PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA ORANG DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PUSKEMAS SALAM

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah

Program Studi D3 Keperawatan

Disusun Oleh:

Salsabilla Dhea Criswandiva

NPM: 21.0601.0044

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2025

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM PADA ORANG DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PUSKEMAS SALAM

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji KTI

Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, Maret 2025

Pembimbing

Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep.

NIK. 047806007

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

PENERAPAN TEKNIK NAFAS DALAM PADA ORANG DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PUSKEMAS SALAM

Disusun Oleh:
Salsabilla Dhea Criswandiva
NPM: 21.0601.0044

Telah dipertahankan di depan Penguji pada tanggal 7 Agustus 2025

Susunan Penguji:

Penguji I:

Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep, Sp.Kep.J (.....)

Penguji II:

Ns. Muhammad Khoirul Amin, M.Kep, Sp.Kep.J (.....)

Penguji III

Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep (.....)

Magelang, Februari 2025
Program Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Dekan,

Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep
NIK 207608163

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul "Dukungan Koping Keluarga Orang Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Puskemas Salam". Karya tulis ilmiah diajukan sebagai langkah awal untuk menyusun karya tulis ilmiah. Karya tulis ilmiah ini diajukan dari hasil usaha, pemikiran dan dedikasi penulis terhadap topik yang dianggap pentik dan menarik.

Penulis dalam mengajukan karya tulis ilmiah tidak lepas dari dukungan, doa serta bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ns. Kartika Wijayanti, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan.
2. Ns. Muhammad Khoirul Amin, M.Kep, Sp.Kep.J selaku pimpinan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Ns. Margono, M.Kep selaku kepala bidang studi D3 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang selalu memberikan dukungan, perhatian, semangat, dan kesabaran dalam membimbing penulis.
5. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep, Sp.Kep.J, selaku Penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan masukkan dan koreksi demi perbaikan KTI ini.
6. Bapak Irawan Aprilianto, Ibu Kristianti Rudiantari, serta keluarga besar penulis yang tidak henti-hentinya memberi doa restu, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat untuk penulis mendukung dan membantu penulis secara moril, materiil maupun spiritual hingga selesainya penyusun Karya Tulis Ilmiah.
7. Teman-teman mahasiswa Fakults Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan telah banyak memberi dukungan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama 3 tahun yang telah kita lalui.

8. Raka Ariq Saifana yang telah menjadi bagian penting dalam perjalanan perkuliahan penulis. Terimakasih telah menjadi rumah untuk melepas keluh kesah, segala usaha yang diberikan mulai dari waktu, dukungan, doa dan support dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sampai selesai.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah terdapat kekurangan dan kelebihan. Besar manfaatnya jika pembaca menyampaikan kritik dan saran yang membangun guna untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Akhir kata penulis berharap Allah SWT, senantiasa melimpahkan berkat dan rahmat-Nya atas segala sesuatu yang ditempuh penulis dalam mengajukan Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR ISI

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
KATA PENGANTAR iv
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR LAMPIRAN xi
BAB 1 PENDAHULUAN 12
1.1 Latar Belakang 12
1.2 Tujuan 15
1.3 Manfaat 15
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 16
2.1 Resiko Perilaku Kekerasan 17
2.3 Konsep Dukungan Koping Keluarga 21
2.4 Psikopatologi 23
BAB 3 METODE STUDI KASUS 24
3.1 Jenis/Desain Studi Kasus 24
3.2 Subjek Studi Kasus 25
3.3 Definisi Operasional 25
3.4 Instrumen Studi Kasus 25
3.5 Lokasi dan Waktu Studi Kasus 26
3.6 Penyajian Data 26
3.7 Etika Studi Kasus 26
3.8 Alur Penelitian 27
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN 29
4.1 Hasil Studi Kasus 29
BAB 5 PENUTUP 39
5.1 Kesimpulan 40
5.2 Saran 41
DAFTAR PUSTAKA 42

DAFTAR TABEL

Tabel I Tanda Gejala 18
Tabel II Kriteria Skor SLKI 32

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Asuhan Keperawatan Jiwa Sdr. E 41
Lampiran II Asuhan Keperawatan Jiwa Sdr. S 69
Lampiran III Lembar Informed Consen 103

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah seseorang dari segi mental terganggu bahkan pikirannya tidak ada digunakan secara normal (Anggita, 2019). Gangguan jiwa berat dikenal juga dengan sebutan psikosis adalah skizofrenia (Malfasari, 2020). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dapat berakhir dengan hilangnya nyawa seseorang seseorang. Dalam penanganan penyakit ini karena jiwa yang terganggu maka dibutuhkan adalah terapi, rehabilitasi serta dengan konseling. Upaya terbesar unutk penanganan penyakit gangguan jiwa terletak pada keluarga dan masyarakat, dalam hal ini terapi terbaik adalah bentuk dukungan keluarga dalam mencegah kambuhnya penyakit (Pitayanti, 2020).

Skizofrenia suati gangguan jiwa yang bersifat berat dan kronis yang menyerang 20 juta orang di seluruh dunia (WHO, 2019). Skizofrenia merupakan penyakit kronis, parah dan melumpuhkan, gangguan otak yang ditandai dengan pikiran kacau, waham, delusi, halusinasi dan perilaku aneh atau katatonik (Pardede, Siregar, & Halawa, 2020). Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan kemenkes tahun 2019 di urutan pertama provinsi Bali 11,1%, urutan kedua provinsi DI Yogyakarta 10,4%, NTB 9,6%, Sumatera Barat 9,1%, Sulawesi Selatan 8,8%, Aceh 8,7%, Jawa Tengah 8,7%, Sulawesi Tengah 8,2%, Sumatera Selatan 8%, Kalimantan Barat 7,9% (Kemenkes, 2019). Tanda dan gejala yang sering timbul akibat skizofrenia berupa gajala positif dan negatif seperti perilaku kekerasan.

Risiko perilaku kekerasan adalah salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernafasan meningkat, marah, mudah

tersinggung, mengamuk dan bisa mencederai diri sendiri. Perubahan pada fungsi kognitif, fisiologis, afektif, hingga perilaku dan sosial hingga menyebabkan risiko perilaku kekerasan. Berdasarkan data tahun 2017 dengan risiko perilaku kekerasan sekitar 0,8% atau dari 10.000 orang menunjukkan risiko perilaku kekerasan sangatlah tinggi (Pardede, 2020). Risiko perilaku kekerasan timbul akibat rasa tidak nyaman dan panik yang terjadi akibar stressor dari dalam dan luar lingkungan. Perilaku kekerasan yang timbul pada klien skizofrenia diawali dengan adanya perasaan tidak berharga, takut dan ditolak oleh lingkungan sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Aziz, 2020).

Perilaku kekerasan merupakan salah satu repon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang, respon ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan sering menunjukkan perubahan perilaku seperti mengancam, gaduh, tidak bisa diam, mondar-mandir, gelisah, intonasi suara keras, ekspresi tegang, berbicara dengan semangat agresif, suara tinggi dan bergembira secara berlebihan. Pada seseorang yang mengalami risiko perilaku kekerasan mengalami perubahan adanya penurunan kemampuan dalam memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang serta gelisah (Pardede, Siregar & Halawa, 2020).

Kekambuhan seringkali menjadi tantangan yang seringkali muncul pada pengobatan skizofrenia. Kekambuhan dalam 1 tahun diagnosis skizofrenia terjadi pada 60-70% pasien yang tidak menerima pengobatan (Wardani, 2019). Fenomena kekambuhan terutama disebabkan oleh kepatuhan pengobatan pada pasien gangguan jiwa. Adanya studi menunjukkan faktor munculnya kekambuhan disebabkan karena kurangnya kepatuhan. Kepatuhan klien minum obat merupakan masalah utama dalam kekambuhan. Sangat penting untuk mematuhi faktor-faktor penyebab kambuhnya

gangguan jiwa, yaitu kepatuhan klien minum obat. Obat harus digunakan dalam porsi yang layak untuk jangka waktu yang memadai (Siringoringo, 2018). Kekambuhan pada pasien gangguan jiwa juga seringkali berkaitan dengan perilaku agresif yang dilakukan oleh pasien tersebut. Perilaku agresif merupakan tingkah laku destruktif yang menimbulkan beban signifikan pada seseorang, keluarga, dan masyarakat. Perilaku agresif terjadi karena adanya gangguan pada struktrur dan fungsi otak (Aroviani and Niman, 2020). Perilaku agresif ini muncul disebabkankarena kurangnya kemampuan mengontrol diri yang mengakibatkan ketidakmampuan sesorang untuk menghargai serta berempati terhadap orang lain (Cuyunda et al., 2021). Dukungan keluarga menjadi faktor penting terhadap kepatuhan minum obat pasien skizofrenia sehingga dapat berpengaruh positif terhadap kesehatan psikologis. Peran keluarga atau care giver sangat penting dalam menangani dan mencegah gelaja kekambuhan karena mereka bertanggung jawab memberikan perawatan secara langsung serta pengawasaan dalam kepatuhan minum obat (Rachmawaati, 2020). Faktor lingkungan dinyatakan berhubungan dalam terjadinya gangguan skizofrenia. Faktor lingkungan yang mempengaruhi kekambuhan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, pandangan masyarakat terhadap skizofrenia.

Pentingnya peran serta keluarga terhadap klien gangguan jiwa dapat dipandang dalam berbagai segi. Pertama, keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan intrapersonal dengan lingkungannya. Kedua, keluarga merupakan “institusi” pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit dapat sia- sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali (kambuh) (Sumarsih, 2022).

Berdasarkan latar belakang tersebut, perlu adanya penelitian yang melihat seberapa besar dukungan keluarga akan mempengaruhi kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di berbagai populasi. Sehingga, peneliti tertarik untuk melakukan studi meta-analisis hubungan dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien gangguan jiwa berdasarkan studi primer yang telah dilakukan sebelumnya.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Tujuan dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan menerapkan "Teknik Relaksasi Nafas Dalam"

1.2.2 Tujuan Khusus

a. Mengkaji klien dengan risiko perilaku kekerasan.
b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan.
c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan.
d. Melakukan implementasi keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan.
e. Mengevaluasi klien risiko perilaku kekerasan dengan teknik asertif.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai kajiaan penambahan materi dalam meningkatkan pengetahuan khususnya dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pada penderita resiko perilaku kekerasan.

1.3.2 Bagi Profesi Keperawan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber alternatif dalam konsep dan penanganan pada penderita resiko perilaku kekerasan.

1.3.3 Bagi Masyarakat

Manfaat untuk masyarakat adalah untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penerapan dukungan koping keluarga pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

1.3.4 Bagi Penulis

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar dalam peengembangan penelitian berikutnya. Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti khususnya tentang dukungan koping keluarga pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Resiko Perilaku Kekerasan

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi serta menunjukkan emosi dan gaduh gelisah. Skizofrenia dijadikan dasar profesi keperawatan dalam menengakkan diagnosis keperawatan yaitu perilaku kekerasan (Aristha, 2020). Perilaku kekerasan adalah salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan baik pada diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan baik secara verbal maupun non verbal.

Bentuk perilaku kekerasan yang dilakukan yaitu amuk, bermusuhan yang berpotensi melukai, merusak baik fisik maupun kata – kata (Riska Amimi, Eka Malfasari, Rizka Febtrina, 2020). Kondisi ini harus segera ditangani karena resiko perilaku kekerasan adalah salah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis yang dapat membahayakan diri pasien, orang lain dan lingkungan.

Menurut beberapa definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan jiwa yang banyak terdapat dalam masyarakat sering dikonotasikan dengan keadaan gila. Sebagai dampak negatifnya adalah resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.

2.1.2 Penyebab

Perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu predisposisi dan faktor

presipitasi (Riska Amimi, Eka Malfasari, Rizka Febtrina, 2020).

a. Faktor Predisposisi

1) Faktor Psikologis

A. *Psychoanalytical theory* : teori ini mandukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Frued berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh 2 insting, pertama insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas dan kedua insting kematian yang diekspresikan dengan agresifitas.

B. *Frustation aggression theory* : teori yang dikembangkan oleh pengikut frued ini berawal dari asumsi bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan, maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustasi. Jadi hampir semua orang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif (Kandar & Iswanti, 2019).

2) Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan sering mengobservasi kekerasan dirumah atau diluar rumah, semua aspek ini menstimulus individu mengadopsi perilaku kekerasan.

3) Sosial budaya

Social learning theory, teori ini mengemukakan bahwa agresif tidak berbeda dengan respon – respon yang lain. Agresif dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan, maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorangakan berespon terhadap keterbangkitan emosional secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajari. Pembelajaran ini bias internal dan eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksualkarena menonton film

erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut, seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberi es agar anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah , ia akan mendapat apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat orang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka. Cultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima sehingga dapat membantu individu entuk mengekspresikan marah dengan cara asertif (Kandar & Iswanti, 2019)

4) Bioneurologis

Menjelaskan bahwa banyak pendapat yang mengemukakan kerusakan sistem limbik, lobus frontal, lobus, temporal dan ketidakseimbangan neutransmitter yang turut berperandalam terjadinya perilaku kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

1) Klien : Kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.
2) Lingkungan : Ribut, kehilangan orang / objek yang berharga, konflik interaksi sosial.
3) Interaksi dengan orang lain : Berkelahi dengan teman, mendapatkan penghinaan, dan konflik dengan keluarga (Kandar & Iswanti, 2019).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tabel I Tanda Gejala

No	Tanda Gejala
1.	Mayor Subjektif a. Mengancam secara verbal maupun fisik b. Berbicara kasar c. Suara tinggi
2.	Mayor Objektif a. Melukai orang lain b. Merusak barang c. Merusak lingkungan d. Tidak mampu mengendalikan perilaku kekerasan

2.1.4 Penatalaksanaan

Penanganan yang digunakan unyuk mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Menurut (Ihsan et al., 2023) terapi medis yang dapat diberikan seperti obat antipsikotik adalah *Chlorpomazine* (CPZ), *Risperidone* (RSP), *Haloperidol* (HLP), *Clozapin* dan *Trifluoerazine* (TFP). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis. Tindakan keperawatan yang dapat diajarkan klien perilaku kekerasan serta mrnganjarkan mengendalikan amarah kekerasan secara fisik : nafas dalam dan pukul bantal, minum obat, verbal / sosial : menyatakan secara asertif rasa marahnya, spiritual : beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok.

2.2 Pencegahan Perilaku Kekerasan

Definisi pencegahan perilaku kekerasan adalah meminimalkan kemarahan yang diekspresikan secara berlebihan dan tidak terkendali secara verbal sampai dengan mencederao orang lain dan/ atau merusak lingkungan.

