjal atau jantung yang berat, misalnya myocarditis
- 6) Penyakit hepar yang aktif disertai dengan mual

## 2. Trihexyphenidyl

### a. Manfaat

1. Untuk mengatasi gejala penyakit parkinson dan gejala ekstrapiramidal akibat penggunaan obat tertentu termasuk antipsikotik
2. Mengurangi kekuatan otot dan mengontrol fungsi otot
3. Membantu meningkatkan kemampuan berjalan pada penderita parkinson

### b. Efek samping

1. Kulit memerah
2. Penglihatan kabur
3. Pusing
4. Mulut kering
5. Mual dan muntah
6. Lelah, lemas, dan mengantuk

### c. Indikasi

1. Segala jenis penyakit Parkinson, termasuk pasca ensefalitis dan idiopatik, sindroma parkinson akibat obat
2. Peningkatan suhu tubuh dan berkurangnya keringat, jikadigunakan bersama obat golongan antikonvulsan
3. Peningkatan risiko terjadinya efek iritasi kalium pada saluran pencernaan

### d. Kontra indikasi


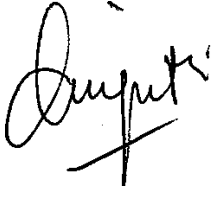

Tidak boleh diberikan pada pasien dengan glaukoma sudah tertutup, Penggunaan obat trihexyphenidyl atau obat antikolinergik lainnya dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intraokular, hingga menyebabkan kebutaan. Pemeriksaan gonioskopi harus dilakukan sebelum penggunaan obat pertama kali, dan secara rutin selama konsumsi trihexyphenidyl



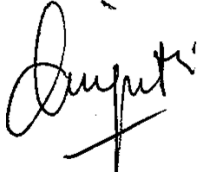
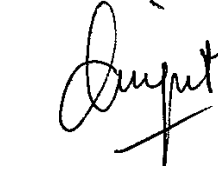


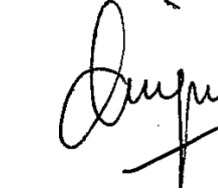
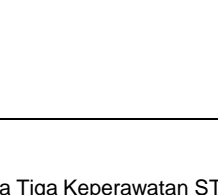

### LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Dian Fitria, M.Kep., Sp.Kep.J

Nama Mahasiswa : Jesika Simangunsong

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. D dengan masalah  
keperawatan Risiko perilaku kekerasan di Ruang PHCU  
Wanita RumahSakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

No.	Tanggal	Konsultasi	Tanda tangan
1.	3/Maret/2023	Penulisan bab 1 dan penggunaan E resource dan Mendeley	
2.	13/Maret/2023	Persiapan pengkajian UTEK	
3.	20/Maret/2023	Konsul Asuhan keperawatan jiwa (ujian)	
4.	11/April/2023	Konsul pembuatan BAB 3. Buat BAB 1,2,3 kumpulkan satu minggu dari tanggal 11 April	

5.	14/April/2023	Revisi BAB 1, tambahkan data pengkajian dan hasil penelitian, cek	
6.	8/Mei/2023	typo, perbaiki	
7.	20/Mei/2023	Tambahkan BAB 2	
8.	22/Mei/2023	dan 3	
9.	29/Mei/2023	Perbaiki BAB 1, 2 dan 3	
10.	30/Mei/2023	Tambahkan BAB 4  Perbaiki BAB 2, BAB 3,	
11.	2/Juni/2023	BAB 4  Perbaiki BAB 3 dan 4  Perbaiki lalu pertajam pembahasan di BAB 3	
12.	8/Juni/2023	Perbaiki BAB 3  pembahasan lakukan pembahasan lebih baik	
13.	9/Juni/2023	Perbaiki BAB 3 dan BAB 4	
14.	12/Juni/2023	Perbaiki penulisan typo BAB 1, BAB 2, BAB 3	
15.	13/Juni/2023		

