

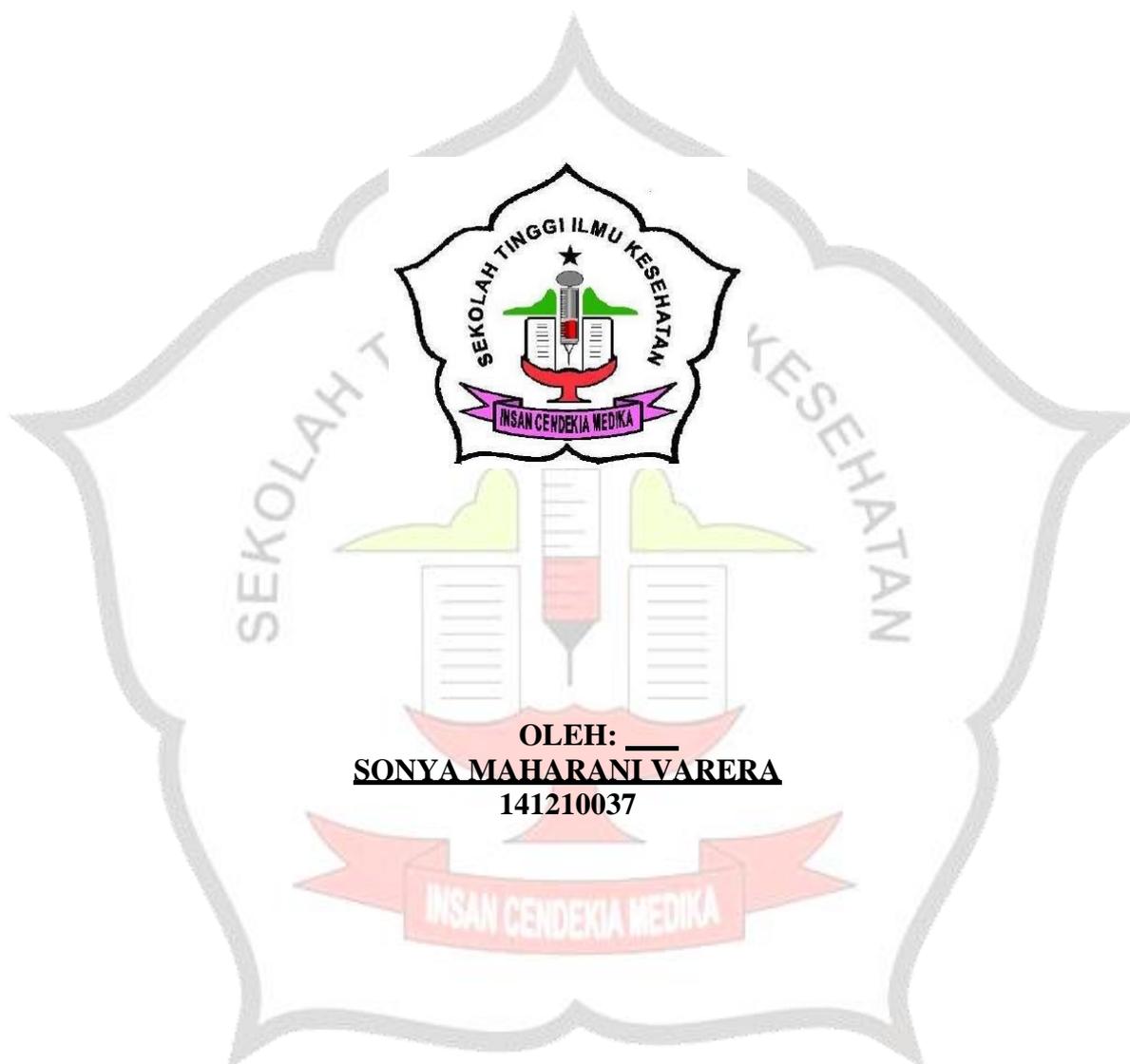
KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA TIPE
MANIK DENGAN GANGGUAN PERILAKU KEKERASAN
DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT
JIWA MENUR SURABAYA



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA TIPE MANIK
DENGAN GANGGUAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA**

