

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA



Oleh :

Hisyam Gifari
P07220120021

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Politeknik Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

Hisyam Gifari
P07220120021

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang Pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda.....2023

Yang Menyatakan




LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 07 JULI 2023

Oleh Pembimbing


Dr. M. H. Edi Sukamto, S.Kp., M.Kep
NIDN: 4021046802

Pembimbing Pendamping


Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep
NIDN: 1110119601

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III keperawatan

Jurusan Keperawatan Politeknik Kemenkes Kalimantan Timur


Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIP.198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

Telah Diuji

Tanggal 13 Juli 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

H. Rasmun, S.Kp., M.Kes
NIDN: 4026066001

(.....)

Penguji Anggota :

1. **Dr. M. H. Edi Sukamto, S.Kp., M.Kep**
NIDN: 4021046802

(.....)

2. **Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep**
NIDN: 1110119601

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Wiyadi, S.Kep., M.Sc
NIP.196803151991021

Ns. Tini, S.Kep., M.Kep
NIP.19810701200604

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Hisyam Gifari
Tempat/Tanggal Lahir : Muara Muntai Ulu, 09 Juni 2002
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Agama : Islam
Alamat : Muara Muntai Ulu, Jl. RA Kartini Rt 02

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008-2014 : SDN 001 Muara Muntai
2. Tahun 2014-2017 : SMPN 01 Muara Muntai
3. Tahun 2017-2020 : SMAN 01 Muara Muntai
4. Tahun 2020-sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kaltim

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”. Sholawat serta salam juga penulis haturkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah menghantarkan kita semua dari jalan yang gelap gulita menuju jalan yang terang benderang.

Karya tulis ilmiah ini dibuat dalam rangka sebagai rangkaian ujian akhir program Diploma III Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Dalam upaya menyelesaikan proposal karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan akal dan pikiran yang jernih serta kesabaran dalam penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Dr.M. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Wiyadi S.Kep,. M.Sc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Tini S.Kep,. M.Kep Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Dr.M. H. Edi Sukamto., S.Kp., M.Kep Selaku pembimbing 1 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset.
6. Ns. Abd Kadir, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan riset.
7. H. Rasmun, S.Kp., M.Kes selaku Ketua penguji yang telah memberikan masukan dalam penulisan riset.
8. Para dosen dan staf tenaga kependidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.
9. Kepada kedua orang tua saya, Jusman dan Sumiati serta semua keluarga saya yang selalu memberikan do'a dan motivasi yang tiada henti serta dukungan baik moral dan materi.
10. Kepada teman-teman saya yaitu, Putri Ananda Marchela, Widya Kumala Sari, Munadya Silmy, Sinta, Muhammad Randi F, Muhammad Fatullah, dan Eman Saputro yang selalu memberi semangat dan memotivasi saya dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan Bapak dan Ibu serta semua pihak yang telah mendukung terselesaikannya Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini. Samarinda

Samarinda, 13 Juli 2023

Hisyam Gifari

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HALUSINASI PENDENGARAN DI RUMAH SAKIT JiWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA”

Hisyam Gifari¹⁾, Edi Sukamto²⁾, Abd Kadir³⁾

¹⁾ Mahasiswa program studi D-III Keperawatan Politeknik Kemenkes Kaltim

^{2) 3)} Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Berdasarkan data pasien rumah sakit Atma Husada Mahakam Samarinda prevalensi pasien yang mengalami masalah Risiko Perilaku Kekerasan kurang lebih 25%. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

Metode : Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan dengan melakukan analisis dua pasien yang mengalami masalah risiko perilaku kekerasan di ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2023. Adapun hasil Analisis dari kedua pasien tersebut akan dibandingkan untuk menemukan adanya persamaan atau perbedaan setelah dilakukan asuhan keperawatan.

Hasil : Evaluasi Pelaksanaan asuhan keperawatan dengan intervensi yang disusun sesuai SIKI dan dikolaborasikan dengan strategi pelaksanaan (SP) dari kedua pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dikatakan berhasil dengan indikator luaran keperawatan yang dicapai menurun.

Kesimpulan dan Saran : Pada saat memberikan asuhan keperawatan harus memperhatikan faktor yang mempengaruhi kesembuhan pasien, yaitu: adanya dukungan keluarga, pengetahuan keluarga, kemampuan pasien dalam mengontrol emosi dan psikofarmaka agar rencana keperawatan dapat tercapai.

Kata Kunci : Risiko Perilaku Kekerasan, Asuhan Keperawatan, Cara mengontrol Emosi, Rumah Sakit Jiwa.

ABSTRACT

“NURSING CARE FOR PATIENTS WITH HEARING HALLUCINATIONS AT ATMA HUSADA MAHAKAM PSYCHIATRIC HOSPITAL SAMARINDA ”

Hisyam Gifari¹⁾,Edi Sukamto²⁾, Abd Kadir³⁾

¹⁾ Student of the D-III Nursing study program at the health Polytechnic of the Ministry of Health of East Kalimantan

²⁾³⁾Lecturer at the Department of Nursing, Health Polytechnic of the Ministry of Health of East Kalimantan

Introduction : Based on patient data from Atma Husada Mahakam Samarinda Hospital, the prevalence of patients experiencing the risk of violent behavior is approximately 25%. This research aims to study and understand in depth nursing care for patients at risk of violent behavior at Atma Husada Mahakam psychiatric Hospital Samarinda.

Method : The writing of this scientific paper used a descriptive research method in the form of a case study using a nursing care approach by analyzing two patients who experienced problems with the risk of violent behavior in the Elang room of RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda in 2023. The results of the analysis of the two patients will be compared to find any similarities or differences after nursing care is carried out.

Result : Evaluation of the implementation of nursing care with interventions prepared according to SIKI and collaborated with implementation strategies (SP) from both patients regarding the nursing care that has been implemented is said to be successful with indicators of nursing outcomes achieved decreasing.

Conclusion and Suggestion : When providing nursing care, you must pay attention to factors that influence the patient's recovery, namely: family support, family knowledge, the patient's ability to control emotions and psychopharmaceuticals so that the nursing plan can be achieved.

Keywords : Risk of Violent Behavior, Nursing Care, How to Control Emotions, Psychiatric Hospitals.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Bagi Penelitian	4
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	4
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6

2.1	Konsep Medis RisikoPerilaku Kekerasan	6
2.1.1	Pengertian	6
2.1.2	Etiologi	7
2.1.2.1	Faktor Predisposisi	7
2.1.2.2	Faktor Presipitasi	9
2.1.3	Faktor Risiko	11
2.1.4	Tanda dan Gejala	12
2.1.5	Teori Marah	12
2.1.6	Pohon Masalah	14
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	15
2.2.1	Pengkajian Keperawatan	15
2.2.2	Diagnosis Keperawatan	16
2.2.3	Intervensi Keperawatan	17
2.2.4	Implementasi Keperawatan	18
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	19
BAB 3 METODE PENELITIAN		20
3.1	Pendekatan (Desain Peneltian)	20
3.2	Subyek Penelitian	20
3.2.1	Kriteria Inklusi	20
3.2.2	Kriteria Eksklusi	21
3.3	Batasan Istilah (Definisi Operasional)	21
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	21
3.4.1	Lokasi Penelitian	21

3.4.2 Waktu Penelitian	22
3.5 Prosedur Penelitian	22
3.6 Teknik Pengumpulan Data	23
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	23
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	24
3.7 Keabsahan Data	24
3.7.1 Data Primer	24
3.7.2 Data Sekunder	25
3.8 Analisa Data	25
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	26
4.1 Hasil	26
4.1.1 Pengkajian Keperawatan	26
4.1.2 Diagnosa Keperawatan	29
4.1.3 Rencana Keperawatan	30
4.1.4 Implementasi Keperawatan	37
4.1.5 Evaluasi Keperawatan	49
4.2 Pembahasan	58
4.2.1 Pembahasan Tn.M	59
4.2.2 Pembahasan Tn.R	60
4.2.3 Perbedaan dari keduanya	62
4.2.4 Persamaan Dari Keduanya	63
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	65
5.1 Kesimpulan	65

5.2 Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	69



DAFTAR TABEL

Tabel 4.2 Diagnosa Keperawatan Pasien 1 dan 2	29
Tabel 4.3 Rencana Keperawatan Pasien	30
Tabel 4.4 Tabel Perencanaan Pasien	33
Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 1	37
Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 2	43
Tabel 4.7 Tabel Evaluasi Keperawatan Pasien 1	49
Tabel 4.8 Tabel Evaluasi Keperawatan Pasien 2	54
Tabel 9 Jadwal Harian Pasien 1	69
Tabel 10 Jadwal Harian Pasien 2	69



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Harian Pasien 1 dan 2

Lampiran 2 : Format Pengkajian Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Lampiran 3 : Surat Pernyataan Kesiapan Membimbing Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 4 : Lembar Verifikasi Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian/Askep Studi Kasus

Lampiran 6 : Nota Dinas Mengikuti Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 7 : Lembar Konsultasi Penyusunan Karya Tulis Ilmiah



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah secara primer tentang perasaan sejahtera secara subjektif, yang mencakup konsep diri tentang suatu kemampuan seseorang dengan pengendalian diri tentang kondisi tidak tertekan atau depresi (Subagyo,2018). Menurut UU No.3 Tahun 2018 kesehatan jiwa adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangannya itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Dari berbagai penyelidikan dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental (Pardede, 2019).

Gangguan jiwa adalah pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh pasien yang menyebabkan distress, disfungsi, dan menurunkan kualitas kehidupan. Hal ini mencerminkan disfungsi psikologis dan bukan sebagai akibat dari penyimpangan social atau konflik dengan masyarakat (Hasannah & Solikhah, 2019).

Perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Salah satu masalah dari gangguan jiwa yang menjadi penyebab penderita dibawa ke rumah sakit adalah perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditunjukkan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak.

menginginkan datangnya tingkah laku tersebut. Perilaku kekerasan merupakan suatu tanda dan gejala dari gangguan Skizofrenia.

Menurut (*World Health Organization, 2022*) skizofrenia mempengaruhi sekitar 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) di seluruh dunia. Angka ini adalah 1 dari 222 orang (0,45%) di antara orang dewasa. Ini tidak biasa seperti banyak gangguan mental lainnya. (Riset kesehatan dasar Riskesdas Kemenkes tahun, 2018), presentasi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai sekitar 14 juta orang atau (6%) dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak (7%) per 1.000 penduduk.

Menurut Riskesdas prevalensi gangguan kesehatan mental di Kalimantan Timur pada tahun 2013 mencapai nilai (5,8%) dan meningkat pada tahun 2018 mencapai angka (9,8%) Berdasarkan data Nasional di Indonesia meningkat antara (10-20%). Gangguan yang dimaksud adalah gangguan jiwa ringan dan sedang, sedangkan gangguan skizofrenia dengan perilaku kekerasan sekitar (0.8%) atau 10.000 orang terdapat gangguan jiwa atau kegilaan (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh Abdul Majid, didapatkan data bahwa, pasien yang masuk di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yaitu pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan biasanya dibawa oleh dinas sosial setempat, menurut data yang diperoleh dari Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam pada tahun 2021 terdapat

rata-rata pasien yang dirawat sebanyak 150 orang.

Dengan masalah keperawatan terbanyak : Halusinasi 64%, Harga diri rendah 13%, Isolasi sosial 6%, Waham 5%, Resiko perilaku kekerasan 25% defisit perawatan diri 3%. Dari data tersebut kasus pasien harga diri rendah berada di urutan ke-3 tertinggi.

Berdasarkan fenomena dan latar belakang yang telah dijelaskan di atas maka penulis ingin mengetahui lebih dalam tentang proses keperawatan pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan melalui pengelolaan kasus Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda dengan pendekatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan karya tulis ini adalah “Bagaimana Pemberian Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum, Karya Tulis ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Dapat melakukan pengkajian pada pasien gangguan jiwa Risiko

Perilaku Kekerasan.

2. Dapat menegakkan diagnosa keperawatan jiwa dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
3. Dapat menyusun rencana asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
4. Dapat melakukan tindakan keperawatan jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
5. Dapat melakukan evaluasi asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.
6. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Penelitian

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat khususnya agar dapat menambah wawasan tentang Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan dan juga agar dapat mencegah gangguan jiwa Risiko Perilaku Kekerasan tersebut tidak berulang dan juga memberikan pengalaman baru bagi penulis Asuhan Keperawatan Jiwa dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat khususnya agar dapat menambah referensi tambahan di perpustakaan sebagai bahan acuan untuk penelitian Asuhan Keperawatan dengan Risiko

Perilaku Kekerasan yang akan datang.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Sebagai data dan informasi sehingga dapat dilakukan tindak lanjut agar dapat melakukan Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan dan diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan pasien dengan gangguan jiwa Risiko Perilaku Kekerasan dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan serta pemahaman tentang Asuhan Keperawatan Jiwa pada pasien dengan Risiko Perilaku kekerasan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis Risiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian

Perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim (kemarahan) atau ketakutan (panik) sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik atau konsep diri. perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan (Pardede, 2019).

Perasaan terancam ini dapat berasal dari stresor eksternal (penyerangan fisik, kehilangan orang berarti dan kritikan dari orang lain) dan internal (perasaan gagal di tempat kerja, perasaan tidak mendapatkan kasih sayang dan ketakutan penyakit fisik). Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon mal adaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stresor lingkungan yang dialaminya (Estika, 2021).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kekerasan adalah seseorang yang dapat melukai orang lain secara fisik maupun perkataan akibat seseorang yang tidak mampu mengatasi stressor lingkungan.

Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang dihadapi oleh seorang yang di tunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non-verbal. Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan bisa amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata-kata (Kio, Wardana & Arimbawa, 2020).

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Faktor Predisposisi

Keluarga yang mengalami gangguan jiwa (sering marah marah, melakukan perilaku kekerasan). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Menurut penelitian, yang memamparkan faktor genetik di temukan pada individu yang memiliki keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa (Liviana, & Suem, T. 2019).

1. Faktor Genetik, Faktor genetik ini mempunyai pengaruh lebih besar dibandingkan dengan pengaruh lingkungan. Saudara kandung memiliki risiko 8%, anak dengan salah satu orangtua penderita gangguan jiwa memiliki risiko 12%, dan anak dengan kedua orangtua penderita gangguan jiwa memiliki risiko 40%. Hubungan sebagai ayah, ibu, saudara atau anak dari klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecendrungan 10%,

sedangkan keponakan atau cucu kejadian 2-4%. Individu yang memiliki hubungan sebagai kembar identik dengan klien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 46-48%, sedangkan kembar *dizygot* memiliki kecenderungan 14-17%. Faktor genetik tersebut sangat ditunjang dengan pola asuh yang diwariskan sesuai dengan pengalaman yang dimiliki oleh anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa (Wahyuningsih, 2015).

2. Sering mengalami kekerasan fisik yang dilakukan oleh keluarga (dipukul). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian kecil responden menyatakan bahwa pasien yang sering mengalami kekerasan fisik yang dilakukan oleh keluarga (dipukul). Hal-hal yang dapat mengakibatkan pasien kambuh dikarenakan pasien diprovokasi, keinginan pasien tidak terpenuhi dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Keluarga harus memahami resiko terjadinya perilaku kekerasan sehingga dampak dari perilaku kekerasan ini dapat dicegah. Pengendalian emosi pasien yang dilakukan keluarga melalui sikap yang perduli, menghindari dan mencegah kekambuhan dengan berusaha tidak menyinggung permasalahan dan masa lalu pasien, berusaha agar tidak mendengar hal yang kurang menyenangkan sehingga sehingga pasien tidak tersinggung dan keluarga banyak bersikap mengalah terhadap pasien. Pasien yang yang diperlakukan

dengan kekerasan.

3. Pernah menggunakan alkohol dan obat-obatan terlarang (NAPZA) Hasil penelitian menunjukkan dari 10 responden, pasien yang pernah menggunakan alkohol dan obat-obatan terlarang (NAPZA) sebanyak 5 responden (50%). Pada individu dengan ketergantungan alkohol/minum alkohol yang berlebihan dan adanya peningkatan dosis tinggi yang terkandung alkohol atau obat-obatan terlarang (NAPZA) maka akan mengakibatkan individu mengalami keadaan depresi dan mengakibatkan gangguan pada jiwanya sehingga seseorang mudah marah, emosi, stress sehingga mudah membahayakan orang lain akan adanya bertindak perilaku kekerasan.

2.1.2.2 Faktor Presipitasi

1. Permasalahan dengan keluarga (penolakan dari anggota keluarga) Hasil penelitian menunjukkan dari 10 responden pasien yang ada permasalahan dengan keluarga sebanyak 7 responden (70%). Sebagian besar pasien perilaku kekerasan mengatakan mereka banyak mempunyai masalah dalam keluarga, pada masa kecilnya di telantarkan oleh orang tuanya, pernah dipukul orang tua, sering dihina orang lain, gagal dalam berumah tangga, sehingga pasien merasa frustrasi dan stress kemudian mereka lebih memilih melakukan perilaku kekerasan terhadap orang disekitarnya sehingga bentuk mekanisme koping yang dilakukan untuk mengatasi

masalah yang dihadapi.

2. Bila ada permasalahan selalu dipendam (terbuka/tertutup) Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden bila ada permasalahan selalu dipendam. Stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stress dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam karena adanya suatu permasalahan yang dipendam. Permasalahan yang selalu dipendam akan menimbulkan rasa cemas, emosi, stres yang timbul juga dapat menyebabkan kemarahan. Respon terhadap marah menurut (Stuart, 2013) dapat diungkapkan melalui 3 cara, yaitu: mengungkapkan secara verbal, menekan dan menantang. Kemarahan diawali oleh adanya stresor yang berasal dari internal maupun eksternal. Stressor internal seperti penyakit, hormonal, dendam dan kesal sedangkan stresor eksternal bisa berasal dari ledakan, cacian, makian, tertipu, dan sebagainya. Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin berkelahi, ngamuk, sakit hati, dan menuntut. Perilaku menarik perhatian dan timbulnya konflik pada diri sendiri perlu dikaji seperti melarikan diri, mencuri, serta berperilaku kekerasan.
3. Sering berfikir negatif hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden sering berfikir negatif. Pikiran negatif

akan melahirkan energi energi negatif yang tentunya sangat membahayakan dari pada apa yang kita bayangkan. Pada dasarnya, pikiran negatif muncul dari jiwa yang labil atau jiwa yang memiliki stabilitas spriritual yang kurang baik. Namun, pikiran tersebut berulang ulang sehingga menjadi sebuah gagasan yang mendorong orang untuk melakukan sesuatu seperti apa yang dipikirkannya. Sehingga perilaku negatif akan mengakibatkan tindakan yang tidak sesuai kenyataan dinamakan muncul gangguan kejiwaan.

2.1.3 Faktor Risiko

Respon Marah di Bagi Menjadi 5, Yaitu :

Gambar 2.1 Rentang Respons Marah



Sumber : (As'ad, 2000)

Keterangan :

Asertif : Kemurahan yang diungkapkan tanpa menyakii orang lain.

Frustasi : Respon yang ditimbulkan akibat kegagalan mencapai tujuan/keinginan.