2.2.1 Tujuan

Tujuan dari tindakan pencegahan perilaku kekerasan yaitu :

a. Promotif yaitu upaya pencegahan perilaku kekerasan dengan pendekatan, pemeliharaan, peningkatan kesehatan mental
b. Prevetif yaitu upaya untuk mencegah kekambuhan dari perilaku kekerasan.
c. Kuratif yaitu pencegahan perilaku kekerasan yang bertujuan menyembuhkan penyakit salah satunya dengan pengobatan farmakologi.
d. Rehabilitatif yaitu pemulihan kesehatan untuk mencegah perilaku kekerasan

2.3 Konsep Terapi Relaksasi Nafas Dalam

2.3.1 Pengertian

Perawat kesehatan jiwa secara kontinu memiliki peranan yang sangat penting dalam membantu mengatasi masalah klien risiko perilaku kekerasan. Diantara teknik yang dapat berikan perawat untuk membantu klien dalam mengurangi perilaku kekerasan adalah menggunakan teknik relaksasi tarik nafas dalam. Relaksasi tarik nafas dalam merupakan salah satu bentuk relaksasi yang berupaya untuk mengendurkan ketegangan jasmaniah, yang pada akhirnya mengendurkan ketegangan jiwa, salah satu cara terapi relaksasi adalah bersifat respiratoris, yaitu dengan mengatur aktivitas bernafas. Pelatihan relaksasi pernafasan dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan baik tempo atau irama dan intensitas yang lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafas, menyebabkan sikap mental dan badan yang relaks sehingga menyebabkan otot lentur dan dapatmenerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuat kaku. Relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, memberikan perasaan tenang, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional, sehingga emosi marah tidak berlebihan dan tidak terjadi pada tingkat intensitas yang tinggi. Relaksasi nafas

dalam akan merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphin dan enkefalin, dilepaskannya hormon endorphin dapat memperkuat daya tahan tubuh, menurunkan agresifitas dalam hubungan antar manusia.(Pertiwi et al., 2023)

Menurut definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi napas dalam adalah metode yang melibatkan pengaturan pola napas untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, dan kecemasan, serta mencegah stimulasi nyeri pada tubuh. Terapi ini dapat menurunkan ketegangan dan memberikan ketenangan, serta merangsang pelepasan hormon endorphin dan enkefalin yang memperkuat daya tahan tubuh, menjaga otak tetap tenang, dan menurunkan agresivitas.

2.3.2 Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan dengan resiko perilaku kekerasan :

a. Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah
b. Stimulus Lingkungan
c. Status mental
d. Putus obat
e. Penyalahgunaan narkoba / alcohol

2.3.3 Prosedur

2.3.3.1 Rencana Keperawatan

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia Resiko Perilaku Kekerasan :

Kontrol Diri (L.09076)

a. Verbalisasi ancaman orang lain
b. Verbalisasi umpatan
c. Perilaku penyerangan
d. Perilaku melukai diri sendiri

e. Perilaku merusak lingkungan sekitar
f. Perilaku agresif / amuk
g. Suara ketus
h. Bicara keras
i. Verbalisasi kehilangan hubungan yang penting

Menurut Standat Interensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, p. 28) Risiko Perilaku Kekerasan :

Dukungan Koping Keluarga :

a. Identifikasi respons emosional terhadap kondisi saat ini
b. Identifikasi beban prognosis secara psikologis
c. Identifikasi pemahaman tentang keputusan perawat setelah pulang
d. Dengan masalah, perasaan, dan pertanyaan keluarga
e. Fasilitas pengungkapan perasaan antara pasien dan keluarga atau antar anggota keluarga
f. Fasilitas anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai
g. Informasikan kemajuan pasien secara berkala
h. Rujuk untuk terapi keluarga jika perlu

Berdasarkan dari hasil pengkajian diatas, maka masalah risiko perilaku kekerasan dapat dilakukan rencana keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan (SP). Strategi pelaksanaan memiliki 3 tahap dimilai dari fase orientasi yang terdiri dari salam terapeutik, ealuasi, kontrak (topik, waktu, tempat), fase kerja dan yang terakhir fase terminasi yang terdiri dari evaluasi respon (subjektif dan objektif), kontrak (topik, waktu, tempat), rencana tindak lanjut.

1. Strategi Pelaksanaan 1 : Membina hubungan saling percaya, ,e,bantu klien mengenali penyebab perilaku risiko kekerasan, mendiskusikan Bersama klien perilaku kekerasan

yang biasa dilakukan pada saat marah : verbal.

2. Sreategi Pelaksanaan 2 : Mengajarkan klien cara mengontrol marah.
3. Sreategi Pelasanaan 3 : Mendengarkan keluh kesah dan pertanyaan dari klien maupun keluarga klien.

2.4 Psikopatologi

Ancaman kebutuhan, marah, stress, cemas yang dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekpresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain, sehingga rasa marah tersebut dapat dipahami oleh orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, ketegangan akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi (Yanuar, 2018).

Rasa marah yang diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif dan menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang diunjukan pada diri sendiri orang lain dan lingkungan. Perilaku yang yang submatif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan yang demikian akan menimbulkan rasa bermushuan yang lama dan suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang diajukan diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Yanuar, 2018).

BAB 3
METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis/Desain Studi Kasus

Dalam studi kasus ini penulis mengunakan jenis studi kasus deskriptif. Metode deskriptif adalah penelitian yang dilakukan secara intensif, terperinci, dan mendalam terhadap suatu organisme atau individu, masyarakat serta situasi – situasi tertentu dengan daerah atau subjek yang sempit. Jenis studi kasus deskriptif bertujuan menggambarkan suatu gejala, fakta dan realita.

Menggunakan teknik pengumpulan datadengan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, penegakan diagnosa sehingga evaluasi tercapai. Hasil penelitian ini akan didajikan dalam bentuk deskriptif dengan menggunakan acuan penelitian terdahulu.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan dengan pendekatan asuhan keperawatan ini adalah mengelola 2 keluarga dengan pasien gangguan jiwa dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan, dengan rentan usia dewasa dan jenis kelamin laki – laki / Perempuan dengan resiko perilaku kekerasan.

3.3 Definisi Operasional

a. Resiko perilaku kekerasan

   Resiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang berisiko / membahayakan secara fisik, emosi dan/ seksual pada diri sendiri atau orang lain.

b. Teknik relaksasi nafas dalam

   Teknik relaksasi napas dalam adalah metode yang melibatkan pengaturan pola napas untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, dan kecemasan, serta mencegah stimulasi nyeri pada tubuh. Terapi ini dapat menurunkan ketegangan dan memberikan

ketenangan, serta merangsang pelepasan hormon endorphin dan enkefalin yang memperkuat daya tahan tubuh, menjaga otak tetap tenang, dan menurunkan agresivitas.

3.4 Instrumen Studi Kasus

Dalam penelitian ini penulis menggunakan media penelitian sebagai berikut:

1. Informed consen
2. Format pengkajian keperawatan jiwa
3. Skala perilaku kekerasan
4. Sop dukungan koping keluarga
5. Alat tulis
6. Kamera handphone untuk mendokumentasikan tindakan

3.5 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

a. Lokasi

Penulis melakukan studi kasus di dususn jagang kidul, salam, salam , magelang.

b. Waktu

Proses penelitian dimulai dengan penyusunan proposal karya tulis ilmiah pada bulan Desember 2024, kemudian dilanjut dengan seminar proposal yang dimulai pada bulan Febuari 2025. Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan pada bulan Maret 2025 saat penulis memasuki waktu praktik keperawatan jiwa. Penelitian akan dilaksanakan selama 2 minggu dengan 6 kali kunjungan.

3.6 Penyajian Data

Hasil pengumpulan data akan disajikan dalam bentuk formular pengkajian kemudian dianalisis dan dibahas sesuai hasil yang didapatkan setelah melakukan interrvensi keperawatan pencegahan perilaku kekerasan pada subjek penelitian. Dalam penyajian hasil pengumpulan data penulis beracu pada penelitian terdahulu dengan

topik yang sama..

3.7 Etika Studi Kasus

3.7.1 Anonimty

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan. Seperti yang tertulis pada hasil pengkajian tidak dituliskan nama terang melainkan nama inisial.

3.7.2 Confidentiality

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

3.8 Alur Penelitian

1. Meminta izin penelitian melalui surat izin penulis kepada Puskesmas X.
2. Mencari dua pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Puskesmas X.
3. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien.
4. Melakukan pengkajian pada dua pasien dengan kasus yang sama yaitu Risiko Perilaku Kekerasan
5. Merumuskan diagnosa pada dua pasien dengan kasus yang sama yaitu Risiko Perilaku Kekerasan
6. Merumuskan intervensi dengan strategi pelaksanaan pasien jiwa antara lain : menghardik, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal dan membatu klien minum

obat secara teratur pada dua pasien dengan kasus yang sama yaitu risiko perilaku kekerasan serta intervensi tambahan berupa dukungan keluarga.

7. Melakukan implementasi startegi pelaksanaan pasien pada dua pasien dengan kasus yang sama yaitu risiko perilaku kekerasan
8. Melakukan evaluasi tindakan pada dua pasien dengan kasus yang sama yaitu risiko perilaku kekerasan
9. Melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan selama penulisan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Pada BAB ini penulis akan memaparkan hasil & pembahasan terkait studi kasus yang telah dilakukan terhadap Sdr. E dan Sdr. S dengan masalah kesehatan jiwa resiko perilaku kekerasan selama 6 kali pertemuan, dimulai dari proses pengkajian hingga evaluasi.

4.1.1 Pengkajian

4.1.1.1 Pasien Sdr. E

Tabel II pengkajian

Nama	Sdr E	Sdr/i S
Jenis Kelamin	Laki laki	Perempuan
Usia	31 tahun	20 tahun
Status	Belum menikah	Belum menikah
Tingkat Pendidikan	SD	SMK
Riwayat Kesehatan Keluarga	Tidak ada yang mengalami gangguan jiwa	Ayah Sdr S pernah mengalami gangguan jiwa di RSJ
Status Mental	Pasien terlihat pakai pasien tidak rapi, celana miring kancing baju pasien tampak tidak sesuai urutan, yang paling menojol saat pengkajian yaitu cara pasien bericara, pasien cenderung bericara cepat, nada bicara yang ketus, suara yang keras dan intonasi yang tinggi, aktivitas motoric pasien pun terlihat tegang, pasien tidak mampu	Pakain pasien terlihat tidak rapi, warna baju dan velana yang dikenakan pasien tampak tidak senada Pasien tampak duduk tegang, mata pasien tampak menatap pengkaji dengan tajam, nada bicara pasien terdengar ketus, bernada tinggi dan bersuara keras. Tangan pasien tampak mengepal seperti menahan marah. Ekspresi wajah pasien

	berkonsenterasi serta mudah tersinggung dengan ekspresi mata melotot saat sesi pengkajian.	tampak datar cenderung tidak menunjukan ekspresi yang berubah saat membicarakan hal senang atau sedih
Keluhan Saat Pengkajian	Sdr. E mengatakan sering ditolak saat melamar pekerjaan karena hanya lulusan SD, pasien mengatakan diremehkan keluarga karena belum bekerja, sehingga pasien merasa tertekan dengan perkataan keluarga setiap kali membahas mengenai pekerjaan Dari perasaan tertekan itu pasien ingin memukul bapaknya setiap kali bertanya tentang pekerjaan, untuk melampiaskan emosinya selain ingin memukul pasien juga sering membanting piring dirumah	Saat pengkajian langsung sdr. S mengatakan dirinya sering mendapatkan perilaku kasar dari ayahnya, pasien mengatakan ayahnya selalu menggunakan suara keras saat berbicara dengan dirinya dan ibunya, setiap kali mengucapkan kata kata kotor pasien mengatakan karena meniru ayahnya. Sedari kecil sdr. S sering melihat ayah dan ibunya bertengkar dan ayahnya sering melempar barang barang saat marah, disitulah sdr. S merasa tidak diperhatiakan dan malah mendapatkan perilaku kasar dari orang tua. Pasien mengatakan tidak nyaman tinggal dirumah karena merasa sering emosi saat melihat ayahnya.
Keluhan Keluarga	Keluarga pasien mengatakan	Keluarga pasien mengatakan

	peduli kepada pasien dan berharap pasien dapat mengontrol emosinya, tetapi tidak tahu bagaimana cara merawat pasien dengan kondisi tersebut	sering ikut terpancing emosi saat pasien sudah marah marah dan berbicara dengan intonasi yang tinggi. Selama ini memang kurang adanya dukungan keluarga untuk pasien. Keluarga sdr. S mengaku salah telah bersikap kasar didepan anak sehingga membuat anak menjadi meniru perilakunya. Ada keinginan keluarga merubah kebiasaan hidup keluarga supaya sdr. S juga dapat mengontrol emosi nya setiap hari.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan proses analisa data dapat penulis tegakkan diagnosa keperawatan yaitu resiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan hasil analisa data yang dituliskan dalam tabel berikut.

Tabel III Diagnosa Keperawatan

Nama	Sdr E	Sdr S
Diagnosa	Resiko Perilaku Kekerasan	Resiko Perilaku Kekerasan
Tanda dan Gejala	Ds: Pasien mengatakan ingin memukul bapaknya setiap kali bertanya tentang pekerjaan, untuk melampiaskan emosinya selain ingin memukul pasien	Ds: 1. Sdr. S mengatakan dirinya sering mendapatkan perilaku kasar dari ayahnya 2. pasien mengatakan

	juga sering membanting piring dirumah Do: 1. Pakaian pasien terlihat tidak rapi, celana miring kancing baju pasien tampak tidak sesuai urutan 2. Pasien cenderung bericara cepat, nada bicara yang ketus, suara yang keras dan intonasi yang tinggi, 3. Aktivitas motorik pasien terlihat tegang, pasien tidak mampu berkonsenterasi serta 4. Pasien tampak mudah tersinggung dengan ekspresi mata melotot saat sesi pengkajian.	ayahnya selalu menggunakan suara keras saat berbicara dengan dirinya dan ibunya, setiap kali mengucapkan kata kata kotor pasien mengatakan karena meniru ayahnya. 3. Sdr. S mengatakan merasa tidak diperhatiakan dan malah mendapatkan perilaku kasar dari orang tua. 4. Pasien mengatakan tidak nyaman tinggal dirumah karena merasa sering emosi saat melihat ayahnya. Do: 1. Pakain pasien terlihat tidak rapi, warna baju dan velana yang dikenakan pasien tampak tidak senada 2. Pasien tampak duduk tegang, mata pasien tampak menatap pengkaji dengan tajam 3. Nada bicara pasien

		terdengar ketus, bernada tinggi dan bersuara keras. 4. Tangan pasien tampak mengepal seperti menahan marah. 5. Ekspresi wajah pasien tampak datar

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Penulis merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan selama 6x pertemuan. Adapun rencana keperawatan yang dilakukan yaitu dukungan koping keluarga dengan tujuan dukungan keluarga meningkat.

Tabel IV Intervensi Keperawatan

Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
L. 13112 Dukungan Keluarga Meningkat Setelah dilakukan tindakan selama 6 kali pertemuan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan teratasi dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari cukup menurun 2 menjadi meningkat 5 2. Mencari dukungan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit dari menurun 1 menjadi cukup meningkat 4 3. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam	I. 09260 Dukungan Koping Keluarga O: 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 3. Identifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 1. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan pasien dan keluarga 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan

menentukan perawatan dari cukup menurun 2 menjadi cukup meningkat 4 4. Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan dari cukup menurun 2 menjadi meningkat 5	E: 1. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif 2. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 3. Informasikan fasilitas perawatan yang tersedia

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Pasien dalam studi kasus dilakukan tindakan yang sama selama 6x pertemuan dengan durasi 30 menit.