PROPOSAL PENELITIAN



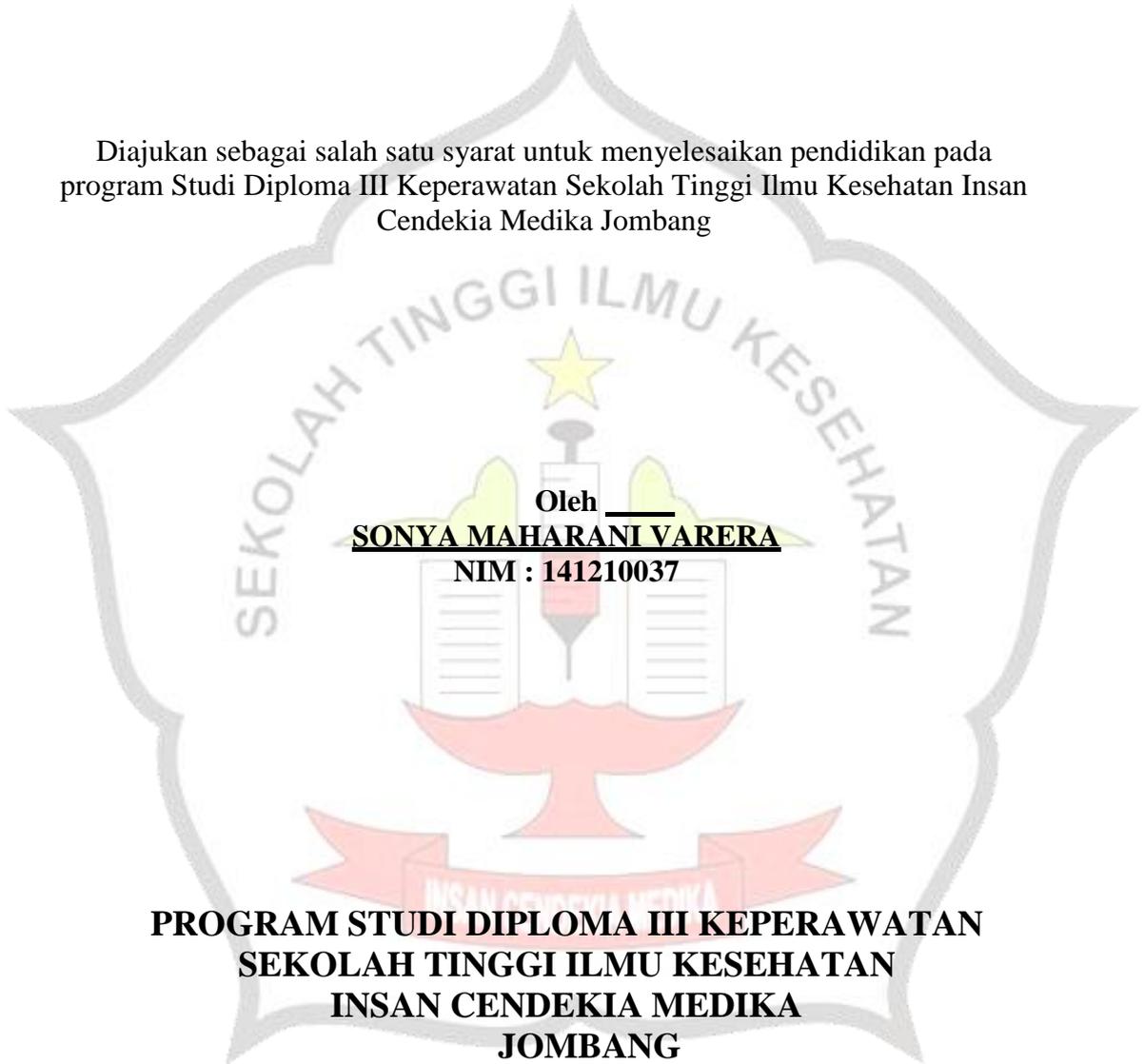
**OLEH: _____
SONYA MAHARANI VARERA
141210037**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH: STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA TIPE MANIK
DENGAN GANGGUAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan
Cendekia Medika Jombang



Oleh _____
SONYA MAHARANI VARERA
NIM : 141210037

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Sonya Maharani Varera

NIM : 141210037

Tempat Tanggal Lahir : Madiun, 05 Oktober 1995

Institusi : Prodi Diploma III Keperawatan STIKes
ICMe Jombang

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada klien
Skizofrenia Tipe Manik dengan gangguan
Perilaku Kekerasan di Ruang Flamboyan
Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 10 Januari 2017

SONYA MAHARANI VARERA

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA TIPE MANIK
DENGAN GANGGUAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR
SURABAYA

Nama Mahasiswa : Sonya Maharani Varera
NIM : 141210037
Program Studi : D3 Keperawatan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL.....