Pasif : Respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaannya.

Agresif : Perilaku dekstruktif namun masih bisa dikontrol.

Kekerasan : Perilaku dekstruktif yang tidak bisa dikontrol.

2.1.4 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala Fisik Mata melotot, mondar- mandir, tangan mengepal, tegang, postur tubuh kaku, kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan, amuk atau agresif, mengamuk, menyalahkan, hal tersebut. Teori ini sesuai dengan keadaan fisik klien yang mengatakan suka marah marah dan merusak lingkungan (Hasannah & Solikhah, 2019).

2.1.5 Teori Marah

Menurut psikologi, terdapat beberapa rumusan tentang marah, di antaranya: marah yaitu perubahan dalam diri atau emosi yang dibawa oleh kekuatan dan rasa dendam demi menghilangkan amarah di dalam dada, hingga mereka berkata dalam definisinya: kemarahan yang teramat sangat. Ada beberapa pengertian marah yang diutarakan pakar misalnya:

1. Menurut (Chaplin, 2008) Anger (marah, murka, berang, gusar; kemarahan, kemurkaan, keberangan, kegusaran) adalah reaksi emosional akut ditimbulkan oleh sejumlah situasi yang merangsang, termasuk ancaman, agresi lahiriah, pengekangan diri, serangan lisan, kekecewaan, atau frustrasi, dan dicirikan oleh reaksi kuat pada sistem syaraf otonomik, khususnya oleh reaksi darurat pada bagian simpatetik; dan secara implisit disebabkan oleh reaksi serangan lahiriah, baik yang bersifat somatis atau jasmaniah maupun yang verbal atau lisan.
2. Menurut Al-Jurjani yang dikutip Yadi Purwanto dan Rachmat marah adalah perbuatan yang terjadi pada waktu mendidihnya darah di dalam hati untuk memperoleh kepuasan apa yang terdapat di dalam dada (Purwanto, Y., Mulyono, R., & Herlina, R. 2006).
3. Menurut (Susanti, 2014) marah adalah emosi alamiah yang akan timbul manakala pemuasan salah satu motif dasar mengalami kendala. Apabila ada kendala yang menghalangi manusia atau hewan untuk meraih tujuan tertentu dalam upaya memuaskan salah satu motif dasarnya, maka ia akan marah, berontak, dan melawan kendala tersebut. Ia juga akan berjuang untuk mengatasi dan menyingkirkan kendala tersebut hingga ia bisa mencapai tujuan dan pemuasan motifnya.
4. Menurut (karyanti, 2019) marah adalah suatu luapan emosi yang meledak-ledak dari dalam diri yang dilampiaskan menjadi suatu

perbuatan untuk membalas kepada orang yang menyebabkan marah. Dari berbagai pengertian marah tersebut, disimpulkan bahwa marah adalah gejala emosi yang diungkapkan dengan perbuatan atau ekspresi untuk memperoleh kepuasan. Marah merupakan reaksi terhadap sesuatu hambatan yang menyebabkan gagalnya suatu usaha atau perbuatan, biasanya bersamaan dengan berbagai ekspresi perilaku. Marah merupakan pernyataan agresif, perilakunya mengganggu orang yang dimarahi bahkan orang-orang disekitarnya. Marah yang bersangatan adalah suatu penyakit.

2.1.6 Pohon Masalah



Sumber : SL Siregar, 2023

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Tahap pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan dan fungsional serta respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Pengkajian menurut (Dermawan, 2018), pengkajian meliputi : Data pasien risiko perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini :

Tanda & Gejala :

1. Muka merah dan tegang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7. Mengancam secara verbal atau fisik
8. Melempar atau memukul benda/orang lain
9. Merusak barang / benda
10. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan

Format Pengkajian Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

	Pelaku/usia	Korban usia	Saksi/usia
1 Aniaya fisik	[][]	[][]	[][]
2 Aniaya Seksual	[][]	[][]	[][]
3 Penolakan	[][]	[][]	[][]
4 Kekerasan Dalam keluarga	[][]	[][]	[][]
5. Tindakan criminal	[][]	[][]	[][]
6. Aktifitas	[]	TIK	[]
Lesu	[]	Grimsen	[]
Tegang motoric	[]	Tremor	[]
Gelisah	[]	Kompulsif	[]
Agitasi	[]		
7. Interaksi	[]		
Kontak mata kurang	[]		
Tidak kooperatif wawancara	[]		
Defensif	[]		
Mudah tersinggung	[]		
Curiga	[]		

Liviana, & Suem, T. (2019).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut (Darmawan, 2018), diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

Menurut (Sutejo, 2019) Menegakkan Diagnosa Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan, dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan oleh pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan pasien individu, keluarga, dan komunitas (SIKI,2018).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	<p>Risiko Perilaku Kekerasan (D.0146)</p> <p>Definisi: Berisiko membahayakan secara fisik, emosional/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain</p> <p>Faktor risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemikiran waham /delusi 2. Curiga pada orang lain 3. Halusinasi 4. Berencana bunuh diri 5. Disfungsi system keluarga 6. Kerusakan kognitif 7. Disorientasi atau konfusi 8. Kerusakan control impuls 9. Persepsi pada lingkungan tidak akurat 10. Alam perasaan depresi 11. Riwayat kekerasan pada hewan 12. Kelaianan neurologis 13. Lingkungan tidak teratur 14. Penganiayaan atau pengabaian anak 15. Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi property orang lain 16. Impulsive 17. Ilusi 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 kali pertemuan maka Kontrol diri (L.09076) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi ancaman kepada orang lain (5) - Verbalisasi umpatan (5) - Perilaku menyerang(5) - Perilaku melukai diri sendiri/orang lain (5) - Perilaku merusak lingkungan sekitar (5) - Perilaku agresif/amuk(5) - Suara keras (5) - Bicara ketus (5) 	<p>Pencegahan perilaku kekerasan (I.14544)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan 1.2. monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4. pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.5. libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6. anjurkan pengunjungan keluarga untuk mendukung perawatan pasien 1.7. latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8. latih mengurangi kemarahan secara verbal dan non verbal

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas khusus yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Menurut (A Budiman, 2019) dalam Modul Keperawatan Jiwa Tindakan keperawatan untuk mengatasi risiko perilaku kekerasan dilakukan terhadap pasien dan keluarga. Bersama keluarga perawat mengidentifikasi masalah yang dialami oleh pasien. Setelah itu, perawat menemui pasien untuk melakukan pengkajian, dan mengevaluasi. Jika pasien mendapatkan terapi obat, maka hal pertama yang harus dilatih adalah pentingnya kepatuhan minum obat.

Setelah selesai melatih pasien, perawat menemui pihak keluarga untuk melatih cara merawat pasien. Selanjutnya perawat akan menyampaikan hasil tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien dan tugas yang perlu dilakukan keluarga yaitu mengingatkan pasien melatih kemampuan mengatasi masalah yang telah diajarkan oleh perawat. Tindakan keperawatan dengan pendekatan setrategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari :

1. SP 1 (pasien) : membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab perilaku kekerasan, membantu pasien dalam mengenal tanda dan gejala dari perilaku kekerasan.
2. SP 2 (pasien) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara memukul bantal atau kasur.

3. SP 3 (pasein) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik, meminta dengan baik.
4. SP 4 (pasen) : membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara shalat, beribadah atau berdoa.
5. SP 5 (pasen) : membantu pasien dalam meminum obat secara teratur.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut (Hargiana , 2018), Evaluasi yang dilakukan perawat berdasarkan kemampuan yang sudah diajarkan pada pasien, berupa evaluasi yang dapat dilakukan untuk menilai respon verbal dan juga non verbal yang dapat diobservasi oleh perawat berdasarkan respon yang di tunjukkan oleh pasien.

Berikut penyusunan evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yaitu :

- S : Respon subyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- O : Respon obyektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- A : Analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada dara kontradiksi dengan masalah yang ada.
- P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respons pasien yang terdiri dari tindakan lanjut oleh perawat.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)

Jenis penulisan ini adalah deskriptif dalam bentuk metode penelitian studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan gangguan risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. Karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi serta mengevaluasi pasien dalam penerapan SP gangguan risiko perilaku kekerasan.

3.2 Subyek Penelitian

Subyek dalam studi kasus ini adalah individu dengan masalah risiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda. Adapun subyek yang dikelola berjumlah dua orang pasien dengan kasus yang sama dan menderita Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

3.2.1 Kriteria Inklusi

1. Responden adalah pasien yang dirawat di ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
2. Responden dapat berbahasa Indonesia dengan baik.
3. Responden adalah pasien risiko perilaku kekerasan yang dirawat di Ruang Elang Rumah Sakit jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

4. Responden bersedia dan bersikap operatif.

3.2.2 Kriteria Eklusi

1. Responden tidak dapat berbahasa Indonesia dan berkomunikasi dengan perawat.
2. Responden sedang gaduh dan gelisah.
3. Responden sedang sakit.
4. Responden menolak dijadikan responden.

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Studi kasus dengan menggunakan asuhan keperawatan merupakan rangkaian proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa, menyusun intervensi (rencana) keperawatan, melakukan implementasi (tindakan) keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

Gangguan jiwa adalah seseorang yang terganggu dari segi mental dan tidak bisa menggunakan pikirannya sendiri secara normal. Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang timbul sebagai kecemasan dan ancaman.

3.4 Lokasi dan Waktu penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Studi kasus dilakukan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan, tepatnya di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

3.4.2 Waktu Penelitian

Studi kasus dilakukan pada klien dengan risiko perilaku kekerasan dalam waktu sampai 6 hari.