Nama	Sdr E	Sdr S
Pertemuan	1	1
Implementasi	O : 1. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Mengidentifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 3. Mengidentifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 1. Mendengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan pasien dan keluarga 2. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan Pada kunjungan pertama kerumah untuk mengajarkan cara mengontrol emosi dengan teknik nafas dalam E: 1. Informasikan fasilitas perawatan yang tersedia K: 1. Kolaborasi dengan perawat senior dalam memantau sesi perkenalan	
Evaluasi	S: 1. pasien mengatakan	S: 1. pasien mengatakan

	tertekan dengan perkataan keluarga setiap kali membahas mengenai pekerjaan, 2. pasien mengatakan ingin memukul bapaknya setiap kali bertanya tentang pekerjaan, untuk melampiaskan emosinya, pasien mengatakan sering membanting piring 3. Keluarga pasien mengatakan ingin Sdr. E tidak emosian, dan mereka takut jika sdr. E berbuat kasar terhadap keluarga , ibu dan kakak pasien berharap sdr. E dapat mengontrol emosinya 4. Keluarga pasien mengatakan tidak tahu bagaimana melakukan perawatan ke sdr. E dengan kondisi tersebut 5. Keluarga pasien mengatakan dengan senang hati jika ada tenaga kesehatan yang datang kerumah	merasa diabaikan oleh keluarga, 2. pasien mengatakan saat berbicara dengan keluarga selalu menggunakan nada tinggi karena sudah terbiasa 3. pasien mengatakan sering membanting barang barang yang ada dikamar 4. Ibu pasien mengatakan sering ikut emosi saat Sdr S berkata kasar 5. Ibu pasien mengatakan tidak tahu bagaimana melakukan perawatan ke sdr. S untuk merubahah kebiasan tersebut 6. Ibu pasien dan Sdr. S mengatakan bersedia jika ada tenaga medis kerumah untuk melakukan tindakan kesehatan kepada dirinya dan keluarga O: 1. Pasien tampak

	untuk membantu melakukan perawatan terhadap sdr. E 6. Sdr. E mengatakan bersedia jika ada tenaga medis kerumah untuk melakukan tindakan kesehatan kepada dirinya dan keluarga O: 1. Pasien tampak berbicara ketus, pasien tampak mengeratkan gigi dan mata melotot saat berbicara yang menandakan pasien sedang emosi 2. Tenaga medis berharap pasien dapat mengontrol emosi A: masalah keperawatan belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan	berbicara ketus, pandangan pasien tampak tajam, pasien tampak mengepalkan tangan, sesekali pasien tampak menggunakan kata umpatan kotor 2. Tenaga medis berharap pasien dapat mengontrol emosi A: masalah keperawatan belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif

	keluarga untuk melakukan koping adaptif	
Pertemuan	2	2
Implementasi	O: 1. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 1. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan mengontrol emosi dengan Teknik nafas dalam kemudian mendiskusikan rencana medis dan perawatan di kunjungan rumah ke 3 yaitu cara mengontrol emosi dengan berkata yang baik dan sopan, meminta atau menolak sesuatu dengan kalimat asertif E: 1. Mengjarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif Teknik nafas dalam untuk mengontrol emosi K: 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat - Risperidon - Thrihexpendil - Depakoter	
Evaluasi	S: 1. Pasien mengatakan saat ini perasaannya biasa saja 2. Pasien mengatakan tadi ada keinginan ingin memukul bapaknya karena	1. Pasien mengatakan saat ini perasaannya jengkel 2. Pasien mengatakan tadi ada keinginan ingin membanting piring saat makan karena bapaknya

	ingat perkataan yang meremehkannya soal dirinya yang belum bekerja 3. Pasien mengatakan belum tau cara mengontrol emosi dengan Teknik nafas dalam 4. Pasien megatakan akan mengulang Teknik nafas dalam nanti malam sebelum tidur 5. Keluarga pasien mengatkan akan membantu mengingatkan pasien untuk mengulang Teknik nafas dalam O: 1. Tampak Sdr. E mampu menjawab pertanyaan yang diajukan pengkaji, Sdr. E tampak tidak focus saat dikaji, Sdr. E tampak duduk tegang dan berbicara ketus 2. Sdr. E tampak mempraktikan	terus mengajak dirinya mengobrol hal yang tidak penting bagi dirnya 3. Pasien mengatakan belum tau cara mengontrol emosi dengan Teknik nafas dalam 4. Pasien megatakan akan mengulang Teknik nafas dalam nanti malam sebelum tidur 5. Keluarga pasien mengatkan akan membantu mengingatkan pasien untuk mengulang Teknik nafas dalam jika keluarga sempat O: 1. Tampak Sdr. S mampu menjawab pertanyaan yang diajukan pengkaji, tatapan mata Sdr. S tampak tajam saat dikaji, Sdr. S tampak duduk tegang dan berbicara ketus 2. Sdr. E tampak

	Teknik nafas dalam dengan benar dan mampu mengulang Teknik nafas dalam, 3. Tampak Sdr. E meminum semua obat yang diberikan petugas. 4. Membuat rencana tidak lanjut dipertemuan selanjutnya dengan melatih cara berbicara dengan kata kata asertif A: Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	mempraktikan Teknik nafas dalam dengan benar dan mampu mengulang Teknik nafas dalam, 3. Tampak Sdr. E meminum semua obat yang diberikan petugas. 4. Membuat rencana tidak lanjut dipertemuan selanjutnya dengan melatih cara berbicara dengan kata kata asertif A: Masalah keperawatan resiko perilaku kekrasan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif
Pertemuan	3	3
Implementasi	O:	

	1. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 1. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan pertemuan ke 4 yaitu cara mengontrol emosi dengan berdoa dan solat E: 1. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif, dengan berkata yang baik dan sopan, meminta, menolak dan mengungkapkan sesuatu dengan kalimat asertif K: 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Risperidon Thrihexpendil Depakoter	
Evaluasi	S: 1. pasien mengatkan sudah mengulang dan mempraktekan Teknik nafas dalam saat merasa emosi jika sedang bicara dengan anggota keluarga 2. keluarga pasien mengatakan pasien lebih tenang saat berbicara dengan anggota keluarga meskipun nada bicara masih ketus, keras dan bernada tinggi	1. pasien mengatkan sudah mengulang dan mempraktekan Teknik nafas dalam saat merasa emosi jika sedang bicara dengan anggota keluarga 2. keluarga pasien mengatakan pasien lebih tenang saat berbicara dengan anggota keluarga meskipun nada bicara masih ketus, keras dan bernada tinggi serta masih

	3. pasien mengtakan akan mencoba berbicara dengan kalimat kalimat baik yang sudah diajarkan tapi tidak berjanji selalu menggunakan kalimat maaf, tolong dan kalimat baik lainnya 4. keluarga pasien mengatakan akan ikut menggunakan kalimat kalimat baik saat berbicara supaya dapat ditiru oleh pasien O: 1. Pasien tampak lebih tenang 2. Setelah diajarkan kalimat asertif nada bicara pasien tampak masih ketus tapi tidak bernada tinggi dan bersuara keras 3. Keluarga pasien tampak ikut berpartisipasi dalam menggunakan kalimat kalimat asertif untuk	menggunakan kalimat umpatan 3. pasien mengtakan sulit berbicara dengan kalimat asertif karena tidak terbiasa, tapi pasien akan mencoba berbicara dengan kalimat kalimat baik yang sudah diajarkan tapi tidak berjanji selalu menggunakan kalimat maaf, tolong dan kalimat baik lainnya 4. keluarga pasien mengatakan akan ikut menggunakan kalimat kalimat baik saat berbicara supaya dapat ditiru oleh pasien O: 1. Pasien tampak lebih tenang 2. Setelah diajarkan kalimat asertif nada bicara pasien tampak masih ketus tapi tidak bernada tinggi dan bersuara keras 3. Keluarga pasien

	mendukung keberhasilan perawatan A: masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan d.d riwayat ancaman kekerasan pada orang lain belum teratasi P lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	tampak ikut berpartisipasi dalam menggunakan kalimat kalimat asertif untuk mendukung keberhasilan perawatan A: masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan d belum teratasi P lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif
Pertemuan	4	4
Implementasi	O: 1. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 1. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan pertemuan ke 5 yaitu cara mengontrol emosi dengan 5 benar minum obat E: 1. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan	

	koping adaptif, dengan berdoa dan solat 5 waktu K: 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat - Risperidon - Thrihexpendil - Depakoter	
Evaluasi	S: 1. Pasien mengatakan sedang baik baik saja, 2. pasien mengatakan saat minta diambilkan sarapan sudah menggunakan kata tolong 3. Pasien mengatakan belum lancer bacaan solat tapi mau mencoba solat tapi tidak janji bisa 5 waktu 4. Pasien mengatakan sudah minum obat tapi kadang malas 5. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah menggunakan kata kata yang asertif dalam berbicara 6. Keluarga pasien mengatakan selalu mengajak bicara pasien dengan	S: 1. Pasien mengatakan sedang emosi karena PMS hari pertama, 2. pasien mengatakan saat minta diambilkan sarapan sudah menggunakan kata tolong 3. Pasien mengatakan bisa bacaan solat, pasien mengatakan mau mencoba solat setalah selesai PMS tapi tidak janji bisa 5 waktu 4. Pasien mnegtakan akan berdoa untuk menenagkan dirinya 5. Pasien mengatakan sudah minum obat tapi kadang muak dengan oabt yang diminum 6. Keluarga pasien mengatakan pasien

	kalimat kalimat yang baik sehingga pasien tidak mudah tersinggung O: 1. Nada bicara pasien terdengar sudah tidak keras dan ketus 2. pasien tampak dapat menyebutkan waktu solat 3. Bacaan solat pasien masih terdengar kurang lancara 4. pasien tampak mampu menyebutkan urutan solat 5. pasien mau mencoba mempraktekan solat subuh dan berdua setelah solat subu 6. keluarga pasien tampak memberikan dukungan dan mau terlibat dalam setiap perawatan pasien A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap	belum sepenuhnya menggunakan kaimat asertif tapi intensitas mengumpat dan berbicara kasar sudah sangat berkurang 7. Keluarga pasien mengatakan selalu mengajak bicara pasien dengan kalimat kalimat yang baik sehingga pasien tidak mudah tersinggung O: 1. Nada bicara pasien terdengar sudah tidak keras dan ketus 2. pasien tampak dapat menyebutkan waktu solat 3. sebelum selesai PMS pasien tampak mau berdoa supaya lebih tenang 4. Bacaan solat pasien masih terdengar kurang lancar 5. pasien tampak mampu menyebutkan urutan solat 6. pasien mau mencoba

	kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	mempraktekan solat subuh dan berdoa setelah solat 7. keluarga pasien tampak memberikan dukungan dan mau terlibat dalam setiap perawatan pasien A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif
Pertemuan	5	5
Implementasi	O: 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 1. Diskusikan rencana medis dan perawatan untuk pertemuan terakhir yaitu mempertahakan koping adaptif yang telah diajarkan dan tetap memasukan ke jadwal harian E: 1. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan	

	koping adaftif 5 benar minum obat K: 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat - Risperidon - Thrihexpendil - Depakoter	
Evaluasi	S: 1. Pasien mengatakan sudah jarang emosi dan marah marah, sesekali masih ada rasa marah tapi bisa sedikit mengontrol. 2. pasien mengatakan sudah solat subuh berjamaah dengan keluarga. 3. Pasien mengatakan nanti akan solat magrib berjamaah lagi dengan keluarga 4. Keluarga pasien mengatakan terus mengajak pasien solat berjamaat tapi jika tidak mau tidak memaksa 5. Pasien mengatakan paham 5 benar minum obat 6. Pasien mengatakan mau berusaha tidak malas minum obat	S: 1. Pasien mengatakan sudah jarang emosi dan marah marah, sesekali masih ada rasa marah tapi bisa sedikit mengontrol. 2. pasien mengatakan sudah selesai PMS dan sudah solat subuh berjamaah dengan keluarga. 3. Pasien mengatakan nanti akan solat magrib berjamaah lagi dengan keluarga 4. Keluarga pasien mengatakan terus mengajak pasien solat berjamaat tapi jika tidak mau tmemaksa 5. Pasien mengatakan paham 5 benar minum obat 6. Pasien mengatakan mau berusaha tidak malas minum obat

	O: 1. Pasien tampak menceritakan kegatan solatnya dengan keluarga 2. Pasien tampak tenang saat bercerita. 3. Keluarga pasien tampak ikut mendukung perawatan pasien dengan mengajak solat berjamaah tapi juga tidak memaksakan saat pasien tidak mau 4. Pasien tampak mampu mengulang 5 benar minum obat walaupun masih ada yang lupa 5. Keluarga pasien tampak mau menghafal 5 benar minum obat untuk membantu menerapkan ke pasien A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	O: 1. Pasien tampak menceritakan kegiatan solatnya dengan keluarga 2. Pasien tampak tenang saat bercerita. 3. Keluarga pasien tampak ikut mendukung perawatan pasien dengan mengajak solat berjamaah tapi juga tidak memaksakan saat pasien tidak mau 4. Pasien tampak mampu mengulang 5 benar minum obat 5. Keluarga pasien tampak mau menghafal 5 benar minum obat untuk membantu menerapkan ke pasien A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap

	1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif
Pertemuan	6	6
Implementasi	O: 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 3. Identifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 1. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan pasien dan keluarga 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan yaitu dengan mempertahakan koping adaptif yang telah diajarkan dan tetap melaksanakan di kegiatan sehari hari 3. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan E: 1. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 2. Informasikan fasilitas perawatan yang tersedia	
Evaluasi	S: 1. Pasien mengatakan perasaannya nyaman	S: 1. Pasien mengatakan perasaannya tenang