Maharani Tri P.S.Kep.,Ns.,MM.
Pembimbing Utama

Ageng Catur W. S.Kep.,Ns
Pembimbing Kedua

Mengetahui

H.Bambang Tutuko.SH.,S.Kep.,Ns MH
Ketua STIKes ICME Jombang

Maharani Tri P.S.Kep.,Ns.,MM.
Pembimbing Utama

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama : Sonya Maharani Varera
NIM : 141210037
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Dengan Klien Skizofrenia Tipe Manik dengan gangguan Perilaku Kekerasan di ruangan Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji: Ruliati, SKM.,M.Kes ()

Penguji I : Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM ()

Penguji II : Ageng Catur W, S.Kep.,Ns ()

Ditetapkan : Jombang

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Madiun, 05 oktober 1995 dari ayah yang bernama Hartono dan ibu yang bernama Winarni, penulis merupakan putri kedua dari tiga bersaudara.

Tahun 2008 penulis lulus dari SDN 03 Sugihwaras, tahun 2011 penulis lulus dari SMP N 1 Saradan, tahun 2014 penulis lulus dari SMA N 1 Saradan. Dan tahun 2014 lulus seleksi masuk STIKES Insan Cendekia Medika melalui jalur PMDK. Penulis memilih studi Diploma III keperawatan dari lima program studi yang ada di STIKes ICMe Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 10 Januari 2017

SONYA MAHARANI VARERA

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia Tipe Manik dengan gangguan Perilaku Kekerasan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya" dapat selesai tepat pada waktunya.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat H. Bambang Tutuko, S.H.,S.Kep.,Ns.,M.H selaku ketua STIKes ICMe Jombang, Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM selaku Kaprodi DIII Keperawatan dan sebagai pembimbing I dan Ageng Catur W, S.Kep.,Ns sebagai pembimbing II yang telah memberikan bimbingan hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini. Ungkapan terimakasih juga disampaikan kepada kedua orang tua dan teman-teman atas doa dan dukungannya.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum sempurna oleh karena itu penulis sangat berharap saran dan kritik dari pembaca yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Jombang, 10 Januari 2017

Penulis

DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Hal
2.1.6	Skema pohon masalah Tuberkulosis.....	11
2.2.3	Intervensi Keperawatan	23



DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	
Lampiran I	Jadwal Rencana Kegiatan Penelitian
Lampiran II	Format Asuhan Keperawatan Jiwa
Lampiran III	Surat Studi Pendahuluan
Lampiran IV	Lembar Konsultasi Pembimbing





DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN JUDUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
Latar Belakang.....	1
Batasan Masalah.....	4
Rumusan Masalah.....	4
Tujuan Penelitian.....	4
Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
Konsep Skizofrenia.....	6
Definisi.....	6
Jenis Skizofrenia.....	6
Gejala Skizofrenia.....	7
Konsep Perilaku Kekerasan.....	8
Pengertian.....	8
Etiologi.....	9
Rentang Respon.....	10
Mekanisme Koping.....	11

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan.....	13
Tanda Gejala	14
Masalah Keperawatan	14
Penatalaksanaan Medik.....	15
Konsep Asuhan Keperawatan	16
BAB III METODE PENELITIAN	
Desain penelitian	23
Batasan-batasan Istilah.....	23
Partisipasi.....	23
Lokasi dan Waktu Penelitian	23
Pengumpulan Data	24
Uji Keabsahan Data	25
Analisa Data.....	25
Etika Penelitian.....	26
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
Hasil.....	42
Pembahasan.....	56
Pengkajian.....	56
Diagnosa Keperawatan.....	60
Rencana Keperawatan.....	60
Implementasi Keperawatan.....	62
Evaluasi Keperawatan.....	64
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	94
1. Pengkajian.....	94
2. Diagnosa Keperawatan.....	94
3. Rencana Keperawatan.....	95