3.5 Prosedur Penelitian

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal usulan penulisan karya tulis ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus, setelah disetujui oleh semua pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data yang didapatkan berupa hasil pengkajian, observasi, wawancara, pemberian asuhan keperawatan kepada kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

Prosedur studi kasus ini adalah sebagai berikut :

1. Pengurusan perizinan dengan institusi terkait yaitu Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
2. Mencari dan mengambil data 2 orang pasien dengan masalah perilaku kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
3. Mengambil subjek sesuai kriteria subjek yang telah ditetapkan.
4. Menjelaskan tujuan, manfaat, dan dampak dari penelitian yang dilakukan kepada calon responden.
5. Melakukan Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) dengan responden.
6. Melakukan pengkajian keperawatan kepada 2 pasien yang dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

7. Mengidentifikasi masalah dan menyusun intervensi (rencana keperawatan) untuk pasien serta kontrak waktu untuk pelaksanaan tindakan yang akan dilakukan selama 6 hari dengan sekali pertemuan selama kurang lebih 30 menit.
8. Melakukan implementasi (tindakan keperawatan) strategi pelaksanaan pada 2 pasien yang dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
9. Melakukan evaluasi tindakan pada 2 pasien yang dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
10. Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan selama penulisan.
11. Menyajikan hasil pengelolaan data atau hasil penulisan dalam bentuk tabel perbandingan antara 2 pasien dengan kasus yang sama yaitu perilaku kekerasan setelah diberi tindakan keperawatan sesuai dengan strategi pelaksanaan yang telah diberikan kepada pasien.

3.6 Teknik pengumpulan data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data diperlukan dalam studi kasus ini karena bertujuan untuk mengumpulkan data-data penting dari pasien yang dikelola. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Hal-hal yang perlu di wawancarai agar mendapatkan data yang spesifik adalah sebagai berikut : Menanyakan identitas pasien,

menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat sekarang. Riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga, menanyakan informasi kepada pasien

2. Observasi/Monitor

Observasi menurut (Hidayat, 2010) ialah pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung kepada responder untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti.

3. Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan setiap hari setelah melakukan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dan dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan jiwa.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan jiwa dengan kasus perilaku kekerasan. Studi kasus ini juga menggunakan SOP dan melakukan tindakan keperawatan dan jenis SOP yang digunakan tentang Strategi Pelaksanaan (SP) tindakan keperawatan pasien risiko perilaku kekerasan.

3.7 Keabsahan Data

3.7.1 Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien dan keluarga yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi oleh dirinya.

3.7.2 Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari catatan pasien (perawat, atau rekam medis pasien) yang merupakan penyakit dan perawatan pasien dimasa yang lalu.

3.8 Analisa Data

Menurut (Notoatmojo, 2010), Pengolahan data menggunakan analisis deskriptif. Analisis deskriptif adalah digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan. Pengolahan data ini untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien perilaku kekerasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penulisan yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penulisan. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan dokumentasi dan menghasilkan data yang selanjutnya di interpretasikan dan dibandingkan dengan teori sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda dengan total pasien sebanyak 29 pasien selama 6 hari perawatan dimulai tanggal 8 - 13 Mei 2023. Kasus yang terdapat di ruang elang yaitu gangguan persepsi sensori, resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, defisit perawatan diri dan isolasi sosial. Bangunan Ruang Elang terdiri dari 1 ruang kepala ruangan, 1 ruang Nurse Station, 1 ruang WC perawat, 1 ruang tindakan, 5 ruang perawatan rawat inap dan masing-masing WC didalamnya, 1 ruang isolasi dan WC didalamnya, 1 ruang makan.

4.1.1 Pengkajian Keperawatan

Tabel 4.1 Tabel Pengkajian Keperawatan Pasien 1 dan 2

Data Anamnesis	Klien 1	Klien 2
Identitas Klien	Pasien Tn.M (53 th) berjenis kelamin laki-laki berstatus sudah menikah, beragama Kristen, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai nelayanpetani, beralamatkan di Jl.KrayanSentosa. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 27 April 2023.	Pasien Tn. R (26 th) Berjenis kelamin laki-laki, status cerai, beragama islam, pendidikan terakhir SMK tidak lulus, bekerja di kebun sawit, berlamatkan di Kabupaten paser. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 6 Mei 2023
Riwayat Penyakit : (Keluhan utama, RPS, RPD, RPK)	Alasan masuk rumah sakit yaitu pasien marah-marah, meresahkan warga, dan emosi sulit terkontrol, memukul orang lain dan merusak barang disekitar. Setelah dikaji didapatkan pasien merasa kesal karena sering direndahkan oleh	Alasan masuk rumah sakit yaitu pasien sering marahmarah dirumah, mengamuk, memukul orang sekitar, merusak barang dirumah, melempar barang sejak 10 hari yang lalu. Pasien juga sering melamun, perubahan perilaku terjadi sejak 2 bulan

Data Anamnesis	Klien 1	Klien 2
	orang sekitar yang membuat pasien merasa emosi dan makin lama makin susah untuk mengontrol amarah.	yang lalu. Setelah dikaji didapatkan pasien mengatakan sulit mengontrol emosi, pasien mengatakan ingin diperlakukan seperti orang lain. pasien pernah melihat bayangan merah sekali saat dirumah, dan mendengar suara mencakar dinding yang mengganggu pasien. Pasien pernah memakai narkoba saat SMK.
Faktor Predisposisi	Pasien mengatakan sering diremehkan oleh orang lain yang membuat dirinya menjadi emosi.	Pasien mengatakan pernah mengonsumsi narkoba pada saat SMK.
Psikososial	<p>Tn.M merupakan anak Pertama dari 3 saudara. Pasien memiliki 1 saudara dan 1 orang saudara lakilaki. Pasien tinggal bersama istri dan anak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran diri pasien menyukai seluruh tubuhnya saat ini. 2. Identitas pasien sebagai seorang laki-laki 3. Peran pasien sebagai seorang suami 4. Ideal diri pasien ingin cepat pulang 5. Harga diri pasien tidak menyukai cara orang melihat dirinya. <p>Pasien mengatakan orang yang berarti adalah keluarganya Sebelum masuk rumah sakit pasien selalu melakukan ibadah dan pada saat di rumah sakit pasien melakukan tidak melakukan ibadah.</p>	<p>Tn. R merupakan anak ke 2 dari 4 bersaudara, mempunyai 2 orang, tinggal bersama orang tua dan 2 orang anaknya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gambaran diri pasien menyukai seluruh anggotatubuhnya 2. Identitas pasien seorang laki-laki 3. Peran pasien sebagai seorang ayah dan anak 4. Ideal diri pasien ingin segera pulang 5. Harga diri pasien mengatakan tidak suka saat dipandang orang lain jelek. <p>Pasien mengatakan orang yang berarti adalah anak. Pasien jarang beribadah saat dirumah maupun di rumah sakit.</p>
Status Mental	Pasien berpenampilan kurang rapi, Pembicaraan keras dan ketus, Saat berinteraksi pasien tegang,	Berpenampilan kurang rapi, pembicaraan keras, bicara ketus saat berinteraksi tegang, konsentrasi mudah teralihkan,

Data Anamnesis	Klien 1	Klien 2
	Cukup kooperatif, afek datar, Kontak mata kurang, mampu berkonsentrasi.	kontak mata tajam, afek datar,kooperatif saat ditanya.
Kebutuhan persiapan pulang	Bantuan minimal untuk makan dan BA/BAK, mandi, berpakaian penggunaan obat pasien tidur siang lama jam 10.. s/d 12.00 tidur malam jam 22.00 s/d 04.00, pasien membutuhkan perawatan lanjutan. Pasien tidak melakukan kegiatan di luar Ruangan	Bantuan minimal untuk makan dan BA/BAK, mandi, berpakaian penggunaan obat pasien tidur siang lama jam 10..s/d 12.00 tidur malam jam 22.00 s/d 04.00, pasien membutuhkan perawatanlanjutan. Pasien tidak melakukan kegiatan di luar ruangan
Mekanisme Koping	Koping adaptif yaitu pasien dapat berbicara dengan baik dengan orang lain.	Koping maladaptif pasien adalah reaksi lambat (dalam cara berfikir)
Tanda Tanda vital	TD : 139/67 N : 97x/i T : 36,1 Spo2 : 99%	TD : 110/86 N : 85x/i T : 36,2 Spo2 : 99%
Terapi Medik	1. Chlorpromazine 3 tab 2. Haloperidol 3 tab	1. Diazepam inj 2. Risperidon 2x2 mg

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.2 Diagnosa Keperawatan Pasien 1 dan 2

No.	Pasien 1		Pasien 2	
	Data Fokus	Diagnosa Keperawatan	Data Fokus	Diagnosa Keperawatan
1.	DS : 1. Pasien mengatakan sering di remehkan oleh orang lain sehingga membuatnya emosi 2. Suara keras 3. Bicara ketus DO : 1. Sulit	Resiko Perilaku Kekerasan d.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain. (D.0146)	DS : 1. Pasien mengatakan ingin diperlakukan separti orang lain. DO : 1. Sulit mengontrol emosi 2. Mengamuk 3. Afek datar 4. Kontak mata	Resiko Perilaku Kekerasan d.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain. (D.0146)
	1. mengontrol emosi 2. Terkadang masih mengamuk 3. Afek datar 4. Kontak mata kurang 5. Tegang 6. Kooperatif 7. Ketus dan keras		5. Wajah tegang 6. Kooperatif 7. Ketus 8. Pasien terlihat gelisah dan curiga 9. Mendominasi pembicaraan 10. Melukai orang lain 11. Melempar barang	