	2. Pasien mengatakan akan terus melakukan kegiatan yang sduah diajarkan 3. Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosianya, saat bertemu dengan bapak sudah tidak ada rasa ingin memukul 4. Keluarga pasien mengatakan senang dan berterimakasih sudah dilakukan perwatan selama 6 hari 5. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah sangat jauh bisa mengontrol emosi dan marahnya disbanding sebelum diberikan perwatan di rumah 6. Keluarga pasien mengatakan akan selalu mendukung terlaksananya program perawatan yang telah diajarkan setelah tenaga medis sudah tidak	2. Pasien mengatakan akan terus melakukan kegiatan yang sduah diajarkan karena dirinya sudah merasakan manfaatnya 3. Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosianya, saat berbicara dengan keluarga 4. Pasien mengatakan sudah tidak menggunakan kalimat kalimat kotor untuk mengumpat 5. Keluarga pasien mengatakan senang dan berterimakasih sudah dilakukan perwatan selama 6 hari 6. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah sangat jauh bisa mengontrol emosi dan marahnya dibanding sebelum diberikan perwatan di rumah 7. Keluarga pasien

	berkunjung ke rumah 7. Keluarga pasien mengatakan akan mengunjungi puskesmas 1 bulan sekali untuk kontrol atau segera melapor ke puskesmas jika ada keaadaan darurat mengenai pasien O: 1. tampak pasien sudah mampu mengontrol marah dengan mandiri, 2. Pasien tampak masih mampu mempraktekkan awal tindakan yang diajarkan yaitu Teknik nafas dalam 3. tampak tindakan yang dilakukan selama proses implementasi dapat meningkatkan dukungan keluarga A: masalah keperawatan teratasi P: pertahankan intervensi 1. Hargai dan dukung mekanisme koping	mengatakan akan selalu mendukung terlaksananya program perawatan yang telah diajarkan setelah tenaga medis sudah tidak berkunjung ke rumah 8. Keluarga pasien mengatakan akan mengunjungi puskesmas 1 bulan sekali untuk kontrol atau segera melapor ke puskesmas jika ada keaadaan darurat mengenai pasien O: 1. tampak pasien sudah mampu mengontrol marah dengan mandiri, 2. Pasien tampak masih mampu mempraktekkan awal tindakan yang diajarkan yaitu Teknik nafas dalam 3. tampak tindakan yang dilakukan selama proses implementasi dapat meningkatkan

	adaptif yang digunakan	dukungan keluarga A: masalah keperawatan teratasi P: pertahankan intervensi 1. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6x kunjungan pasien Sdr. E dan Sdr. S keluarga mampu mempraktikan semua terapi yang telah diajarkan untuk mengontrol halusinasi. Tujuan dan kriteria hasil luaran keperawatan Sdr. E dan Sdr. S beserta keluarga dukungan keluarga meningkat dapat tercapai

Tabel V Kriteria Skor SLKI

Kriteria Hasil	**Skor SLKI**			
	Sdr E		Sdr S	
	Pre	Post	Pre	Post
Verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit	3	5	2	4
Mencari dukungan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit	2	4	2	4
Bekerja sama dengan anggota keluarga yang	1	4	1	4

sakit dalam menentukan perawatan				
Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan dalam menentukan perawatan	2	5	2	5

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Tabel VI kesamaan & perbedaan hasil pengkajian

Nama Pasien	Sdr E	Sdr S
Kesamaan	Kelompok usia dewasa muda	Kelompok usia dewasa muda
	Kurang pengetahuan keluarga sebagai dampak tingkat Pendidikan keluarga yang rendah yaitu tamatan SD	Kurang pengetahuan keluarga sebagai dampak tingkat Pendidikan keluarga yang rendah yaitu tamatan SD
Perbedaan	Faktor kesehatan jiwa: faktor psikis yaitu depresi	Faktor kesehatan jiwa: faktor genetik
	Tingkat Pendidikan pasien	Tingkat Pendidikan pasien

Dapat dilihat dari faktor usia terdapat kesamaan usia sdr. E dengan sdr. S yaitu mereka sama sama berada pada usia dewasa muda, dengan adanya kategori usia sangat membantu dalam pemberdayaan manusia dimulai dari aktivitas fisik hingga pemenuhan penanganan masalah yang terjadi pada setiap kelompok usia. Kelompok orang pada usia dewasa muda cenderung lebih mudah mengalami masalah kesehatan mental serta lebih sulit dalam proses penangannya karena daya tilik diri yang rendah. mereka yang berada pada kategori usia dewasa muda cenderung masih banyak memiliki tujuan hidup yang harus dicapai sehingga pengontrolan diri pada lingkungan sekitar menjadi lebih sulit sehingga membuat kecemasan dan depresi.(Andini & Astuti, 2021)

Terlepas dari hal hal yang menyankut diri pasien, gangguan kesehatan jiwa seseorang tidak semata mata terjadi tanpa adanya suatu faktor. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa yaitu faktor somatogenic seperti keturunan, faktor psikis sepertis setress dan depresi, seta faktor sosiogenik diantaranya perkembangan social dan tingkat ekonomi. Faktor yang mempengaruhi gangguan mental Sdr. E yaitu faktor psikis diantaranya depresi karena adanya tekanan dari keluarga, sedangkan faktor gangguan mental Sdr. S selain dari psikis yang tidak kalah menonjol yaitu faktor somatogenic atau keturunan.(Rusdianah et al., 2021)

Dalam proses perawatan pasien dengan gangguan jiwa perawat juga perlu adanya dukungan dari keluarga. Namun keluarga dengan latar pendidikan tertentu juga dapat mempengaruhi bagaimana perawatan orang dengan gangguan jiwa dalam diri pasien dapat dilihat. tingkat pendidikan dapat mempengaruhi diri sesorang terutama dalam proses berfikir dan penerimaan tindakan kesehatan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan kesembuhan yang optimal. Karena pada dasarnya tinggi rendahnya tingkat pendidikan merupakan usaha yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan seseorang yang dipersiapkan dalam menangani masalah-masalah kehidupan.(Zaini Miftach, 2018)

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku untuk melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan secara verbal atau fisik. Perilaku kekerasan berfluktuasi dari tingkat rendah sampai tinggi yaitu dari memperlihatkan permusuhan pada tingkat rendah sampai pada melukai dalam tingkat serius dan membahayakan. Proses perkembangan perilaku kekerasan, masih menjadi perdebatan antara dibawa sejak lahir atau diperoleh selama perkembangan. Menurut teori biopsikososial disebabkan oleh interaksi yang kompleks antara faktor biologik, psikologik dan sosiokultural

Dari uraian diatas dapat dikatakan bahwa perilaku kekerasan adalah respon kemarahan yang maladaptif dalam bentuk perilaku menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitarnya secara verbal maupun nonverbal mulai dari tingkat rendah sampai tingkat tinggi. Klien dengan perilaku kekerasan, individu merupakan orang yang ambigue, selalu dalam kecemasan, mempunyai penilaian yang negatif terhadap diri dan orang lain, ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah dengan baik sehingga perilaku kekerasan merupakan salah satu

cara yang digunakan untuk menyelesaikan masalah. Perilaku kekerasan merupakan salah satu gejala yang menjadi alasan bagi keluarga untuk merawat klien di rumah sakit jiwa karena berisiko membahayakan dirinya dan orang lain.

Dari pernyataan tersebut maka perawat dapat menarik sebuag diagnosa yaitu resiko perilaku kekerasan dengan tanda dan gejala diantarnya mata melotot, pandangan tajam, berbicara dengan nada keras, menyerang orang lain, wajah memerah dan tegang.(Siauta et al., 2020) Pada pasien Sdr. E dan Sdr. S ditemukan tanda gejala yang dapat digunakan sebagai alidasi diagnosa dengan didukung tanda dan gejala yang mendukung faktor resiko dapat menjadi data tambahan dalam menegakan diagnosa. Tanda gejala tersebut diperoleh dari hasil analisa data yang telah dikelompokkan setelah dilakukannya pengkajian pada pasien. Berdasarkan jurnal tersebut maka perawat dapat yakin dalam menegakkan diagnosa resiko perilaku kekerasan dibuktikan dengan hasil analisa data.

4.2.3 Implementasi

Dalam proses implementasi perawat menggunakan konsep teori *nursing care*, Perilaku caring perawat merupakan perilaku yang mendasari sikap perilaku seorang perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan terhadap pasiennya. Perilaku perawat yang ramah, perhatian, peduli, memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga ketika melakukan pemeriksaan dan tindakan, menghargai pasien, tidak terburu-buru, tenang, lemah lembut, kasih sayang dan mengerti perasaan pasien atau keluarga pasien. Perilaku caring sangat penting karena akan memberikan kepuasan pada pasien. Selain itu, perilaku caring dapat mempengaruhi kualitas layanan kesehatan dan kepuasan pasien di rumah sakit, dimana kualitas pelayanan menjadi penentu citra institusi pelayanan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan(ROSMANIAR, 2020). Pernyataan tersebut sejalan dengan beberapa hasil implementasi yang dilakukan penulis dalam paragraph berikutnya

Pada proses implementasi pertemuan pertama, Sdr. S dan Sdr. E sama sama terbuka dalam menceritakan masalahnya. Begitupun dengan keluarga Sdr. E dan Sdr. S mereka tidak malu menceritakan bagaimana kondisi keluarga dan pasien. Keterbukaan dari pasien dan keluarga memudahkan perawat dalam mengulik permasalahan yang sedang dialami. Hal tersebut dipengaruhi oleh salah satu faktor yaitu *self diclouser*. *Self diclouser* merupakan kemampuan seseorang dalam mengungkapkan informasi yang bersifat pribadi tentang dirinya untuk memberikan informasi yang bersifat pribadi tentang diri kepada orang lain (Setianingsih, 2015)

Keluarga berperan penting dalam konteks pelayanan kesehatan, karena keluarga merupakan sumber daya manuasi yang tak ternilai khususnya dalam melakukan tugas pemeliharaan kesehatan pada salah satu anggota keluarga yang sakit terlebih dalam hal kesehatan mental. Pasien dan keluarga yang telah mampu mengenali permasalahan kesehatan keluarga tentu akan lebih mudah memahami terapi yang akan diberikan. Selain itu tujuan pasien dan keluarga yang selaras untuk mewujudkan tingkat kesehatan mental yang maksimal akan menjadi vondasi utama dalam proses perawatan.

Hal ini dapat dilihat dari keluarga Sdr. E dan Sdr. S yang memiliki harapan pasien dapat mengontrol emosinya dan siap memberikan dukungan penuh dalam proses perawatan pasien. Terbukti selama proses implementasi keluarga selalu mendapingi dan ikut melakukan edukasi yang diajarkan. Dukungan yang krusial dari keluarga terbukti memiliki potensi untuk mencegah terjadinya skizofrenia yang berkepanjangan. Dukung keluarga berperan signifikan sebesar 69,9% dalam meningkatkan kemampuan sosial pasien skizofrenia yang telah menjalani perawatan (Suwardiman, 2023)

Setelah memiliki modal tujuan harapan kesehatan yang selaras, penerapan koping adaptif harus diajarkan kepada pasien dan keluarga. Koping adaptif mencakup strategi yang konstruktif, seperti mencari dukungan sosial, menyelesaikan masalah secara langsung, dan mengelola emosi dengan baik. Koping adaptif yang telah dilakukan terhadap Sdr. E dan Sdr. S beserta keluarga anatra lain mengajarkan pasien dan keluarga teknik nafas dalam, menggunakan kalimat kalimat asertif, mengajarkan pendekatan spiritual serta mengajarkan patuh minum obat.

Penekanan dalam tindakan keperawatan mengajarkan pasien dan keluarga dalam penggunaan kalimat kalimat asertif sangat perlu. Terutama pada Sdr. S yang cenderung mengekspresikan perasaan marahnya menggunakan kalimat kalimat kotor, sedangkan Sdr. E mengungkapkan ekspresi marahnya dengan mengacam orang lain serta merusak barang barang disekitar. Hal tersebut dapat dijelaskan pada faktor sosialisasi gender, bahwa laki laki akan cenderung melakukan koping mekanisme fisik sedangkan perempuan lebih sering menggunakan bentuk agresi relasional dan verbal (Widyaningrum et al., 2025)

Keberhasilan tindakan perawatan pasien dapat dipengaruhi berbagai hal salah satunya adalah tingkat pendidikan. Sdr. E berlatar pendidikan SD sehingga dalam mengajarkan koping adaptif perlu adanya pengulangan beberapa kali seperti saat menghafal lima benar minum obat. Sedangankan Sdr. S yang berlatar pendidikan SMK lebih cepat menangkap dan memahami koping adaptif yang diajarkan. Karena tingkat pendidikan juga dapat mempengaruhi diri seseorang terutama pada proses berfikir dan penerimaan tindakan kesehatan yang dilakukan untuk mecapai kesembuhan yang optimal(Zaini Miftach, 2018)

Setelah dilakukanya berbagai tindakan yang melibatkan pasien, keluarga dan tenaga medis, langkah terakhir dipertemuan akhir adalah mendiskusikan tentang cara mempertahaknan tindakan yang telah diajarkan. Keluarga Sdr. E dan Sdr. S mengungkapkan bahwa mereka akan membantu mengingatkan dan memasukan tindakan ke jadwal kegiatan sehari hari pasien sehingga koping akan terus dilakukan sebagaimana yang telah diajarkan guna mencegah kekambuhan. Kekambuhan pasien gangguan jiwa bisa berkurang dari 65% menjadi 25% Jika mendapat perawatan yang maksimal dari keluarga selama berada di rumah, sebaliknya Bila tidak mendapat perawatan yang tepat, mereka akan cenderung mudah kambuh (Anita Dyah, 2023)

Selain dukungan keluarga dalam mepertahankan perawatan yang telah diajarkan, perlu adanya informasi yang jelas tetang ketersediaan pelayanan kesehatan. Dengan adanya informasi pelayanan kesehatan pasien dan keluarga dapat melakukan pengecekan kesehatan secara berkala sebagai upaya pencegahan diri dan sebagai dukungan keluarga dalam upaya mempertahankan kondisi kesehatan anggota keluarga. Pemahaman anggota keluarga yang kurang mengenai fasilitas kesehatan jiwa akan membuat kebingungan keluarga dalam memutuskan pemilihat fasilitas kesehatan untuk mendukung perawatan pasien dengan gangguan jiwa.

Setelah dipaparkannya informasi tentang ketersediaan pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas salam, keluarga sdr. E dan sdr. S akan melakukan kontrol 1 bulan sekali ke puskesmas dan

akan segera melaporkan kespuskesmas jika ada keadaan darurat (Wicaksana et al., 2013) Dengan adanya fasilitas kesehatan jiwa yang digunakan sebagaiaman mestinya akan membuat keberhasilan dalam melakukan perawatan pasien. Hal ini terlihat pada pengungkapan keluarga sdr. E dan sdr. S yang mengatakan mereka senang adanya tenaga medis kerumah sehingga dabat membatu perawatan kesehatan jiwa pasien dan tatanan keluarga dalam merawat pasien dapat menjadi lebih baik dan terarah. Hal ini sejalan dengan teori Friedman yang mengatakan bahwa sebagian besar keluarga memilki pengetahuan baik dalam merawat anggota keluarganya yang sakit. Keluarga adalah lingkungan pasien tempat melakukan aktivitas dan melakukan intraksi dalam kehidupan. Keluarga merupakan tempat belajar, bberinteraksi, dan bersosialisasi sebelum berhubungan ddengan lingkungan sekitarnya(Firmawati Firmawati et al., 2023)

4.2.4 Evaluasi Keperawatan

Setelah pasien diberikan tindakan implementasi didapatkan evaluasi akhir yaitu, penerapan semua implementasi dapat dilaksanakan oleh semua pasien dan keluarga sesuai dengan intervensi keperawatan. Sdr. E dan Sdr. S mengatakan sudah tidak marah marah lagi, pasien mampu mengontrol marah secara mandiri. Evaluasi tingkat dukungan keluarga dapat meningkat, dengan begitu maka tercapainya kriteria hasil dukungan keluarga membaik. Keberhasilan dalam melakukan tindakan implementasi tidak luput dari keberhasilan perawat dalam menentukan tindakan prioritas yang dibutuhkan klien.