4. Implementasi Keperawatan	95
5. Evaluasi Keperawatan... ..	95
B. Saran	
1. Bagi pasien dan keluarga.....	96
2. Bagi Perawat.....	96
3. Bagi Institusi Akademi Stikes Icme... ..	96



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN SKIZOFRENIA TIPE MANIK DENGAN GANGGUAN PERILAKU KEKERASAN DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Oleh

SONYA MAHARANI VARERA

Gangguan jiwa merupakan suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya fungsi jiwa, yang menimbulkan hambatan dalam melaksanakan peran social. Skizofrenia tipe manic merupakan salah satu bentuk masalah gangguan mental, emosional yang di alami sebagian besar pasien salah satunya memicu pada perilaku kekerasan. Pasien dapat melakukan perilaku kekerasan pada orang lain, lingkungan ataupun terhadap dirinya sendiri. Meskipun belum ada data yang pasti, namun di prediksi Indonesia akan menjadi wilayah yang sangat rentan untuk mengalami ledakan angka gangguan jiwa.

Berdasarkan penelitian di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, pada tanggal jumlah penderita Skizofrenia Tipe Manik berjumlah pasien. Tujuan penelitian ini adalah mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Skizofrenia Tipe Manik dengan masalah perilaku kekerasan. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian di ambil di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sebanyak 2 klien dengan diagnosa Skizofrenia Tipe Manik. Pengolahan surve data di ambil dari Rumah Sakit Jiwa Menur.

Berdasarkan hasil evaluasi terakhir di simpulkan bahwa ada klien satu dank lien dua masalahnya teratasi sebagian. Saran yang diberikam kepada profesi perawat untuk menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara optimal.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Skizofrenia Tipe Manik, Perilaku kekerasan.

ABSTRACT

NURSING CARE IN SCHIZOPHRENIC TYPE MANIC CLINTS WITH VIOLENT BEHAVIOR DISORDER IN SPACE FLAMBOYANT MENTAL HOSPITAL MENUR SURABAYA

By:

SONYA MAHARANI VARERA

Bead type schizophrenia is one form mental, emotional disorder that most patients experience, one of which triggers violent behavior. Patients may engage in violent behavior in others, the environment or against themselves. Al though there is no definitive data, but predicted Indonesia will be a very vulnerable area to experience the explosion of mental disorders.

Based on research in the flamboyant space of mental hospital menur, on number of schizophrenic manic type patients. The purpose of this study is to be able to carry out nursing care on clients who experience schizophrenia type beads with violent behavior problem.

The research design used is descriptive or case study. The study was taken in mental hospital menur Surabaya as much as 2 clients with diagnosis schizophrenia type beads. Processing of presurve data taken from mental hospital menur Surabaya.

Based on the results of the last evaluation concluded that there are one client and two client problems partially solved. Advice given to the nursing profession to use or litalize the time as effectively as possible, so as to provide the client with optimal nursing care.

Keywords : Nursing care, manic type schizophrenia, violent behavior.



BAB I

PENDAHULUAN

Latar Belakang.

Salah satu bentuk masalah gangguan mental emosional yang dialami sebagian besar pasien adalah perilaku kekerasan. Pasien dapat melakukan perilaku kekerasan kepada orang lain, lingkungan maupun terhadap dirinya sendiri. Meskipun belum ada data yang pasti, namun diprediksikan Indonesia akan menjadi wilayah yang sangat rentan untuk mengalami ledakan angka gangguan jiwa untuk jenis perilaku kekerasan ditahun-tahun mendatang (Muhdi, 2011).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Fitria, 2009). Bagi masyarakat modern sumber stress atau stressor juga mengalami perubahan tidak hanya dari upaya pemenuhan kebutuhan atau ancaman fisik tetapi juga akibat dari perselisihan, persaingan, rasa malu, jenuh, rasa bersalah, perasaan di perlakukan tidak adil dan cemas (Gustiarti Leila, 2012, Stres dan Kepuasan Kerja. Kemarahan adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 2012)