4.1.3 Rencana Keperawatan

Tabel 4.3 Rencana Keperawatan Pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
<p>Resiko Perilaku Kekerasan d.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain. (D.0146)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6x pertemuan maka Kontrol Diri meningkat dengan kriteria hasil : (L. 09076)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku agresif/ amuk menurun (5) 2. Suara keras menurun (5) 3. Bicara ketus menurun (5) 	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Monitor adanya bendayang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4. Pertahankan lingkungan bebas daribahaya secara rutin 1.5. Libatkan keluarga dalam perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6. Anjurkan pengunjungdan keluarga untuk mendukung keselamatan pasien

		<p>1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)</p> <p>Promosi Koping (I.09312)</p> <p>Observasi</p> <p>1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan</p> <p>1.10. Identifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <p>1.11. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</p> <p>1.12. Identifikasi pemahaman proses penyakit</p> <p>1.13. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</p> <p>1.14. Identifikasi metode penyelesaian masalah</p> <p>1.15. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.16. Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>1.17. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.18. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>1.19. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p>
--	--	---

		<p>1.20. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</p> <p>1.22. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p> <p>1.23. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</p> <p>1.24. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</p> <p>1.25. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</p> <p>1.26. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan</p> <p>1.27. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p> <p>1.28. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p> <p>1.29. Dampingi saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)</p> <p>1.30. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama</p> <p>1.31. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p>1.32. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</p>
--	--	---

		<p>Edukasi</p> <p>1.33. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</p> <p>1.34. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu</p> <p>1.35. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.36. Anjurkan keluargaterlibat</p> <p>1.37. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</p> <p>1.38. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi</p> <p>1.40. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</p> <p>1.41. Latih mengembangkan penilaian obyektif</p>
--	--	---

Tabel 4.4 Tabel Perencanaan Pasien 2

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Resiko Perilaku Kekerasan d.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain. (D.0146)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6x pertemuan maka Kontrol Diri meningkat dengan kriteria hasil : (L. 09076) 1. Perilaku agresif/ amuk menurun (5) 2. Suara keras menurun (5) 3. Bicara ketus menurun (5)	<p>Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1. Monitor adanya bendayang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali)</p> <p>1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p> <p>1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)</p> <p>Terapeutik</p>

		<p>1.4. Pertahankan lingkungan bebas daribahaya secara rutin</p> <p>1.5. Libatkan keluarga dalam perawatan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.6. Anjurkan pengunjung keluarga untuk mendukung keselamatan pasien</p> <p>1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif</p> <p>1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)</p> <p>Promosi Koping (I. 09312)</p> <p>Observasi</p> <p>1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan</p> <p>1.10. Identifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <p>1.11. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</p> <p>1.12. Identifikasi pemahaman proses penyakit</p> <p>1.13. Identifikasi dampak situasi terhadap perand dan hubungan</p> <p>1.14. Identifikasi metode penyelesaian masalah</p> <p>1.15. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.16. Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>1.17. Gunakan pendekatan yang tenang dan</p>
--	--	---

		<p>meyakinkan</p> <p>1.18. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>1.19. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p> <p>1.20. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</p> <p>1.22. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p> <p>1.23. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</p> <p>1.24. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis</p> <p>1.25. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</p> <p>1.26. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan</p> <p>1.27. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p> <p>1.28. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p> <p>1.29. Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)</p> <p>1.30. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil</p>
--	--	---

		<p>mengalami pengalaman sama</p> <p>1.31. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p> <p>1.32. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</p> <p>Edukasi</p> <p>1.33. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</p> <p>1.34. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu</p> <p>1.35. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>1.36. Anjurkan keluargaterlibat</p> <p>1.37. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</p> <p>1.38. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</p> <p>1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi</p> <p>1.40. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</p> <p>1.41. Latih mengembangkan penilaian obyektif</p>
--	--	---



4.1.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 1

Hari/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Senin 08 Mei 2023 09.00 - 10.30	1.12. Identifikasi pemahaman proses penyakit	DS : Pasien mengatakan terkadang tidak bisa mengontrol emosinya, merasa ingin marahmarah, jika emosi tidak tertahankan pasien ingin memukul orang lain atau merusak barangdisekitar DO : Berbicara ketus dan keras, tegang, tidak ada kontak mata, kooperatif,
10.00	1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan	DS : Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan DO : Berbicara ketus dan keras, tegang, tidak ada kontak mata, kooperatif,tidak terdapat benda yang mengancam
12.00 – 12.30	1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.35. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	DS : Pasien mengatakan merasa kurang nyaman didalam ruangan ini DO : Berbicara ketus dan keras, tegang, kooperatif

Hari/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
13.00 – 14.00	1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.17. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	DS : Pasien mengatakan tidak pernah bercerita tentang apa yang dia rasakan DO : Berbicara ketus dan keras, tegang, kooperatif
Selasa, 09 Mei 2023 09.00	1.8 latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)	DS : Pasien mengatakan padasaat dirumah orang lain suka mengejek dirinya tanpa sebab yang membuat dia marah. DO : Berbicara ketus dan keras, wajah tegang, kooperatif,
09.30	1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung	DS : Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan DO : Berbicara ketus dan keras, tegang, tidak ada kontak mata, kooperatif, tidak terdapat benda yang mengancam
10.00 10.30	1.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7 Latih cara mengungkapkan	DS : Pasien mengatakan akan mencoba teknik relaksasi pada saat merasa akan marah DO : Berbicara ketus dan keras, kooperatif, tegang, perilaku agresif berkurang, tidak terdapat

<p>13.00</p> <p>13.30</p>	<p>1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)</p> <p>1.15. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan jarang bercerita dengan orang lain sehingga lebih senang memendam perasaan</p> <p>DO :</p> <p>Kooperatif, pasien tenang, berbicara ketus, tegang berkurang</p>
<p>14.00</p>	<p>1.21. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</p> <p>1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan perasaan marah berkurang</p> <p>DO :</p> <p>Kooperatif, pasien tenang, berbicara ketus, tegang, pasien mengikuti arahan teknik relaksasi</p>
<p>Rabu 10 Mei 2023</p> <p>09.00 – 10.00</p>	<p>1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali)</p> <p>1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p>	<p>DS :</p> <p>Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan</p> <p>DO :</p> <p>Berbicara ketus dan, pasien lebih tenang</p>
<p>11.00</p>	<p>1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)</p> <p>1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan ingin memotong kuku</p> <p>DO :</p> <p>Pasien lebih tenang dan nyaman, kooperatif</p>

Hari/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
12.00 – 13.30	1.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8 Latih mengurangkan marah secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi	DS : pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan keluarga, Pasien mengatakan perasaan ingin marah berkurang, pasien mengatakan senang berbicara dengan mahasiswa DO : Bicara lebih santai, wajah tampak rileks, kooperatif, perilaku agresif berkurang, pasien dapat mengikuti arahan teknik relaksasi, pasien dapat menceritakan dirinya
Kamis 11 Mei 2023 09.00	1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung	DS : Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan DO : Berbicara ketus berkurang, pasien lebih tenang, kooperatif
12.30	1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif	DS : Pasien mengatakan akan mencoba bercerita dengan orang lain mengenai perasaannya, dan merasa lingkungannya lebih tenang Pasien mengatakan perasaan ingin marah dan ngamuk berkurang DO : Pasien kooperatif, lebih tenang, bicara keras dan ketus berkurang, perilaku agresif berkurang, lingkungan aman dari bahaya

Hari/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
13.00 13.30	1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.27 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 1.28 Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia	DS : Pasien mengatakan akan mencoba bersosialisasi dengan orang lain saat keluar dari rumah sakit DO : Pasien Kooperatif, pasien mengerti teknik relaksasi, pasien mengikuti kegiatan TAK.
Jumat 12 Mei 2023 09.00 – 09.30	1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung	DS : Pasien mengatakan tidak membawa pisau atau gunting kuku DO : Bicara ketus dan keras berkurang, kooperatif, perilaku amuk berkurang, tidak terdapat benda yang membahayakan
10.00 – 11.00	1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.9 Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan	DS : Pasien mengatakan ingin segera pulang dan kembali bekerja lagi, Pasien mengatakan emosi lebih bisa dikontrol DO : Bicara ketus berkurang, tegang berkurang, kooperatif, pasien lebih tenang

Hari/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
13.00	1.10. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 1.11 Identifikasisumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan 1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi	DS : Pasien mengatakan mengerti teknik relaksasi saat emosi tidak dapat dikontrol DO : Pasien kooperatif, bicara ketus dan keras berkurang, tegang berkurang, perilaku agresif berkurang, pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi
Sabtu 13 Mei 2023 09.00 – 10.30	1.1. Monitor adanyabenda yang berpotensi membahayakan(mis: bendatajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yangdibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan(mis: pisau cukur)	DS : Pasien mengatakan tidak membawa barang berbahaya DO : Pasien kooperatif, berbicara ketus dan kasar berkurang, tegang berkurang, pasien lebih tenang, pasien dapat melakukan teknik relaksasi, tidak terdapatbenda berbahaya
12.00 – 13.30	1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secararutin 1.27. Motivasi terlibat dalamkegiatan sosial	DS : Pasien mengatakan ingin segera pulang dan bertemu dengan keluarga,pasien mengatakan nyaman berada ditempat ini, pasien mengatakan inginmengikuti kegiatan diluar. DO : Pasien tenang, kooperatif, perilaku amuk dan agresif