BAB 5
PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari studi kasus penerapan koping adaptif teknik relaksasi nafas dalam pada orang dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan didapatkan hasil pengkajian Sdr. E mengatakn sering marah marah dan mengancam memukul keluarga setiap kali membicarakan tentang dirinya yang tidak bekerja, pasien juga mengatakan sering membanting piring dan barang barang yang ada dirumah untuk meluapkan emosinya. Keluarga Sdr. E menyadari kurangnya dukungan dalam proses perawatan Sdr. E karena tidak tau upaya dukungan keluarga yang seperti apa yang bisa dilakukan keluarga.

Pasien kedua yaitu Sdr. S juga sering maraha marah, membanting barang barang yang ada dirumah dan berbicara kotor, hal ini didasarkan sikap ayah yang selalu berbicara kasar terhadap dirinya dan ibunya serta, orang tua yang sering bertengjkar dihadapan sdr. S serta tidak jarang Sdr. S mendapatkan kalimat kalimat kotor dari ayahnya. Hal ini membuat sdr. S merasa tidak diperhatikan dirumah dan tidak betah dirumah. Sdr. S mengatakan dulu ayahnya pernah di bawa ke RSJ karena terllau sering marah marah, membanting barang dan berbicara kotor. Keluarga Sdr. S mengakui kesalahan telah berbicara kasar dan sering bertengkar didepan Sdr. S, kelurga ingin mengubah kebiasaan tersebut supaya Sdr. S juga dapat mengontro emosinya.

Pada kasus yang dialami pasien, perawat dapat menegakkan resiko perilaku kekerasan dengan didukung faktor resiko dan tanda gejala yang sebelumnya telah dianalisis. Upaya yang dapat dilakukan perawat untuk mewujudkan derajat kesehatan mental yang lebih baik perawat merencanakan tindakan keperawatan koping adaptif teknik nafas dalam yang termuat dalam standar inrervensi keperawatan dukungan koping keluarga. Adapun tindakan yang direcanakan mencakup obserasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Dalam pelaksanaan implementasi sesuai dengan intervensi keperawatan dukungan koping keluarga, implementasi dilakukan sebanyak 6 kali pertemuan. Semua pasien diberikan tindakan implementasi yang sama dengan waktu yang sama, namun respon yang didapatkan dari masing-masing pasien berbeda. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor anatara lain faktor usia, faktor pendidikan, faktor karakteristik kepribadian dan lain sebagainya.

Tindakan implementasi yang dilakukan kepada pasien selama enam kali pertemuan terbukti meningkatkan dukungan keluarga dibuktikan dengan menigkatnya dukungan keluarga terhadap pasien

5.2 Saran

5.2.1 Bagi klien

Perlu menerapkan teknik perilaku adaptif yang telah diajarkan secara mandiri dengan waktu yang terus diulang

5.2.2 Bagi penulis selanjutnya

Perlu mencari referensi yang lebih menarik dalam proses penyajian data supaya pembaca tidak jenuh membaca hasil karya tulis ilmiah

5.2.3 Bagi tempat penelitian

Perlu mempertimbangkan dukungan koping keluarga sebagai intervensi yang dapat dilakukan tidak hanya ke pasien tapi juga untuk keluarga, sebagai inovasi tindakan kolaborasi yang perlu terus diterapkan untuk mencapai kualitas pelayanan kesehatan yang lebih maksimal

5.2.4 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Dengan adanya penelitian ini bisa memberikan tambahan informasi ilmu keperawatan khsusnya pada keperawatan jiwa pradiantini(Pradiantini & Dinata, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

Andini, R., & Astuti, Y. P. (2021). Klasifikasi Kelompok Umur Manusia Bedasarkan Analisis Dimensi Fraktal Box Counting Dari Citra Wajah Dengan Deteksi Tepi Canny. *Jurnal Ilmiah Matematika*, *9*(2), 437–446. https://media.neliti.com/media/publications/249234-model-infeksi-hiv-dengan-pengaruh-percob-b7e3cd43.pdf

Aristha, K. L. (2020). *Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Ny . A Dengan Risiko Perilaku Kekerasan*. 1–37.

Firmawati Firmawati, Andi Nur Aina Sudirman, & Tika Agustuti Sapeni. (2023). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Pasien Gangguan Jiwa dalam Mengonsumsi Obat di Wilayah Kerja Puskesmas Telaga. *Jurnal Medika Nusantara*, *1*(2), 78–88. https://doi.org/10.59680/medika.v1i2.276

Ihsan, S., Sabarudin, S., Asriani, W. O., & Nurwati, A. (2023). Analisis Potensi Interaksi Obat Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *JPSCR: Journal of Pharmaceutical Science and Clinical Research*, *8*(2), 252. https://doi.org/10.20961/jpscr.v8i2.71423

Inap, R., & Rumah, D. I. (2023). *No Title*. *8*(2).

Kandar, K., & Iswanti, D. I. (2019). Faktor Predisposisi dan Prestipitasi Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, *2*(3), 149. https://doi.org/10.32584/jikj.v2i3.226

Pertiwi, S., Luthfiyatil Fitri, N., & Hasanah, U. (2023). Penerapan Relaksasi Napas Dalam Terhadap Tanda Dan Gejala Pasien Risiko Perilaku Kekerasan Di RSJ Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Cendikia Muda*, *3*(4), 594–602.

Pradiantini, K. H. Y., & Dinata, I. G. S. (2021). Diagnosis dan Penatalaksanaan Hemoroid. *Ganesha Medicine*, *1*(1), 38. https://doi.org/10.23887/gm.v1i1.31704

Riska Amimi, Eka Malfasari, Rizka Febtrina, D. M. (2020). Analisis Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Pada Sign and Symptomp Analysis of Violence Behaviour for Schizophrenia Patients. *Ilmu Keperawatan Jiwa*, *3*(1), 65–74.

ROSMANIAR, M. (2020). *Perilaku Caring Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum …*. *12*(2), 65–70. https://repository.stikeslhokseumawe.ac.id/index.php?p=show_detail&id=268&keywords=

Rusdianah, E., Studi, P., Keperawatan, S., Tinggi, S., Kesehatan, I., Husada, B., Madiun, M., Taman, K., Madiun, K., Studi, P., Kesehatan, S., Tinggi, S., Kesehatan, I., Husada, B., Taman, K., & Madiun, K. (2021). *Faktor keturunan dengan kejadian skizofrenia 1*. *9*(3), 685–692.

Setianingsih, E. S. (2015). Keterbukaan Diri Siswa. *Jurnal Empati*, *2*(2), 46–64.

Siauta, M., Tuasikal, H., Embuai, S., Ilmu, F., Universitas, K., Indonesia, K., Pattimaipauw, J. O., Wainitu, K., Ambon, K., Silale, K., & Ambon, K. (2020). Upaya Mengontrol Perilaku Agresif Pada Perilaku Kekerasan Dengan Pemberian Rational Emotive Efforts To Control Aggressive Behavior in Violence Behavior With Rational Emotive Behavior Therapy. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, *8*(1), 27–32.

Suwardiman, D. (2023). *Peran Penting Keluarga dalam Menjaga dan Merawat Individu yang Mengalami Gangguan Jiwa Mental Disorders*. *10*(2), 216–221.

Wicaksana, A. A. T., Ayu, I., & Wulandari, P. (2013). *KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA*. *180*.

Widyaningrum, V., Setyowati, W. E., & Febriana, B. (2025). *Hubungan Mekanisme Koping dengan Perilaku Kekerasan pada Remaja*. *2021*.

Zaini Miftach. (2018). 済無*No Title No Title No Title*. 53–54.

Lampiran I Asuhan Keperawatan Jiwa Sdr. E

PENGKAJIAN KEPERAWATAN
KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS
SALAM

RUANG RAWAT: **TANGGAL DIRAWAT:**

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Sdr. E (L/P) Tgl. Pengk. :
Umur : 31 tahun No. RM 002764
Alamat : Salam Pendidikan : SMP
Agama : Islam Pekerjaan : Tidak bekerja
Status : Belum Kawin Sumber Data: Pasien dan rekam medis

IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. M Pekerjaan : Wiraswasta
Umur : 50 tahun Pendidikan : SD
Alamat : Salam Hub dgn klien : I b u K a n d u n g

II. ALASAN MASUK

a. Data Pada saat masuk RS

Dari data rekam medis pasien didapatkan hasil bahwa pasien dirumah berbicara kasar, mengancam memukul anggota keluarga, sering marah marah dan merusak barang barang yang ada dirumah

b. Data Pada Saat Dikaji

Saat dikaji pasien mengatakan sering ditolak saat melamar pekerjaan karena hanya lulusan SMP, pasien mengatakan diremehkan keluarga karena belum bekerja, , pasien mengatakan tertekan dengan perkataan keluarga setiap kali membahas mengenai pekerjaan, pasien mengatakan ingin memukul bapaknya setiap kali bertanya tentang pekerjaan, untuk melampiaskan emosinya pasien mengatakan sering membanting piring dirumah, saat dikaji

pasien tampak berbicara ketus, pasien tampak mengeratkan giginya, pandangan pasien tampak tajam

keluarga pasien mengatakan sering ikut terpancing emosi saat pasien sudah marah marah dan mengancam anggota keluarga lainnya

Keluarga pasien mengatakan selama perawatan memang kurang adanya dukungan untuk pasien. Keluarga pasien mengatakan belum mendukung perawatan bukan karena semata mata tidak perhatian dengan pasien tetapi keluarga masih kebingungan cara untuk melakukan perawatan kepada pasien

Keluarga pasien tampak kurang pengetahunan dalam melakukan perawatan terhadap pasien.

III. FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasalalu?
   [ ] Ya [V] Tidak

2. Pengobatan sebelumnya:

   [ ] Berhasil [ ] Kurang berhasil [ ] Tidak Berhasil

3.

	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik	h	th	h
Aniaya seksual	___ th	___ th	___ th
Penolakan	30th	24th	___ th
Kekerasan dalam keluarga	th	th	th
Tindakan criminal	___ th	___ th	___ th

Jelaskan no. 1, 2, 3 : Sdr. E mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit jiwa, Sdr. E mengatkan sering mendapatkan penolakan saat melamar kerja

Masalah keperawatan: _____

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? [ ] Ya [V] Tidak

   Hubungan keluarga : Tidak ada

   Gejala : Tidak ada

   Masalah keperawatan : _____

5. Adakah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan? (perceraian/perpisahan/konflik dsb?)

Sdr. E mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan sering ditolak saat melamar pekerjaan dan sering berdebat dengan keluarga karena tidak kunjung mendapatkan pekerjaan

Masalah keperawatan : _____

IV. **PEMERIKSAAN FISIK**

1. Tanda vital TD: 150/90 N: 105 kali/ menit S: 36,6C
2. Ukur TB: 165cm BB: 60kg [v] Naik [ ] Turun
3. Keluhan fisik [ ] Ya [v] Tidak

Jelaskan : tekanan darah dan nadi pasien tampak tinggi

Masalah keperawatan :

V. **PSIKOSOSIAL**

1. Genogram

Penjelasan gambar genogram: Sdr. E mengatakan anak kedua dari 2 bersaudara, dirumah tinggal Bersama ibu, bapak, dan kakak perempuan.

Sisitem komunikasi : Sdr. E mengatakan lebih suka diam dikamar tidak mengobrol, karena orang orang membuat emosi

Pola asuh : Sdr. E mengatakan dirawat orang tua kandung, Sdr. E mengatakan orang tua tidak bisa mengerti dirinya

Pola pengambilan keputusan : Sdr. E mengtakan yang memutuskan sesuatu biasanya bapak dan ibu

2. Konsep Diri
   a. Citra tubuh : Sdr. E mengatakan suka semua anggota tubuh karena pemberian Tuhan tidak boleh ada yang tidak disukai
   b. Identitas : Sdr. E megatakan dirinya adalah laki-laki berumur 24 tahun, Sdr. E sekolah hingga SMP. Sdr. E mengatakan belum punya istri sdr. E mengatakan tidak bekerja karena lamaran pekerjaannya sering ditolak
   c. Peran diri : Sdr. E mengatakan berperan sebagai anak tapi sering diremehkan keluaga
   d. Ideal diri : Sdr. E mnegatalam ingin menjadi TNI tapi tidak kesampaian, sdr. E mengatakan ingin bekerjadi di Malaysia suoaya tidak satu rumah dengan keluargany. Saat ini sdr. E mengtakan pengen cepat mendapatkan pekerjaan yang jauh dari keluarga
   e. Harga diri : Sdr. E mengtakan tertekan , penuh emosi karena sering diremehkan keluarga karena tidak bekerja ,

Masalah keperawatan: _____

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti: Sdr. E mengatakan tidak ada yang berarti dihidupnya kecuali diri sendiri

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Sdr. E mengatakan tidak mengikuti kegiatan di masyarakat karena malu belum bekerja.

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: Sdr. E mengatakan sering emosi dan mau memukul keluarganyan setiap kali berinteraksi

Masalah keperawatan : _____

4. Spiritual

a. Nilai dan keyaklinan: Sdr. E mentakan beragama Islam, menurutnya sakitnya saat ini dianggap sebagai cobaan

b. Kegiatan keagamaan: Sdr. E mengatakan beragama Islam, Sdr. E mengatakan tidak pernah solat .

VI. **STATUS MENTAL**

1. Penampilan

[v] Tidak rapi[ ] Penggunaan pakaian tidak sesuai [ ] Cara berpakaian tidak seperti biasa

Jelaskan: Tampak celana miring, tampak kancing tidak sesuai urutan

Masalah keperawatan: _____

2. Pembicaraan

[v]Cepat [v] Keras [ ] Gagap [ ] Inkoheren

[ ] Apatis [] Lambat [ ] Membisu [ ] tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan: tampak Sdr. E berbicara dengan intonasi keras , dan berbicara cepat serta ketus.