Di Negara-negara berpenghasilan tinggi, antara 35% dan 50% dari orang-orang dengan gangguan mental berada pada situasi yang sama. (WHO, 2015) Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala gangguan jiwa berat, seperti schizoprenia adalah 1,7 per 1000

penduduk atau sekitar 400.000 orang.(Kemenkes, 2014). Mengalami peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa cukup banyak di perkirakan prevalensi gangguan jiwa berat dengan psikosis/skizofrenia di Indonesia pada tahun 2013 adalah 1.728 orang. Adapun proposi rumah tangga yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat sebesar 1.655 rumah tangga dari 14, 3% terbanyak tinggal di pedesaan, sedangkan yang tinggal di perkotaan sebanyak 10,7%. Selain itu prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur lebih dari 15 tahun di Indonesia secara nasional adalah 6.0% (37.728 orang dari subyek yang dianalisis). Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi tengah (11,6%), sedangkan yang terendah di lampung (1,2%) (Riset Kesehatan Dasar, 2013). Dari hasil data dan informasi kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2014 jumlah kunjungan gangguan jiwa di provinsi jawa tengah sebanyak 260.247. (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014)

Perilaku kekerasan atau amuk dapat disebabkan karena frustrasi, takut, manipulasi atau intimidasi. Perilaku kekerasan merupakan hasil konflik emosional yang belum dapat diselesaikan. Perilaku kekerasan juga menggambarkan rasa tidak aman, kebutuhan akan perhatian dan ketergantungan pada orang lain. Klien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan-tindakan berbahaya bagi dirinya, orang lain maupun lingkungannya, seperti menyerang orang lain, memecahkan perabot, membakar rumah. Sehingga klien dengan perilaku kekerasan beresiko untuk mencederai diri orang lain dan lingkungan. Jenis pelayanan kesehatan yang biasa di lakukan pada penanganan pasien skizofrenia dengan perilaku

kekerasan di atas adalah: isolasi ruangan , pemberian medika mentosa (pengobatan), pengikatan, dan pembentukan tim krisis (Keliat, dkk. 2012). Kesemuanya masih mengarah pada perlindungan aspek keselamatan pasien dan juga orang lain di sekitarnya, namun belum mengarah pada aspek penyebab kemarahan itu sendiri dan kurang memperhatikan respon fisik dan psikologis dari pasien. Seperti pelaksanaan komunikasi terapeutik yang berusaha mengekspresikan persepsi, pikiran dan perasaan serta menghubungkan hal tersebut untuk mengamati dan melaporkan kegiatan yang di lakukan. (Keliat, dkk. 2012)

Komunikasi terapeutik dapat terjadi jembatan penghubung antar perawat sebagai pemberi pelayanan dan pasien sebagai pengguna pelayanan. karena komunikasi terapeutik dapat mengakomodasi pertimbangan status kesehatan yang di alami pasien. Komunikasi terapeutik memperhatikan pasien secara holistik, meliputi aspek keselamatan, menggali penyebab dan mencari jalan terbaik atas permasalahan pasien. Juga mengajarkan cara-cara yang dapat dipakai untuk mengekspresikan kemarahan yang dapat di terima oleh semua pihak tanpa harus merusak.

Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan skizofrenia dalam menangani gangguan perilaku kekerasan dirumah sakit antara lain melakukan penerapan standar asuhan keperawatan, terapi aktivitas kelompok dan melatih keluarga untuk merawat pasien dengan perilaku kekerasan. Standar Asuhan Keperawatan mencakup penerapan strategi pelaksanaan perilaku kekerasan. Strategi pelaksanaan pada pasien perilaku kekerasan mencakup kegiatan minum obat dengan teratur, bercakap-cakap dengan pasien, serta melakukan

aktivitas terjadwal untuk mengurangi trauma pada pasien (Zikria, 2012). Penerapan SPTK (Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan) terjadwal yang diterapkan pada klien yaitu bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani pada gangguan perilaku kekerasan.

Batasan Masalah

Asuhan keperawatan Pada Klien Gangguan Perilaku Kekerasan dengan Masalah Skizofrenia Tipe Manik Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Rumusan Masalah

“Bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada klien gangguan perilaku kekerasan dengan skizofrenia Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”.

Tujuan Penelitian.

Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan Gangguan Jiwa perilaku kekerasan dengan Skizofrenia di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pada klien dengan gangguan perilaku kekerasan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
- b. Merumuskan Diagnosa keperawatan pada klien gangguan perilaku kekerasan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
- c. Menyusun Rencana Keperawatan pada klien dengan gangguan perilaku kekerasan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

- d. Melakukan Implementasikan pada klien dengan gangguan perilaku kekerasan di ruangan Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
- e. Melakukan Evaluasi tindakan keperawatan gangguan perilaku kekerasan di ruangan Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Manfaat Penelitian.