Tabel 4.6 Implementasi dan Evaluasi Pasien 2

Hari/ jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
<p>Senin 08 Mei 2023</p> <p>08.30 – 09.00</p>	<p>1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali)</p> <p>1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p> <p>1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak membawa benda berbahaya</p> <p>DO : Mata melotot, Tegang , Berbicara dengan nada keras, Afek datar</p>
	<p>1.12. Identifikasi pemahaman proses penyakit</p>	<p>DS : Pasien mengatakan sulit untuk mengontrol emosi, pasien mengatakan pernah mengkonsumsi obatobatan tetapi sudah berhenti sejak lama, pasien mengatakan saat emosi rasanya ingin membanting barang yang ada</p> <p>DO : Mata melotot, Tegang , Berbicara dengan nada keras, Afek datar</p>

Hari/ jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
12.00 – 13.00	1.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)	DS : Pasien mengatakan tidak menyimpan barang apapun, dan merasa lingkungan nya aman DO : Mata melotot, Tegang , Berbicara dengan nada keras, Afek datar, lingkungan sekitar tidak ada barang yang berbahaya seperti gunting,dst.
Selasa 09 Mei 2023 10.00 – 11.00	1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)	DS : Pasien mengatakantidak membawa benda berbahaya DO : Wajah tegang, Bicara dengan nada keras, Mendominasi pembicaraan, Mata melotot, Tidak terdapat barang berbahaya
	1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)	DS : Pasien mengatakanyang membuatnya emosi adalah karena tidak suka cara orang lain memandangnya, pasien mengatakan terkadang mendengar bisikan yang membuatnya merasa terganggu DO : Wajah tegang, Bicara dengan nada keras, Mendominasi pembicaraan, Mata melotot, Tidak terdapat barang berbahaya

Hari/ jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
12.30 – 13.00	1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.19. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri	DS : Pasien mengatakan bercerita membuat perasaannya lebih tenang dan nyaman DO: 1. Bicara dengan nada keras 2. Mendominasi pembicaraan 3. Wajah tegang 4. Lingkungan bebas dari bahaya
Rabu 10 Mei 2023 08.30 – 09.45	1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.9. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan 1.10. Identifikasi kemampuan yang dimiliki	DS : Pasien mengatakan bercerita dengan orang lain membuat perasaannya lebih tenang, pasien mengatakan akan mencoba teknik relaksasi yang diajarkan pada saat merasa ingin marah DO : Wajah tegang, Pasien kooperatif, Bicara dengan nada keras, tidak terdapat benda berbahaya
10.45 – 11.30	1.18. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri 1.32 Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam	DS : Pasien mengatakan ingin belajar mengontrol emosi DO : Kooperatif, Tampak lebih tenang

Hari/ jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Kamis 11 Mei 2023 10.15 – 11.00	1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita) 1.27 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial	DS : Pasien mengatakan mengerti cara teknik relaksasi, pasien mengatakan ingin mencoba bersosialisasi dengan orang lain DO : Pasien mempraktikkan teknik relaksasi, Pasien kooperatif, Bicara dengan nada lebih pelan, Wajah lebih rileks, Mata melotot berkurang, tidak terdapat barang berbahaya
	1.24 Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis	DS : Pasien mengatakan ingin segera pulang dan kembali bekerja DO : Pasien mempraktikkan teknik relaksasi, Pasien kooperatif, Bicara dengan nada lebih pelan, Wajah lebih rileks, Mata melotot berkurang
13.00 – 14.15	1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan	DS : Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya DO : Pasien mempraktikkan teknik relaksasi, Pasien kooperatif, Bicara dengan nada lebih pelan, Wajah lebih rileks, Mata melotot berkurang

Hari/ jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Jumat 12 Mei 2023 08.00 – 08.30	1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung	DS : Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya DO : Pasien kooperatif , Pasien tampak tenang, Mata melotot berkurang, Bicara dengan nada santai, Wajah tampak rileks, tidak terdapat benda berbahaya
10.00 – 11.00	1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)	DS : Pasien mengatakan perasaannya lebih tenang dan emosi lebih terkontrol, Pasien senang bercerita dengan orang lain, pasien mengatakan perasaannya lebih tenang DO : Pasien tampak tenang, Tidak terdapat perilaku agresif dan amuk, Mata melotot berkurang, Wajah rileks
13.00 – 13.45	1.27 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 1.28 Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia	DS : Pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan keluarga, pasien mengatakan orang berhargadhidupnya adalah anaknya DO : Pasien rileks dan tenang, Pasien kooperatif, Mata melotot berkurang

<p>Sabtu 13 Mei 2023</p> <p>10.00 – 11.30</p>	<p>1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali)</p> <p>1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p> <p>1.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya</p> <p>DO :</p> <p>Tidak terdapat benda berbahaya. Pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri, Pasien lebih tenang, Wajah rileks, Nada bicara santai, Tidak terdapat mata melotot, Tidak terdapat perilaku amuk dan agresif, tidak terdapat benda berbahaya</p>
<p>12.00 – 13.00</p>	<p>1.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>1.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis: relaksasi, bercerita)</p> <p>1.20 Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>1.21 Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri</p> <p>1.22 Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan dapat mempraktikkan teknik relaksasi saat merasa marah, dan mengatkan tidak menyimpan barang yang membahayakan, Pasien mengatakan tidak sabar untuk segera pulang kerumah, pasien mengatakan dapat mengontrol emosi</p> <p>DO : Pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri, Pasien lebih tenang, Wajah rileks, Nada bicara santai, Tidak tersapat mata melotot, Tidak terdapat perilaku amuk dan agresif</p>

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.7 Tabel Evaluasi Keperawatan Pasien 1

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
Senin 08 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan terkadang tidak bisa mengontrol emosinya, merasa ingin marah marah, jika emosi tidak tertahankan pasien ingin memukul orang lain atau merusak barang disekitar, Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan, Pasien mengatakan merasa kurang nyaman didalam ruangan ini, Pasien mengatakan tidak pernah bercerita tentang apa yang dia rasakan</p> <p>O : Pasien tegang, bicara keras dan ketus, tidak terdapat benda berbahaya, tidak ada kontak mata TD : 140/85 N : 89x/I T : 36,2 Spo2 : 995</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan belum terasi 1. Perilaku agresif/ amuk sedang (3) 2. Suara keras sedang (3) 3. Bicara ketus sedang (3)</p> <p>P : Hentikan intervensi (1.12) (1.35) Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh Pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7. Latih cara mengungkapkan perasaan secara Asertif 1.17. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p>
Selasa 09 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan pada saat dirumah orang lain suka mengejek dirinya tanpa sebab yang membuat dia marah, Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan, Pasien mengatakan</p>

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>akan mencoba teknik relaksasi pada saat merasa akan marah, Pasien mengatakan jarang bercerita dengan orang lain sehingga lebih senang memendam perasaan, pasien mengatakan marah berkurang.</p> <p>O : Kooperatif, bicara keras dan ketus, tegang berkurang, amuk berkurang, tidak terdapat barang yang membahayakan, pasien mengikuti arahan teknik relaksasi. TD : 139/82 N : 90x/I T : 36,1 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan belum terasi 1. Perilaku agresif/ amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras sedang (3) 3. Bicara ketus sedang (3)</p> <p>P : Hentikan Intervensi (1.15) Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali). 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung. 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur). 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin. 1.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asersif. 1.8 Latih mengurangi kemarahan verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita). 1.21 Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri. 1.39. Latih penggunaan Teknik relaksasi.</p>
Rabu 10 Mei 2023	<p>S : Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan, Pasien mengatakan ingin memotong kuku, pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan keluarga, Pasien mengatakan perasaan ingin marah berkurang, pasien mengatakan senang berbicara dengan mahasiswa</p>

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>O : Bicara lebih santai, wajah tampak rileks, kooperatif, perilaku agresif berkurang, pasien dapat mengikuti arahan teknik relaksasi, pasien dapat menceritakan dirinya, pasien lebih tenang TD : 141/90 N : 95x/I T : 36,3 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan belum terasi 1. Perilaku agresif/ amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4)</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8 Latih mengurangi marah secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita) 1.9 Latih penggunaan Teknik relaksasi</p>
Kamis 11 Mei 2023	<p>S : Klien mengatakan tidak membawa barang yang membahayakan, Pasien mengatakan akan mencoba bercerita dengan orang lain mengenai perasaannya, dan merasa lingkungannya lebih tenang Pasien mengatakan perasaan ingin marah dan ngamuk berkurang, Pasien mengatakan akan mencoba bersosialisasi dengan orang lain saat keluar dari rumah sakit</p> <p>O : Perilaku amuk berkurang, bicara keras dan ketus berkurang, emosi tidak terkontrol berkurang, terdapat kontak mata, perilaku agresif berkurang, tidak terdapat benda berbahaya TD : 130/80 N : 85x/i T : 36,2 Spo2 : 99%</p>

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>A : Resiko Perilaku Kekerasan Belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku agresif/ amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4) <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara asertif 1.8 Latih mengurangi marah secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita) 1.27 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial 1.28 Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
Jumat 12 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan tidak membawa pisau atau gunting kuku, Pasien mengatakan ingin segera pulang dan kembali bekerja lagi, Pasien mengatakan emosi lebih bisa dikontrol, Pasien mengatakan mengerti teknik relaksasi saat emosi tidak dapat dikontrol</p> <p>O : Perilaku agresif berkurang, amuk berkurang, terdapat kontak mata, bicara ketus dan keras berkurang, kooperatif, pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi, tidak terdapat benda berbahaya</p> <p>TD : 139/84 N : 90x/i T : 36,3 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku agresif/ amuk menurun (5) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4)