Masalah keperawatan: _____

3. Aktivitas motorik

[ ] Lesu [v] Tegang [] Gelisah [ ] Agitasi

[ ] Tik [ ] Grimasen [ ] Tremor [ ] Kompulsif

Jelaskan: tampak sdr. E duduk tekang dan mata melotot

Masalah keperawatan: _____

4. Alam perasaan

[ ] Sedih [ ] Ketakutan [v] Putus asa

[ ] Khawatir [ ] Gembira berlebihan

Jelaskan: Ssdr. E tampak putus asa saat membicarakan tentang kondisinya saat ini

Masalah keperawatan: _____

5. Afek

[v] Datar [ ] Tumpul [ ] Labil [ ] Tidak sesuai

Jelaskan: tampak wajah Sdr. E tidak ada perubahan mimik saat bercerita

Masalah keperawatan: _____

6. Interaksi selama wawancara

[ ] Bermusuhan [ ] Tidak kooperatif [v] Mudah tersinggung

[v] Kontak mata kurang [ ] Defensif [ ] Curiga

Jelaskan: tampak Sdr. E tidak menatap mata pengkaji saat wawancara, tampak mata melihat ke berbagai sisi rungan, pasien tampak mudah tersinggung dengan menunjukan ekspresi mata memerah saat bicara hal

yang tidak disukai

Masalah keperawatan: _____

7. Persepsi

Halusinasi

[ ] Pendengaran [ ] Penglihatan [ ] Perabaan

[ ] Pengecapan [ ] Penghidup

Jelaskan: Sdr. E mengatakan tidak ada hal yang mengganggu indranya

Masalah keperawatan: _____

8. Proses pikir

[v] Sirkumstansial [ ] Tangensial [ ] Kehilangan asosiasi

[ ] Flight of ideas [ ] Blocking [ ] Perseverasi

Jelaskan: pembicaraan Sdr. E berbelit belit tidak langsung menuju maksut pembicaraan

9. Isi pikir

[v] Obsesi [ ] Fobia [ ] hipokondria

[ ] Depersonalisasi [ ] Ide terkait [ ] Pikiran magis

Waham

[ ] Agama [ ] Somatik [v] Kebesaran [ ] Curiga

[ ] Nihilistik [ ] Sisip pikir [ ] siar pikir [ ] kontrol pikir

Jelaskan: Sdr. E mengatakan sangat ingin bekerja di Malaysia

Masalah keperawatan: _____

10. Tingkat kesadaran

[ ] Bingung [ ] Sedasi [ ] Stupor

[ ] Disorientasi tmpt [ ] Disorientasi wkt [ ] Disorientasi org

Jelaskan: Tidak tampak adanya masalah tingkat kesadaran

Masalah keperawatan: _____

11. Memori

[ ] Gangguan daya ingat jangka panjang [ ] Gangguan daya ingat jangka pendek

[v] Gangguan daya ingat saat ini [ ] Konfabulasi

Jelaskan: Sdr. E tampak mampu menceritakan peristiwa yang sudah lama terjadi dan baru terjadi di hidupnya

Masalah keperawatan: _____

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

[v] Mudah beralih [ ] Tidak mampu berkonsentrasi [] Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan: tampak konsenterasi Tn. E mudah beralih dilihat saat wawancara seringkali berhenti mematung tidak menjawab pertanyaan perawat

Masalah keperawatan: _____

13. Kemampuan penilaian

[v] Gangguan ringan [ ] Gangguan bermakna

Jelaskan: Sdr. E mengatakan memilih makan dulu sebelum gosok gigi, tampak dari pertanyaan sederhana itu Sdr. E hanya memiliki gangguan penilaian ringan

Masalah keperawatan: _____

14. Daya tilik diri

[v] Mengingkari penyakit yang diderita [ ] menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan: Sdr. E mengatakan dirinya tidak ada masalah kesehatan mental

Masalah keperawatan: _____

VII. **KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG**

1. Makanan [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
2. BAB/ BAK [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
3. Mandi [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
4. Berpakaian dan berhias [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
5. Istirahat/ Tidur

Tidur Siang Lama :14.00 s/d 15.30

Tidur Malam Lama :19.00 s/d 03.00

Kegiatan sebelum tidur : Melamun

6. Penggunaan Obat [ ] bantuan total [v] bantuan minimal

7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan Lanjutan	[v] Ya	[ ] Tidak
Perawatan Pendukung	[v] Ya	[ ] Tidak

8. Kegiatan dalam rumah

Mempersiapkan makanan	[v] Ya	[ ] Tidak
Menjaga kerapihan rumah	[v] Ya	[ ] Tidak
Mencuci pakaian	[v] Ya	[ ] Tidak
Pengaturan keuangan	[ ] Ya	[v] Tidak

9. Kegiatan di luar rumah

Belanja	[ ] Ya	[v] Tidak
Transportasi	[ ] Ya	[v] Tidak

Jelaskan: Sdr.E mengatakan setelah pulang dapat melakukan kegiatan mandi, makan, BAB/BAK, minum obat secara mandiri, setelah dirumah Sdr. E mengatakan akan merapikan rumah nyapu dan mengepel serta mencuci pakaian sendiri,

Masalah keperawatan: _____

VIII. **MEKANISME KOPING**

Adaptif	Maladaptif
[ ] Bicara dengan orang lain	[ ] Minum alkohol
[ ] Mampu menyelesaikan masalah	[ ] Reaksi lambat/berlebih
[ ] Teknik relokasi	[ ] Bekerja berlebihan
[ ] Aktivitas konstruktif	[ ] Menghindar
[ ] Olah raga	[v] Mencederai diri
[ ] Lainnya	[ ] Lainnya

Jelaskan: Sdr. E mengatakan saat ada masalah sering menciderai diri dengan memukul dirinya sendiri , dan membanting barang barang di sekitar

Masalah keperawatan : _____

IX. **MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

[ ] Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

[ ] Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik _____

[ ] Masalah dengan pendidikan, spesifik _____

[v] Masalah dengan pekerjaan, spesifik keluarga pasien mengatakan pasien tidak bekerja

[ ] Masalah dengan perumahan, spesifik _____

[ ] Masalah ekonomi, spesifik _____

[ ] Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik _____

[ ] Masalah lainnya, spesifik _____

X. **KURANG PENGETAHUAN TENTANG**

[v] Penyakit jiwa	[ ] Sistem pendukung
[ ] Faktor presipitasi	[ ] Penyakit fisik
[v] Koping	[ ] Obat-obatan

[ ] Lainnya: _____

Jelaskan: Sdr. E mengatakan tidak memiliki penyakit mental dan tidak tau mengatasi masalah yang sering emosian

Masalah keperawatan: _____

XI. **ASPEK MEDIK**

Diagnosa Medik : schizophrenia

Terapi Medik :

1. Injeksi Haloperidol 5mg/24 jam
2. PO. Clozapin 2mg/24 jam
3. PO. Resperidon 2mg/12 jam
4. PO. Diazepam 10mg/12 jam

ANALISA DATA

Nama Inisial: Sdr. E Diagnosa medis: Schizophrenia

No. Rekam medis: 002764 Bangsal : Salam

No	Tanggal/ jam	Data	Problem	Paraf
1		Ds: 1. pasien mengatakan ingin memukul bapaknya setiap kali berbicara tentang pekerjaan, 2. pasien mengatakan untuk melapiaskan emosinya sering membanting piring dirumah 3. keluarga pasien mengatakan sering ikut terpancing emosi saat pasien sudah marah marah dan mengancam anggota keluarga lainnya 4. Keluarga pasien mengatakan selama perawatan memang kurang adanya dukungan untuk pasien. Do: 1. pasien tampak duduk tegang	Resiko Perilaku Kekerasan	Dhea

		2. nada bicara pasien terdengar keras, ketus dan cepat 3. pasien tampak mengeratkan gigi saat berbicara 4. mata pasien tampak melotot 5. pasien tidak menatap mata pengkaji saat wawancara, tampak mata melihat ke berbagai sisi rungan 6. pasien tampak mudah tersinggung terlihat dari dirinya tidak nyaman saat. Membicarakan topik tertentu 7. Keluarga pasien tampak kurang pengetahunan dalam melakukan perawatan terhadap pasien.		

Prioritas Masalah:

1. D.0146 Resiko perilaku kekerasan d.d riwayat ancaman kekerasan pada orang lain

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Inisial: Sdr. E Diagnosa medis: Schizophrenia

No. Rekam medis: 002764 Bangsal : Puskesmas Salan

No	Tanggal/ Jam	Diagnonsa	Tujuan&Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1		D.0146	L. 13112 Dukungan Keluarga Meningkat Setelah dilakukan tindakan selama 6 kali pertemuan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan d.d riwayat ancaman perilaku kekerasan pada orang lain teratasi dengan kriteria hasil: 5. Verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari cukup menurun 2 menjadi meningkat 5	I. 09260 Dukungan Koping Keluarga O: 4. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 5. Identifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 6. Identifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 4. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan	Meningkatkan dukungan koping keluarga

			6. Mencari dukungan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit dari menurun 1 menjadi cukup meningkat 4 7. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan dari cukup menurun 2 menjadi cukup meningkat 4 8. Bekerja sama dengan penyedia layanan kesehatan dalam	pasien dan keluarga 5. Diskusikan rencana medis dan perawatan 6. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan E: 4. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif 5. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 6. Informasikan fasilitas perawatan yang tersedia	

			menentukan perawatan dari cukup menurun 2 menjadi meningkat 5		

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Nama Inisial: Sdr. E Diagnosa medis: Schizophrenia

No. Rekam medis: 002764 Bangsal : Puskesmas salam

No	Hari/Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Prf
1		D.0146	O : 4. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 5. Mengidentifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 6. Mengidentifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 3. Mendengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan pasien dan keluarga 4. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan Pada kunjungan pertama kerumah untuk	S: pasien mengatakan tertekan dengan perkataan keluarga setiap kali membahas mengenai pekerjaan, pasien mengatakan ingin memukul bapaknya setiap kali bertanya tentang pekerjaan, untuk melampiaskan emosinya pasien mengatakan sering membanting piring Ibu dan kakak pasien mengatakan ingin Sdr. E tidak emosian, dan mereka takut jika sdr. E berbuat kasar terhadap keluarga , ibu dan kakak pasien berharap sdr. E dapat mengontrol emosinya Ibu dan kaka pasien mengatakan tidak tahu	

			mengajarkan cara mengontrol emosi dengan teknik nafas dalam E: 2. Informasikan fasilitas perawatan yang tersedia K: 1. Kolaborasi dengan perawat senior dalam memantau sesi perkenalan	bagaimana melakukan perawatan ke sdr. E dengan kondisi tersebut Ibu dan kakak pasien mengatakan dengan senang hati jika ada tenaga kesehatan yang datang kerumah untuk membantu melakukan perawatan terhadap sdr. E Sdr. E mengatakan bersedia jika ada tenaga medis kerumah untuk melakukan tindakan kesehatan kepada dirinya dan keluarga O: Pasien tampak berbicara ketus, pasien tampak mengeratkan gigi dan mata melotot saat berbicara yang menandakan pasien sedang emosi Tenaga medis berharap pasien dapat mengontrol emosi	

				A: masalah keperawatan belum teratasi P: lanjutkan intervensi 4. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 5. Diskusikan rencana medis dan perawatan 6. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
2.		D.0146	O: 2. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 2. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan mengontrol emosi dengan Teknik nafas dalam kemudian mendiskusikan rencana medis dan perawatan di kunjungan rumah ke 3 yaitu cara	S: Pasien mengatakan saat ini perasaannya biasa saja Pasien mengatakan tadi ada keinginan ingin memukul bapaknya karena ingat perkataan yang meremehkannya soal dirinya yang belum bekerja Pasien mengatakan belum tau cara mengontrol emosi dengan Teknik nafas dalam	Dhea

			mengontrol emosi dengan berkata yang baik dan sopan , meminta atau menolak sesuatu dengan kalimat asertif E: 2. Mengjarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif Teknik nafas dalam untuk mengontrol emosi K: 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat - Risperidon - Thrihexpendil - Depakoter	Pasien megatakan akan mengulang Teknik nafas dalam nanti malam sebelum tidur Keluarga pasien mengatkan akan membantu mengingatkan pasien untuk mengulang Teknik nafas dalam O: Tampak Sdr. E mampu menjawab pertanyaan yang diajukan pengkaji, Sdr. E tampak tidak focus saat dikaji, Sdr. E tampak duduk tegang dan berbicara ketus Sdr. E tampak mempraktikan Teknik nafas dalam dengan benar dan mampu mengulang Teknik nafas dalam, Tampak Sdr. E meminum semua obat yang diberikan petugas. Membuat rencana tidak	

				lanjut dipertemuan selanjutnya dengan melatih cara berbicara dengan kata kata asertif A: Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan d.d riwayat ancaman kekerasan pada orang lain belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
3		D.0146	O: 2. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 2. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan pertemuan ke 4 yaitu cara	S: pasien mengatkan sudah mengulang dan mempraktekan Teknik nafas dalam saat merasa emosi jika sedang bicara dengan anggota keluarga keluarga pasien mengatakan pasien lebih tenang saat berbicara	Dhea

			mengontrol emosi dengan berdoa dan solat E: 2. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif , dengan berkata yang baik dan sopan , meminta, menolak dan mengungkapkan sesuatu dengan kalimat asertif K: 2. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Risperidon Thrihexpendil Depakoter	dengan anggota keluarga meskipun nada bicara masih ketus, keras dan bernada tinggi pasien mengtakan akan mencoba berbicara dengan kalimat kalimat baik yang sudah diajarkan tapi tidak berjanji selalu menggunakan kalimat maaf, tolong dan kalimat baik lainnya keluarga pasien mengatakan akan ikut menggunakan kalimat kalimat baik saat berbicara supaya dapat ditiru oleh pasien O: Pasien tampak lebih tenang Setelah diajarkan kalimat asertif nada bicara pasien tampak masih ketus tapi tidak bernada tinggi dan bersuara keras	

				Keluarga pasien tampak ikut berpartisipasi dalam menggunakan kalimat kalimat asertif untuk mendukung keberhasilan perawatan A: masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan d.d riwayat ancaman kekerasan pada orang lain belum teratasi P lanjutkan intervensi 4. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 5. Diskusikan rencana medis dan perawatan 6. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
4		D.0146	O: 2. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 2. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan	Pasien mengatakan sedang baik baik saja, pasien mengatakan saat minta diambilkan sarapan sudah menggunakan kata tolong	Dhea

			pertemuan ke 5 yaitu cara mengontrol emosi dengan 5 benar minum obat E: 2. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif , dengan berdoa dan solat 5 waktu K: 2. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Risperidon Thrihexpendil Depakoter	Pasien mengatakan belum lancer bacaan solat tapi mau mencoba solat tapi tidak janji bisa 5 waktu Pasien mengatakan sudah minum obat tapi kadang malas Keluarga pasien mengatakan pasien sudah menggunakan kata kata yang asertif dalam berbicara Keluarga pasien mengatakan selalu mengajak bicara pasien dengan kalimat kalimat yang baik sehingga pasien tidak mudah tersinggung O: Nada bicara pasien terdengar sudah tidak keras dan ketus pasien tampak dapat menyebutkan waktu solat	

				Bacaan solat pasien masih terdengar kurang lancara pasien tampak mampu menyebutkan urutan solat pasien mau mencoba mempraktekan solat subuh dan berdua setelah solat subu keluarga pasien tampak memberikan dukungan dan mau terlibat dalam setiap perawatan pasien A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 4. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 5. Diskusikan rencana medis dan perawatan 6. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
5		D.0146	O:	S:	Dhea