	<p>P : Hentikan intervensi (1.9 , 1.10, 1.11, 1.39) Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung 1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.9 Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan
Sabtu 13 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan tidak membawa barang berbahaya, Pasien mengatakan ingin segera pulang dan bertemu dengan keluarga, pasien mengatakan nyaman berada ditempat ini, pasien mengatakan ingin mengikuti kegiatan diluar.</p> <p>O : Pasien kooperatif, berbicara ketus dan kasar berkurang, tegang berkurang, pasien lebih tenang, pasien dapat melakukan teknik relaksasi, tidak terdapat benda berbahaya, pasien tenang. TD : 138/89 N : 88x/i T : 36,5 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku agresif/ amuk menurun (5) 2. Suara keras menurun (5) 3. Bicara ketus menurun (5) <p>P : Masalah tertasi intervensi dihentikan</p>

Tabel 4.8 Tabel Evaluasi Keperawatan Pasien 2

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
Senin 08 Mei 2023	<p>S : Klien mengatakan tidak membawa benda berbahaya, Pasien mengatakan sulit untuk mengontrol emosi, pasien mengatakan pernah mengkonsumsi obat-obatan tetapi sudah berhenti sejak lama, pasien mengatakan saat emosi rasanya ingin membanting barang yang ada, Pasien mengatakan tidak menyimpan barang apapun, dan merasa lingkungan nya aman</p> <p>O : Mata melotot, tegang, berbicara dengan nada keras, afek datar, tidak terdapat benda berbahaya TD : 110/83 N : 81x/I T : 36,1 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan belum terasi 1. Perilaku agresif/ amuk sedang (3) 2. Suara keras sedang (3) 3. Bicara ketus sedang (3)</p> <p>P : Hentikan Intervensi (1.12) Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh Pengunjung 1.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.7 Latih cara mengungkapkan perasaan secara Asertif 1.8. Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita)</p>
Selasa 09 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya, Pasien mengatakan yang membuatnya emosi adalah karena tidak suka cara orang lain memandang dirinya, pasien mengatakan terkadang mendengar bisikan yang membuatnya merasa terganggu, Pasien mengatakan bercerita membuat perasaannya lebih tenang dan nyaman</p>

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>O : Wajah tegang, Bicara dengan nada keras, Mendominasi pembicaraan, Mata melotot, Tidak terdapat barang berbahaya TD : 131/80 N : 80x/I T : 36,3 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan belum terasi 1. Perilaku agresif/ amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras sedang (3) 3. Bicara ketus sedang (3)</p> <p>P : Hentikan intervensi (1,19) Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2 Monitor keamanan barang yang dibawa oleh Pengunjung 1.3 Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur) 1.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.8 Latih emngurang kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita)</p>
Rabu 10 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan bercerita dengan orang lain membuat perasaannya lebih tenang, pasien mengatakan akan mencoba teknik relaksasi yang diajarkan pada saat merasa ingin marah, Pasien mengatakan ingin belajar mengontrol emosi</p> <p>O : Wajah tegang, pasien kooperatif, bicara dengan nada keras, tampak lebih tenang, tidak terdapat benda berbahaya TD : 126/79 N : 84x/I T : 36,4 Spo2 : 99%</p>

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>A : Resiko Perilaku Kekerasan belum terasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku agresif/ amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4) <p>P : Hentikan intervensi (1.9, 1.18) Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin 1.8 Latih emngurang kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita) 1.10. Identifikasi kemampuan yang dimiliki 1.32 Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
Kamis 11 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan mengerti cara teknik relaksasi, pasien mengatakan ingin mencoba bersosialisasi dengan orang lain, Pasien mengatakan ingin segera pulang dan kembali bekerja, Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya</p> <p>O : Pasien mempraktikkan teknik relaksasi, Pasien kooperatif, Bicara dengan nada lebih pelan, Wajah lebih rileks, Mata melotot berkurang TD : 120/70 N : 80x/i T : 36,1 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan Belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku agresif/ amuk cukup menurun (4) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4) <p>P : Hentikan Intervensi (1.24) Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali)

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
	<p>1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh pengunjung</p> <p>1.3. Monitor selama penggunaan barang yang dapat membahayakan (mis: pisau cukur)</p> <p>1.4. Pertahankan lingkungan bebas dari bahaya secara rutin</p> <p>1.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita)</p> <p>1.27 Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p>
Jumat 12 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan tidak membawa benda berbahaya, Pasien mengatakan perasaannya lebih tenang dan emosi lebih terkontrol, Pasien senang bercerita dengan orang lain, pasien mengatakan perasaannya lebih tenang, Pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan keluarga, pasien mengatakan orang berharga dihidupnya adalah anaknya</p> <p>O : Pasien tampak tenang, tidak terdapat perilaku agresif dan amuk, mata melotot berkurang, wajah rileks, tidak terdapat benda berbahaya TD : 120/79 N : 80x/i T : 36,1 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan teratasi sebagian 1. Perilaku agresif/ amuk menurun (5) 2. Suara keras cukup menurun (4) 3. Bicara ketus cukup menurun (4)</p> <p>P : Hentikan Intervensi (1.27, 1.28) Lanjutkan Intervensi 1.1. Monitor adanya benda yang berpotensi membahayakan (mis: benda tajam, tali) 1.2. Monitor keamanan barang yang dibawa oleh Pengunjung 1.8 Latih mengurangi kemarahan secara verbal dan nonverbal (mis. relaksasi bercerita)</p>

Hari/ Tanggal	Evaluasi Keperawatan
Sabtu 13 Mei 2023	<p>S : Pasien mengatakan ingin segera pulang dan berkumpul dengan keluarga, pasien mengatakan orang berharga dihidupnya adalah anaknya, Pasien mengatakan dapat mempraktikkan teknik relaksasi saat merasa marah, dan mengatakan tidak menyimpan barang yang membahayakan, Pasien mengatakan tidak sabar untuk segera pulang kerumah, pasien mengatakan dapat mengontrol emosi.</p> <p>O : Pasien dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri, Pasien lebih tenang, Wajah rileks, Nada bicara santai, Tidak tersapat mata melotot, Tidak terdapat perilaku amuk dan agresif TD : 118/69 N : 78x/iT : 36,1 Spo2 : 99%</p> <p>A : Resiko Perilaku Kekerasan teratasi 1. Perilaku agresif/ amuk menurun (5) 2. Suara keras menurun (5) 3. Bicara ketus menurun (5)</p> <p>P : Masalah teratasi intervensi dihentikan</p>

4.2. Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka kasus dalam asuhan keperawatan jiwa pada Tn. M dan Tn. R dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Elang Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada kedua pasien didapatkan persamaan dan perbedaan diantara kedua pasien.

4.2.1 Pembahasan Tn. M

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn.M dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan yang dilakukan selama 6 hari, penulis melakukan intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, hasil evaluasi pada pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dapat dikategorikan berhasil. Dengan kriteria yaitu control diri meningkat dengan karakteristik perilaku agresif/ amuk menurun, bicara keras menurun, bicara ketus menurun.

Hal ini juga didukung oleh data objektif pasien yang mana pasien terlihat lebih tenang dan dapat mengontrol emosinya dengan cara teknik relaksasi yang telah diajarkan, pasien juga dapat menceritakan apa yang dia rasakan kepada orang lain sebagai bentuk mengurangi kemarahan secara verbal.

Hasil Askep tersebut sesuai dengan teori menurut (SLKI, 2019) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan masalah control diri meningkat dalam kriteria hasil verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun perilaku agresif atau amuk menurun, perilaku menyerang menurun, dan bicara ketus menurun. Berdasarkan hasil implementasi yang telah diberikan pada pasien Tn. M sudah tidak ber perilaku agresif atau amuk menurun, perilaku menyerang menurun.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Irma Suryani (2021) yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit

Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda” bahwa factor yang mempengaruhi kekambuhan pasien adalah kurangnya ketaatan untuk meminum obat secara rutin dan juga pentingnya peran keluarga untuk mendukung kesembuhan pasien.

Penulis berasumsi bahwa asuhan keperawatan yang di berikan kepada Tn.M berhasil dengan dukungan keluarga yang rutin menjenguk dan menyemangati pasien. Dan keinginan dari masing-masing individu untuk segera pulang dan berkumpul dengan keluarga pasien mengatakan bahwa keluarga merupakan hal yang berarti bagi mereka. perawat dan tenaga kesehatan selalu memberi dukungan agar pasien sembuh dan bisa berkumpul dengan keluarga. Hal ini juga didukung oleh respon kedua pasien terhadap intervensi yang diberikan. Selama dilakukan intervensi keperawatan terdapat minat pasien dalam menjalankan intervensi dengan baik sehingga didapatkan hasil peningkatan kemampuan pasien dalam mengontrol diri.

4.2.2 Pembahasan Tn. R

Berdasarkan Asuhan Keperawatan pada Tn.R dengan masalah Resiko Perilaku Kekerasan yang dilakukan selama 6 hari, penulis melakukan intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Hasil evaluasi pada pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dapat dikategorikan berhasil, Dengan kriteria yaitu pasien mampu mengontrol marah dengan cara spiritual yaitu dengan cara solat dan berdoa apabila rasa marah muncul. Dan juga pasien sudah bisa

mengontrol marah dengan cara memukul bantal dan minum obat secara rutin. Suara pasien saat berbicara dengan perawat sudah mulai tidak tinggi. Pasien sudah bisa mempraktekkan cara mengontrol marah dengan cara latihan fisik Tarik nafas dalam dan memukul bantal atau Kasur seperti yang diajarkan oleh perawat dalam strategi pelaksanaan (SP).

Hasil Askep tersebut sesuai dengan teori menurut (SLKI, 2019) tujuan dari asuhan keperawatan diharapkan masalah control diri meningkat dalam kriteria hasil verbalisasi ancaman kepada orang lain menurun perilaku agresif atau amuk menurun, perilaku menyerang menurun, dan bicara ketus menurun. Berdasarkan hasil implementasi yang telah diberikan pada pasien Tn. R sudah tidak ber perilaku agresif atau amuk menurun, perilaku menyerang menurun, dan bicara ketus menurun.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Irma Suryani (2021) yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Klien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda” bahwa factor yang mempengaruhi kekambuhan pasien adalah kurangnya ketaatan untuk meminum obat secara rutin dan juga pentingnya peran keluarga untuk mendukung kesembuhan pasien.