			2. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan untuk pertemuan terakhir yaitu mempertahakan koping adaptif yang telah diajarkan dan tetap memasukan ke jadwal harian E: 2. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaftif 5 benar minum obat K: 2. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Risperidon Thrihexpendil Depakoter	Pasien mengatakan sudah jarang emosi dan marah marah, sesekali masih ada rasa marah tapi bisa sedikit mengontrol. pasien mengatakan sudah solat subuh berjamaah dengan keluarga. Pasien mengatakan nanti akan solat magrib berjamaah lagi dengan keluarga Keluarga pasien mengatakan terus mengajak pasien solat berjamaat tapi jika tidak mau tidak memaksa Pasien mengatakan paham 5 benar minum obat Pasien mengatakan mau berusaha tidak malas minum obat O: Pasien tampak	

				menceritakan kegatan solatnya dengan keluarga Pasien tampak tenang saat bercerita. Keluarga pasien tampak ikut mendukung perawatan pasien dengan mengajak solat berjamaah tapi juga tidak memaksakan saat pasien tidak mau Pasien tampak mampu mengulang 5 benar minum obat walaupun masih ada yang lupa Keluarga pasien tampak mau menghafal 5 benar minum obat untuk membantu menerapkan ke pasien A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan	

				rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
6		D.0146	O: 4. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 5. Identifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 6. Identifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 4. Dengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan pasien dan keluarga 5. Diskusikan rencana medis dan perawatan yaitu dengan mempertahakan	S: Pasien mengatakan perasaannya nyaman Pasien mengatakan akan terus melakukan kegiatan yang sduah diajarkan Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosianya, saat bertemu dengan bapak sudah tidak ada rasa ingin memukul Keluarga pasien mengatakan senang dan berterimakasih sudah dilakukan perwatan selama 6 hari Keluarga pasien mengatakan pasien sudah sangat jauh bisa mengontrol emosi dan marahnya disbanding	

			koping adaptif yang telah diajarkan dan tetap melaksanakan di kegiatan sehari hari 6. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan E: 3. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 4. Informasikan fasilitas perawatan yang tersedia	sebelum diberikan perwatan di rumah Keluarga pasien mengatakan akan selalu mendukung terlaksananya program perawatan yang telah diajarkan setelah tenaga medis sudah tidak berkunjung ke rumah Keluarga pasien mengatakan akan mengunjungi puskesmas 1 bulan sekali untuk kontrol atau segera melapor ke puskesmas jika ada keaadaan darurat mengenai pasien O: tampak pasien sudah mampu mengontrol marah dengan mandiri, Pasien tampak masih mampu mempraktekkan awal tindakan yang diajarkan yaitu Teknik nafas dalam tampak tindakan yang dilakukan selama proses	

				implementasi dapat meningkatkan dukungan keluarga A: masalah keperawatan teratasi P: pertahankan intervensi 1. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan	

Lampiran II Asuhan Keperawatan Jiwa Sdr. S

PENGKAJIAN KEPERAWATAN
KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS
SALAM

RUANG RAWAT: **TANGGAL DIRAWAT:**

XII. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Sdr. S (P) Tgl. Pengk. :
Umur : 20 tahun No. RM 001456
Alamat : Salam Pendidikan : SMK
Agama : Islam Pekerjaan : Tidak bekerja
Status : Belum Kawin Sumber Data: Pasien dan rekam medis

IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. W Pekerjaan : Wiraswasta
Umur : 50 tahun Pendidikan : SD
Alamat : Salam Hub dgn klien : I b u K a n d u n g

XIII. ALASAN MASUK

a. Data Pada saat masuk RS

Dari data rekam medis pasien didapatkan hasil bahwa pasien dirumah berbicara kasar, mengucapkan kalimat kalimat kotor, sering marah marah setiap kali berbicara menggunakan intonasi tinggi dan suara yang keras. Sering merusak barang barang yang ada di kamar setiap kali marah marah

b. Data Pada Saat Dikaji

Saat dikaji pasien mengatakan sering mendapatkan perilaku kasar dari ayahnya, pasien mengatakan ayahnya selalu menggunakan suara keras saat berbicara dengan dirinya dan ibunya , pasien mengatakan mengucapkan kata kata kotor karena meniru ayahnya.

Pasien mengatakan dari kecil sering melihat ayah dan ibunya bertengkar dan

ayahnya sering melempar barang barang saat marah

Pasien mengatakan dirinya merasa tidak diperhatiakan dan malah mendapatkan perilaku kasar dari orang tua

Pasien mengatakan tidak nyaman tinggal dirumah karena merasa sering emosi saat melihat ayahnya.

keluarga pasien mengatakan sering ikut terpancing emosi saat pasien sudah marah marah dan berbicara dengan intonasi yang tinggi

Keluarga pasien mengatakan selama ini memang kurang adanya dukungan untuk pasien. Keluarga pasien mengatakan mengaku salah telah bersikap kasar didepan anak sehingga membuat anak menjadi meniru perilakunya.

Keluarga pasien mengatakan ingin merubah kebiasaan hidup keluarga supaya sdr. S juga dapat mengontrol emosi nya setiap hari .

Saat dikaji pasien tampak duduk tegang, mata pasien tampa menatap pengkaji dengan tajam, nada bicara pasien terdengar ketus, bernada tinggi dan bersuara keras. Tangan pasien tampak mengepal seperti menahan marah .

XIV. **FAKTOR PREDISPOSISI DAN PRESIPITASI**

3. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasalalu?
   [ ] Ya [V] Tidak

4. Pengobatan sebelumnya:

   [ ] Berhasil [ ] Kurang berhasil [v] Tidak Berhasil

3.

	Pelaku	Korban	Saksi
Aniaya fisik	h	th	h
Aniaya seksual	th	th	th
Penolakan	th	th	th
Kekerasan dalam keluarga	60th	20th	th
Tindakan criminal	th	th	th

Jelaskan no. 1, 2, 3 : Sdr. S mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit jiwa, Sdr. S mengatkan sering mendapatkan kata kata kasar dan merasa diabaikan oleh keluargannya

Masalah keperawatan: _____

6. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? [v] Ya [ ] Tidak

Hubungan keluarga : ayah kandung

Gejala : marah marah, berbicara kotor , membanting barang barang rumah

Masalah keperawatan : _____

7. Adakah pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan? (perceraian/perpisahan/konflik dsb?)

Sdr. S mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan sering sejak kecil melihat orang tua bertengkar dengan kalimat kalimat kotor dan bicara keras, saat sudah besar pasien juga sering mendengar kata kata kasar dasri orang tua untuk dirinya , pasien mengatakan merasa tidak diperhatikan orang tua

Masalah keperawatan : _____

XV. **PEMERIKSAAN FISIK**

1. Tanda vital TD: 150/90 N: 105 kali/ menit S: 36,6C
2. Ukur TB: 165cm BB: 60kg [v] Naik [ ] Turun
3. Keluhan fisik [ ] Ya [v] Tidak

Jelaskan : tekanan darah dan nadi pasien tampak tinggi

Masalah keperawatan :

XVI. **PSIKOSOSIAL**

1. Genogram

Penjelasan gambar genogram: Sdr. S mengatakan anak kedua dari 2 bersaudara, dirumah tinggal Bersama ibu, bapak, dan kakak perempuan.

Sisitem komunikasi : Sdr. S mengatakan lebih suka diam dikamar tidak mengobrol, karena orang orang membuat emosi

Pola asuh : Sdr. S mengatakan dirawat orang tua kandung, Sdr. S mengatakan orang tua nya lah yang memberikan contoh ke dirinya sehingga saat ini dirinya tempramental

Pola pengambilan keputusan : Sdr. S mengtakan yang memutuskan sesuatu biasanya bapak dan ibu

2. Konsep Diri

a. Citra tubuh : Sdr. S mengatakan suka semua anggota tubuh karena pemberian Tuhan tidak boleh ada yang tidak disukai

b. Identitas : Sdr. S megatakan dirinya adalah perempuan berumur 20 tahun, Sdr. S sekolah hingga SMA. Sdr. S mengatakan belum punya suami dan tidak

mau menikah karena takut suaminya seperti ayahnya sdr. S mengatakan tidak bekerja karena lamaran pekerjaannya sering ditolak

c. Peran diri : Sdr. S mengatakan berperan sebagai anak tapi selalu diabaikan keluarga

d. Ideal diri : Sdr. S mnegatakam ingin menjadi sesorang yang tidak temperamental, bisa bekerja dengan baik dan menikah serta memiliki keluarga yang tenang

e. Harga diri : Sdr. S mengtakan tertekan , penuh emosi karena sering dibentak bentak keluarga karena tanpa sebab yang jelas,

Masalah keperawatan: _____

3. Hubungan Sosial

f. Orang yang berarti: Sdr. S mengatakan tidak ada yang berarti dihidupnya kecuali diri sendiri

g. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat: Sdr. S mengatakan tidak mengikuti kegiatan di masyarakat karena malas.

h. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain: Sdr. S mengatakan sering emosi saat berbicara dengan keluarga terutama saat berbicara dengan ayah karena mereka selalu menggunakan intonasi bicara yang tinggi

Masalah keperawatan : ____

4. Spiritual

i. Nilai dan keyaklinan: Sdr. S mentakan beragama Islam, menurutnya sakitnya saat ini dianggap sebagai cobaan

j. Kegiatan keagamaan: Sdr. S mengatakan beragama Islam, Sdr. S mengatakan tidak pernah solat .

XVII. **STATUS MENTAL**

15. Penampilan

[v] Tidak rapi[ ] Penggunaan pakaian tidak sesuai [ ] Cara berpakaian tidak seperti biasa

Jelaskan: Tampak warna baju dan celana tidak senada

Masalah keperawatan: _____

16. Pembicaraan

[v]Cepat [v] Keras [ ] Gagap [ ] Inkoheren

[ ] Apatis [] Lambat [ ] Membisu [ ] tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan: tampak Sdr. S berbicara dengan intonasi keras , dan berbicara cepat serta ketus.

Masalah keperawatan: _____

17. Aktivitas motorik

[ ] Lesu [v] Tegang [] Gelisah [ ] Agitasi

[ ] Tik [ ] Grimasen [ ] Tremor [ ] Kompulsif

Jelaskan: tampak sdr. S duduk tekang dan mata menatap pengkaji dengan tegang

Masalah keperawatan: _____

18. Alam perasaan

[v] Sedih [ ] Ketakutan [ ] Putus asa

[ ] Khawatir [ ] Gembira berlebihan

Jelaskan: Sdr. S tampak sedih dengan kondisinya

Masalah keperawatan: _____

19. Afek

[v] Datar [ ] Tumpul [ ] Labil [ ] Tidak sesuai

Jelaskan: tampak wajah Sdr. S tidak ada perubahan mimik saat bercerita

Masalah keperawatan: _____

20. Interaksi selama wawancara

[v] Bermusuhan [ ] Tidak kooperatif [v] Mudah tersinggung

[ ] Kontak mata kurang [ ] Defensif [ ] Curiga

Jelaskan: tampak Sdr. S menatap mata pengkaji dengan tajam saat wawancara, , pasien tampak mudah tersinggung dengan menunjukan ekspresi mata memerah saat bicara hal yang tidak disukai

Masalah keperawatan: _____

21. Persepsi

Halusinasi

[ ] Pendengaran [ ] Penglihatan [ ] Perabaan

[ ] Pengecapan [ ] Penghidup

Jelaskan: Sdr. S mengatakan tidak ada hal yang mengganggu indranya

Masalah keperawatan: _____

22. Proses pikir

[v] Sirkumstansial [ ] Tangensial [ ] Kehilangan asosiasi

[ ] Flight of ideas [ ] Blocking [ ] Perseverasi

Jelaskan: pembicaraan Sdr. S berbelit belit tidak langsung menuju maksut pembicaraan

23. Isi pikir

[v] Obsesi [ ] Fobia [ ] hipokondria

[ ] Depersonalisasi [ ] Ide terkait [ ] Pikiran magis

Waham

[ ] Agama [ ] Somatik [v] Kebesaran [ ] Curiga

[ ] Nihilistik [ ] Sisip pikir [ ] siar pikir [ ] kontrol pikir

Jelaskan: Sdr. S mengatakan sangat ingin bekerja di luar kota supaya tidak satu rumah dengan oaring tua

Masalah keperawatan: _____

24. Tingkat kesadaran

[ ] Bingung [ ] Sedasi [ ] Stupor

[ ] Disorientasi tmpt [ ] Disorientasi wkt [ ] Disorientasi org

Jelaskan: Tidak tampak adanya masalah tingkat kesadaran

Masalah keperawatan: _____

25. Memori

[ ] Gangguan daya ingat jangka panjang [ ] Gangguan daya ingat jangka pendek

[v] Gangguan daya ingat saat ini [ ] Konfabulasi

Jelaskan: Sdr. S tampak mampu menceritakan peristiwa yang sudah lama terjadi dan baru terjadi di hidupnya

Masalah keperawatan: _____

26. Tingkat konsentrasi dan berhitung

[v] Mudah beralih [ ] Tidak mampu berkonsentrasi [] Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan: tampak konsenterasi sdr. S mudah beralih dilihat saat wawancara seringkali berhenti mematung tidak menjawab pertanyaan perawat

Masalah keperawatan: _____

27. Kemampuan penilaian

[v] Gangguan ringan [ ] Gangguan bermakna

Jelaskan: Sdr. S mengatakan memilih makan dulu sebelum gosok gigi, tampak dari pertanyaan sederhana itu Sdr. S hanya memiliki gangguan penilaian ringan

Masalah keperawatan: _____

28. Daya tilik diri

[v] Mengingkari penyakit yang diderita [ ] menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan: Sdr. S mengatakan dirinya tidak ada masalah kesehatan mental

Masalah keperawatan: _____

XVIII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

10. Makanan [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
11. BAB/ BAK [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
12. Mandi [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
13. Berpakaian dan berhias [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
14. Istirahat/ Tidur

    Tidur Siang Lama :14.00 s/d 15.30
    Tidur Malam Lama :19.00 s/d 03.00
    Kegiatan sebelum tidur : Melamun
15. Penggunaan Obat [ ] bantuan total [v] bantuan minimal
16. Pemeliharaan kesehatan

    Perawatan Lanjutan [v] Ya [ ] Tidak
    Perawatan Pendukung [v] Ya [ ] Tidak
17. Kegiatan dalam rumah

    Mempersiapkan makanan [v] Ya [ ] Tidak

	Menjaga kerapihan rumah	[v] Ya [ ] Tidak
	Mencuci pakaian	[v] Ya [ ] Tidak
	Pengaturan keuangan	[ ] Ya [v] Tidak
18.	Kegiatan di luar rumah	
	Belanja	[ ] Ya [v] Tidak
	Transportasi	[ ] Ya [v] Tidak

Jelaskan: Sdr.E mengatakan setelah pulang dapat melakukan kegiatan mandi, makan, BAB/BAK, minum obat secara mandiri, setelah dirumah Sdr. E mengatakan akan merapikan rumah nyapu dan mengepel serta mencuci pakaian sendiri,

Masalah keperawatan: _____

XIX. **MEKANISME KOPING**

Adaptif	Maladaptif
[ ] Bicara dengan orang lain	[ ] Minum alkohol
[ ] Mampu menyelesaikan masalah	[ ] Reaksi lambat/berlebih
[ ] Teknik relokasi	[ ] Bekerja berlebihan
[ ] Aktivitas konstruktif	[ ] Menghindar
[ ] Olah raga	[v] Mencederai diri
[ ] Lainnya	[ ] Lainnya