Penulis berasumsi bahwa asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien Tn.R berhasil karena factor Pendidikan dan dukungan keluarga serta ketaatan keluarga untuk menjenguk pasien dirumah sakit. Peran dan dukungan keluarga sangat penting untuk kesembuhan pasien.

Pasien juga mengatakan kepada perawat bahwa pasien juga ingin cepat sembuh dan pulang bersama keluarga.

Hal ini sesuai dengan teori (Wahyuningsih, 2018) yang menyatakan obat-obatan seperti NAPZA mengakibatkan individu mengalami keadaan depresi dan mengakibatkan gangguan pada jiwanya sehingga seseorang mudah marah, emosi, stres sehingga mudah membahayakan orang lain akan adanya bertindak perilaku kekerasan

Penulis berasumsi hal yang menyebabkan keberhasilan intervensi adalah pasien mengatakan bahwa keluarga merupakan hal yang berarti bagi mereka, Walaupun pasien tidak pernah dijenguk tetapi dukungan oleh perawat dan tenaga kesehatan yang ada membuat pasien lebih bersemangat untuk pulang. Hal ini juga didukung oleh respon kedua pasien terhadap intervensi yang diberikan. Selama dilakukan intervensi keperawatan terdapat minat pasien dalam menjalankan intervensi dengan baik sehingga didapatkan hasil peningkatan kemampuan pasien dalam mengontrol diri. Adapun keterbatasan dalam menjalankan asuhan keperawatan yaitu :

1. Keluarga pasien yang tidak menjenguk sehingga terdapat keterbatasan dalam memperoleh data keluarga pasien.
2. Keterbatasan penulis dalam mengobservasi pasien dalam 24 jam.

4.2.3 Perbedaan Dari Kedua Pasien

Dari hasil pengkajian kedua pasien terdapat perbedaan yaitu pada pasien 1 Tn. M didapatkan faktor predisposisi yaitu pasien mengatakan sering diremehkan oleh orang lain yang membuat dirinya menjadi emosi,

dan dari data anamnesis di dapatkan kontak mata pasien kurang, koping adaptif pasien berorientasi dengan baik. Sedangkan pada pasien 2 Tn. R didapatkan faktor predisposisi pasien mengatakan pernah mengonsumsi narkoba pada saat SMK, dan konsentrasi pasien mudah teralihkan, hindari data anamnesis selalu mencari tapi selalu mencari tapi aku tapi aku kontak mata tajam dan pasien kooperatif saat ditanya, topping adaptif pasien adalah reaksi lambat (lambat dalam berpikir).

4.2.4 Persamaan Dari Kedua Pasien

Dari hasil pengkajian di kedua pasien didapatkan persamaan yaitu pada pasien 1 Tn. M dengan gejala yaitu marah-marah, mengamuk, sulit mengontrol emosi dan merusak barang di sekitar, pasien juga berperenampilan kurang rapi, pembicaraan keras, ketus, dan tegang saat berinteraksi. Gejala tersebut juga dialami pada pasien 2 Tn. R yaitu marah-marah, mengamuk, sulit mengontrol emosi dan merusak barang di sekitar, dan di mana pasien juga berperenampilan kurang rapi pembicaraan keras, ketus, dan pasien tegang saat berinteraksi.

Dari hasil diagnosa yang ditegakkan pada kedua pasien yaitu resiko perilaku kekerasan b.d riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain, di mana diagnosa ini mempunyai data subjektif dan objektif yang berhubungan dengan kedua pasien dan dari hasil perencanaan pada kedua pasien didapatkan luaran keperawatan yaitu kontrol diri meningkat dengan intervensi pencegahan perilaku kekerasan dan promosi koping.

Dari hasil implementasi selama 6 hari dari kedua pasien didapatkan kriteria hasil kontrol diri meningkat yaitu perilaku agresif/amuk menurun, suara keras menurun, bicara ketus menurun. Kedua pasien mampu mengontrol perilaku agresif/amuk dan dari hasil evaluasi kedua pasien diagnosa resiko perilaku kekerasan teratasi, karena implementasi yang dilakukan berhasil mencapai semua tujuan dan kriteria hasil keperawatan.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan yang terdapat diruang elang. Asuhan keperawatan dilakukan selama 6 hari perawatan, setelah dilakukan pengkajian didapatkan bahwa pada pasien 1 pasien merasa selalu diremehkan oleh orang lain yang membuat dirinya emosi dan melakukan kekerasan pada orang lain dan lingkungan. Pada pasien 2 didapatkan pasien pernah mengkonsumsi obat-obatan terlarang yang membuat dirinya mengalami perubahan perilaku dan mendengar bisikan yang membuat pasien merasa emosi.

Kedua pasien ini memiliki karakteristik yang berbeda yaitu Tn. M merupakan anak pertama dari 3 bersaudara, pasien tinggal bersama istri dan anaknya, pasien sering diremehkan oleh orang lain, sudah menikah. Sedangkan Tn. R merupakan anak kedua dari 4 bersaudar, tinggal dengan kedua orang tuanya dan 2 orang anaknya, pasien pernah mengonsumsi narkoba saat SMK, status bercerai.

Asuhan keperawatan pada kedua pasien dikatakan berhasil dengan implementasi yang dilakukan pada kedua pasien menggunakan standar intervensi keperawatan Indonesia yaitu pencegahan perilaku kekerasan. Intervensi keperawatan pencegahan perilaku kekerasan dapat meningkatkan kontrol diri pasien sesuai dengan kriteria hasil pada standar luaran keperawatan

Indonesia. Evaluasi kedua pasien mampu membina hubungan saling percaya serta mampu menjadi lebih baik setiap harinya, dan mampu mengontrol diri secara baik.

5.2 Saran

1. Bagi Mahasiswa

Berdasarkan karya tulis ilmiah yang telah penulis jabarkan diharapkan mahasiswa dapat menambah wawasan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap keperawatan jiwa terutama pada masalah Resiko Perilaku Kekerasan dengan mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh di bangku pendidikan.

2. Bagi Perawat Jiwa

Sebagai acuan untuk tetap melanjutkan intervensi keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan secara berkesinambungan agar Kontrol diri pasien dapat meningkat.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan dan referensi perpustakaan untuk menambah ilmu pengetahuan tentang keperawatan jiwa bagi mahasiswa di Politeknik Kemenkes Kaltim.

4. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Dapat digunakan sebagai gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- As'ad, M. (2000). Perilaku Kekerasan. *In Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 8, p. 20).
- A. Budiman, (2019). *Modul Keperawatan Jiwa Tindakan Keperawatan*.
- Chaplin, J. P. (2008). *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.
- Dermawan, Deden. 2018. *Modul Laboratorium Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta:Gosyen Publishing
- Estika Mei Wulansari, E. (2021). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Dirumah Sakit Daerah Dr Arif Zainuddin Surakarta (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta)*.
- G. H., Kio, A. L., & Arimbawa, A. G. (2020). *Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan*.*Jurnal Keperawatan*.
- Karyanti, K., & Agustina, Y. (2019). Teknik Menggambar Untuk Menurunkan Emosi Marah Pada Peserta Didik Di SMA Negeri-2 Palangkaraya: *Drawing Techniques To Reduce The Emotional Upset On State Students In SMA-2 Palangkaraya*. Suluh: Jurnal Bimbingan dan Konseling, 4(2), 4-9.
- Kio, A. L., Wardana, G. H., & Arimbawa, A. G. R. (2020). *Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kekambuhan Klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. *Caring: Jurnal Keperawatan*, 9(1), 69-72. DOI: <https://doi.org/10.29238/caring.v9i1.592>
- Hasannah, S. U., & Solikhah, M. M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 2(3),149.
- Liviana, & Suem, T. (2019). Faktor predisposisi pasien resiko perilaku kekerasan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Jiwa*, 1(1), 27–38.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Pardede, J. A. (2019). *Standar Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. December. <https://doi.org/10.31219/osf.io/we7zm>
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Purwanto, Y., Mulyono, R., & Herlina, R. (2006). *Psikologi marah: perspektif psikologi Islami*. Refika Aditama.
- Riskesdas, (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018 Kesehatan Jiwa*. 20–21. Retrieved from [http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpo_p_2018/ Hasil Riskesdas 2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpo_p_2018/Hasil_Riskesdas_2018.pdf) diakses tanggal 28 oktober 2019

- Siregar, S. L. (2022). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Tn. D Dengan Masalah Risiko Perilaku Kekerasan Melalui Strategi Pelaksanaan (SP 1-4): Studi Kasus*.
- Stuart (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta:EGC
- Subagyo, W., Wahyuningsih, D., & Mukhadiono, M. (2018). Penurunan Skor Agresion Self-Control Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan Terapi Musik. *JURNAL KEPERAWATAN MERSI*, 7(2), 25-31.
- Susanti, R., Husni, D., & Fitriyani, E. (2014). *Perasaan terluka membuat marah*. *Jurnal Psikologi*, 10(2), 103-109.
- Sutejo. (2019). *keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Puataka Baru Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*
- Wahyuningsih, S., & Mamnu'ah, M. A. (2015). *Hubungan faktor keturunan dengan kejadian gangguan jiwa di desa Banaran Galur Kulon Progo Yogyakarta* (Doctoral dissertation, STIKES'Aisyiyah Yogyakarta).
- World Health Organization* (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/schizophrenia> (diakses pada 10 februari 2023).