Jelaskan: Sdr. E mengatakan saat ada masalah sering menciderai diri dengan memukul dirinya sendiri , dan membanting barang barang di sekitar

Masalah keperawatan : _____

XX. **MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

[ ] Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik

[ ] Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik _____

[ ] Masalah dengan pendidikan, spesifik _____

[v] Masalah dengan pekerjaan, spesifik keluarga pasien mengatakan pasien tidak bekerja

[ ] Masalah dengan perumahan, spesifik _____

[ ] Masalah ekonomi, spesifik _____

[ ] Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik _____

[ ] Masalah lainnya, spesifik _____

XXI. **KURANG PENGETAHUAN TENTANG**

[v] Penyakit jiwa [ ] Sistem pendukung

[ ] Faktor presipitasi [ ] Penyakit fisik

[v] Koping [ ] Obat-obatan

[ ] Lainnya: _____

Jelaskan: Sdr. S mengatakan tidak memiliki penyakit mental dan tidak tau mengatasi masalah yang sering emosian

Masalah keperawatan: _____

XXII. **ASPEK MEDIK**

Diagnosa Medik : schizophrenia

Terapi Medik :

5. Injeksi Haloperidol 5mg/24 jam
6. PO. Clozapin 2mg/24 jam
7. PO. Resperidon 2mg/12 jam
8. PO. Diazepam 10mg/12 jam

ANALISA DATA

Nama Inisial: Sdr. S Diagnosa medis: Schizophrenia

No. Rekam medis: 001456 Bangsal : Puskesmas salam

No	Tanggal/ jam	Data	Problem	Paraf
1		Ds: 1. pasien mengatakan mengucapkan kata kata kotor karena meniru ayahnya. 2. Pasien mengatakan dari kecil sering melihat ayah dan ibunya bertengkar dan ayahnya sering melempar barang barang saat marah 3. Pasien mengatakan dirinya merasa tidak diperhatiakan dan malah mendapatkan perilaku kasar dari orang tua 4. Pasien mengatakan tidak nyaman tinggal dirumah karena merasa sering emosi saat melihat ayahnya. 5. Pasien mengatakan tidak nyaman tinggal dirumah karena	Resiko Perilaku Kekerasan	Dhea

		merasa sering emosi saat melihat ayahnya. 6. keluarga pasien mengatakan sering ikut terpancing emosi saat pasien sudah marah marah dan berbicara dengan intonasi yang tinggi 7. Keluarga pasien mengatakan selama ini memang kurang adanya dukungan untuk pasien. Keluarga pasien mengatakan mengaku salah telah bersikap kasar didepan anak sehingga membuat anak menjadi meniru perilakunya. Keluarga pasien mengatakan ingin merubah kebiasaan hidup keluarga supaya sdr. S juga dapat mengontrol emosi nya setiap hari		
		Do: 1. pasien tampak duduk tegang 2. Saat dikaji pasien tampak duduk tegang, mata pasien tampak menatap pengkaji dengan tajam, 3. nada bicara pasien terdengar ketus, bernada tinggi dan bersuara keras. 4. Tangan pasien tampak mengepal seperti menahan marah 5. pasien tampak mudah tersinggung terlihat dari dirinya tidak nyaman saat. Membicarakan topik tertentu 6. Keluarga pasien tampak kurang pengetahunan dalam Melakukan perawatan terhadap pasien.		

Prioritas Masalah:

2. D.0146 Resiko perilaku kekerasan d.d Penganiayaan atau pengabaian anak

INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Inisial: Sdr. E Diagnosa medis: Schizophrenia

No. Rekam medis: 002764 Bangsal : Puskesmas Salan

No	Tanggal/ Jam	Diagnonsa	Tujuan&Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1		D.0146	L. 13112 Dukungan keluarga meningkat Setelah dilakukan tindakan selama 6 kali pertemuan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan d.d riwayat ancaman perilaku kekerasan pada orang lain teratasi dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi keinginan untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dari cukup menurun 2	I. 09260 Dukungan Koping Keluarga O: 1. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Identifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 3. Identifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 7. Dengarkan	Meningkatnya dukungan keluarga

			menjadi meningkat 5 2. Mencari dukungan spiritual bagi anggota keluarga yang sakit dari menurun 1 menjadi cukup meningkat 4 3. Bekerja sama dengan anggota keluarga yang sakit dalam menentukan perawatan dari cukup menurun 2 menjadi cukup meningkat 4 4. Bekerja sama dengan penyedia	masalah, perasaan dan pertanyaan pasien dan keluarga 8. Diskusikan rencana medis dan perawatan 9. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan E: 7. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif 8. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 9. Informasikan fasilitas	

			layanan kesehatan dalam menentukan perawatan dari cukup menurun 2 menjadi meningkat 5	perawatan yang tersedia	

CATATAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Nama Inisial: Sdr. S Diagnosa medis: Schizophrenia

No. Rekam medis: 001456 Bangsal : Puskesmas salam

No	Hari/Tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Prf
1		D.0146	O : 7. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 8. Mengidentifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 9. Mengidentifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 5. Mendengarkan masalah, perasaan dan pertanyaan pasien dan keluarga 6. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan	S: pasien mengatakan merasa diabaikan oleh keluarga, pasien mengatakan saat berbicara dengan keluarga selalu menggunakan nada tinggi karena sudah terbiasa pasien mengatakan sering membanting barang barang yang ada dikamar Ibu pasien mengatakan ingin Sdr. S tidak emosian, , dapat bericara tenang tanpa emosi dan berhenti menggunakan kata kata kasar untuk	

			Pada kunjungan pertama kerumah untuk mengajarkan cara mengontrol emosi dengan teknik nafas dalam 3. Informasikan fasilitas E: perawatan yang tersedia 2. Kolaborasi dengan perawat senior dalam memantau sesi K: perkenalan	umpatan , ibu pasien berharap sdr. S dapat mengontrol emosinya Ibu pasien mengatakan tidak tahu bagaimana melakukan perawatan ke sdr. S untuk merubahah kebiasan tersebut Ibu pasien mengatakan dengan senang hati jika ada tenaga kesehatan yang datang kerumah untuk membantu melakukan perawatan terhadap sdr. S Sdr. S mengatakan bersedia jika ada tenaga medis kerumah untuk melakukan tindakan kesehatan kepada	

				dirinya dan keluarga O: Pasien tampak berbicara ketus, pandangan pasien tampak tajam Tenaga medis berharap pasien dapat mengontrol emosi A: masalah keperawatan belum teratasi P: lanjutkan intervensi 7. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 8. Diskusikan rencana medis dan perawatan 9. Ajarkan	

				pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
2.		D.0146	O: 3. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 3. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan mengontrol emosi dengan Teknik nafas dalam kemudian mendiskusikan rencana medis dan perawatan di kunjungan rumah ke 3 yaitu cara mengontrol emosi dengan berkata yang baik dan sopan , meminta atau	S: Pasien mengatakan saat ini perasaannya biasa saja Pasien mengatakan tadi ada keinginan ingin membanting piring saat makan karena bapaknya terus mengajak dirinya mengobrol hal yang tidak penting bagi dirnya Pasien mengatakan belum tau cara mengontrol emosi dengan Teknik nafas dalam Pasien megatakan akan mengulang Teknik nafas dalam	Dhea

			menolak sesuatu dengan kalimat asertif E: 3. Mengjarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif Teknik nafas dalam untuk mengontrol emosi K: 2. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat - Risperidon - Thrihexpendil - Depakoter	nanti malam sebelum tidur Keluarga pasien mengatkan akan membantu mengingatkan pasien untuk mengulang Teknik nafas dalam O: Tampak Sdr. S mampu menjawab pertanyaan yang diajukan pengkaji, tatapan mata Sdr. S tampak tajam saat dikaji, Sdr. S tampak duduk tegang dan berbicara ketus Sdr. E tampak mempraktikan Teknik nafas dalam dengan benar dan mampu mengulang Teknik nafas dalam, Tampak Sdr. E	

				meminum semua obat yang diberikan petugas. Membuat rencana tidak lanjut dipertemuan selanjutnya dengan melatih cara berbicara dengan kata kata asertif A: Masalah keperawatan resiko perilaku kekrasan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 4. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 5. Diskusikan rencana medis dan perawatan 6. Ajarkan pasien dan	

				keluarga untuk melakukan koping adaptif	
3		D.0146	O: 3. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 3. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan pertemuan ke 4 yaitu cara mengontrol emosi dengan berdoa dan solat E: 3. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif , dengan berkata yang baik dan sopan , meminta, menolak dan	S: pasien mengatkan sudah mengulang dan mempraktekan Teknik nafas dalam saat merasa emosi jika sedang bicara dengan anggota keluarga keluarga pasien mengatakan pasien lebih tenang saat berbicara dengan anggota keluarga meskipun nada bicara masih ketus, keras dan bernada tinggi pasien mengtakan akan mencoba berbicara dengan kalimat kalimat baik	Dhea

			mengungkapkan sesuatu dengan kalimat asertif K: 3. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Risperidon Thrihexpendil Depakoter	yang sudah diajarkan tapi tidak berjanji selalu menggunakan kalimat maaf, tolong dan kalimat baik lainnya karena dirinya merasa masih gengsi keluarga pasien mengatakan akan ikut menggunakan kalimat kalimat baik saat berbicara supaya dapat ditiru oleh pasien O: Pasien tampak lebih tenang Setelah diajarkan kalimat asertif nada bicara pasien tampak masih ketus tapi tidak bernada tinggi dan bersuara keras Keluarga pasien	

				tampak ikut berpartisipasi dalam menggunakan kalimat kalimat asertif untuk mendukung keberhasilan perawatan A: masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan d.d riwayat ancaman kekerasan pada orang lain belum teratasi P lanjutkan intervensi 7. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 8. Diskusikan rencana medis dan perawatan 9. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	

4		D.0146	O: 3. Mengidentifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 3. Mendiskusikan rencana medis dan perawatan pertemuan ke 5 yaitu cara mengontrol emosi dengan 5 benar minum obat E: 3. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif , dengan berdoa dan solat 5 waktu K:	Pasien mengatakan sedang emosi karena PMS hari pertama, pasien mengatakan saat minta diambilkan sarapan sudah menggunakan kata tolong Pasien mengatakan bisa bacaan solat , pasien mengatakan mau mencoba solat setalah selesai PMS tapi tidak janji bisa 5 waktu Pasien mnegtakan akan berdoa untuk menenagkan dirinya Pasien mengatakan sudah minum obat	Dhea

			3. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Risperidon Thrihexpendil Depakoter	tapi kadang muak dengan oabt yang diminum Keluarga pasien mengatakan pasien sudah menggunakan kata kata yang asertif dalam berbicara Keluarga pasien mengatakan selalu mengajak bicara pasien dengan kalimat kalimat yang baik sehingga pasien tidak mudah tersinggung O: Nada bicara pasien terdengar sudah tidak keras dan ketus pasien tampak dapat menyebutkan waktu solat sebelum selesai PMS	

				pasien tampak mau bersoa supaya lebih tenang Bacaan solat pasien masih terdengar kurang lancar pasien tampak mampu menyebutkan urutan solat pasien mau mencoba mempraktekan solat subuh dan berdoa setelah solat keluarga pasien tampak memberikan dukungan dan mau terlibat dalam setiap perawatan pasien A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 7. Identifikasi	

				respon emosional terhadap kondisi saat ini 8. Diskusikan rencana medis dan perawatan 9. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
5		D.0146	O: 3. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini T: 3. Diskusikan rencana medis dan perawatan untuk pertemuan terakhir yaitu mempertahakan koping adaptif	S: Pasien mengatakan sudah jarang emosi dan marah marah, sesekali masih ada rasa marah tapi bisa sedikit mengontrol. pasien mengatakan sudah selesai PMS dan sudah solat subuh berjamaah dengan keluarga.	Dhea

			yang telah diajarkan dan tetap memasukan ke jadwal harian E: 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaftif 5 benar minum obat K: 3. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Risperidon Thrihexpendil Depakoter	Pasien mengatakan nanti akan solat magrib berjamaah lagi dengan keluarga Keluarga pasien mengatakan terus mengajak pasien solat berjamaat tapi jika tidak mau tmemaksa Pasien mengatakan paham 5 benar minum obat Pasien mengatakan mau berusaha tidak malas minum obat O: Pasien tampak menceritakan kegatan solatnya dengan keluarga Pasien tampak tenang saat bercerita.	

				Keluarga pasien tampak ikut mendukung perawatan pasien dengan mengajak solat berjamaah tapi juga tidak memaksakan saat pasien tidak mau Pasien tampak mampu mengulang 5 benar minum obat Keluarga pasien tampak mau menghafal 5 benar minum obat untuk membantu menerapkan ke pasien A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi	

				respon emosional terhadap kondisi saat ini 2. Diskusikan rencana medis dan perawatan 3. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan koping adaptif	
6		D.0146	O: 7. Identifikasi respon emosional terhadap kondisi saat ini 8. Identifikasi pemahaman keputusan perawatan setelah pulang 9. Identifikasi kesesuaian harapan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan T: 7. Dengarkan masalah, perasaan dan	S: Pasien mengatakan perasaannya tenang Pasien mengatakan akan terus melakukan kegiatan yang sduah diajarkan karena dirinya sudah merasakan manfaatnya Pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosianya, saat berbicara dengan keluarga	

			pertanyaan pasien dan keluarga 8. Diskusikan rencana medis dan perawatan yaitu dengan mempertahakan koping adaptif yang telah diajarkan dan tetap melaksanakan di kegiatan sehari hari 9. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan E: 5. Informasikan kemajuan pasien secara berkala 6. Informasikan fasilitas perawatan yang tersedia	Pasien mengatakan sudah tidak menggunakan kalimat kalimat kotor untuk mengumpat Keluarga pasien mengatakan senang dan berterimakasih sudah dilakukan perwatan selama 6 hari Keluarga pasien mengatakan pasien sudah sangat jauh bisa mengontrol emosi dan marahnya dibanding sebelum diberikan perwatan di rumah Keluarga pasien mengatakan akan selalu mendukung terlaksananya program perawatan yang telah diajarkan setelah tenaga medis	

				sudah tidak berkunjung ke rumah Keluarga pasien mengatakan akan mengunjungi puskesmas 1 bulan sekali untuk kontrol atau segera melapor ke puskesmas jika ada keaadaan darurat mengenai pasien O: tampak pasien sudah mampu mengontrol marah dengan mandiri, Pasien tampak masih mampu mempraktekkan awal tindakan yang diajarkan yaitu Teknik nafas dalam tampak tindakan yang dilakukan selama proses implementasi dapat	

				meningkatkan dukungan keluarga A: masalah keperawatan teratasi P: pertahankan intervensi 2. Hargai dan dukung mekanisme koping adaptif yang digunakan	

Lampiran III Lembar Informed Consen

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Jenis kelamin :

Umur/Tgl Lahir :

Alamat :

Telp :

Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk dilakukan tindakan medis

berupa :

Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan penyakit tersebut, serta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Magelang, 2024

Pelaksana Tindakan
Ttd

(……)

Pelaksana Tindakan
Ttd

(……)