Manfaat Teoritis

Menambah khasanah keilmuan sehingga peningkatan ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan permasalahan pada klien dengan gangguan perilaku kekerasan.

Manfaat Praktis.

a. Bagi Klien dan Keluarga

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus jiwa yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan.

b. Bagi Perawat

Dasar pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan perilaku kekerasan.

c. Bagi Institusi Pendidikan STIKes ICMe.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi bagi mata kuliah keperawatan jiwa.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya.

Asuhan Keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan gangguan perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Skizofrenia.

Definisi.

Skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (Melinda Hermann, 2008).

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/ emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi.

Skizofrenia merupakan bentuk psikosa yang banyak dijumpai dimana-mana namun faktor penyebabnya belum dapat diidentifikasi secara jelas.

Jenis Skizofrenia.

- a. Skizofrenia simplex: dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
- b. Skizofrenia hebefrenik, gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan halusinasi.
- c. Skizofrenia katatonik, dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
- d. Skizofrenia paranoid, dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

- e. Episode skizofrenia akut (lir skizofrenia), adalah kondisi akut mendadak disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
- f. Skizofrenia psiko-afektif, yaitu adanya gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.
- g. Skizofrenia residual adalah skizofrenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

Gejala Skizofrenia.

1. Gejala primer.
 - a. Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.
 - b. Gangguan afek emosi.
 - c. Terjadi kedangkalan afek emosi.
 - d. Paramimi dan paratimi (*incongruity of affect/ inadekuat*).
 - e. Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan.
 - f. Emosi berlebihan.
 - g. Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik.
 - h. Gangguan kemauan. Gangguan ini meliputi :
 - a) Terjadi kelemahan kemauan.
 - b) Perilaku negativisme atas permintaan.
 - c) Otomatisme: merasa pikiran/ perbuatannya dipengaruhi oleh orang lain.
2. Gejala psikomotor.
 - a. Stupor atau hiperkinesia, longorea dan neologisme

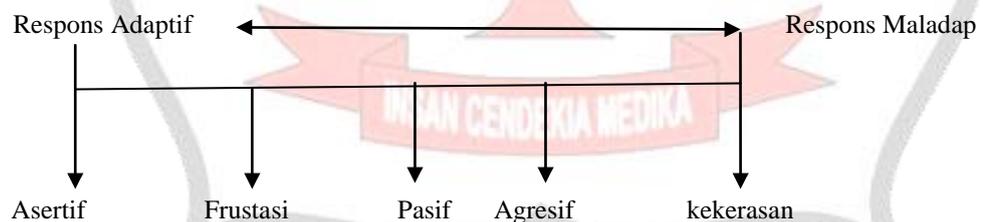
- b. Stereotipi
 - c. Katelepsi: mempertahankan posisi tubuh dalam waktu yang lama
 - d. Echolalia dan echopraxia
 - e. Autisme
3. Gejala sekunder.
- a. Waham
 - b. Halusinasi.

Konsep Perilaku Kekerasan.

Pengertian.

Marah adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan atau kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman.

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain.



Etiologi

a. Faktor predisposisi

Factor pengalaman yang dialami tiap orang yang merupakan factor predisposisi, artinya mungkin terjadi atau tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu:

a. Psikologis

Kegagalan yang dialami dapat menimbulkan frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau auk. Masa kecil yang tidak menyenangkan yaitu perasaan ditolak, dihina, dianiaya atau sanksi penganiayaan.

b. Perilaku

Reinforcement yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau di luar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan.

c. Sosial budaya

Budaya tertutup dan membalas secara diam (pasif agresif) dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah perilaku kekerasan yang diterima (*permissive*).

d. Bioneurologis

Banyak bahwa kerusakan system limbic, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter turut berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan.

e. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain.

Kondisi klien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang rebut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan) dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi sosial yang provokatif dan konflik dapat pula memicu perilaku kekerasan.

Rentang Respon

Respon kemarahan dapat berfluktuasi dalam rentang adaptif-maladaptif, rentang respon kemarahan dapat digambarkan sebagai berikut:

a. Assertif

Mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain.

b. Frustrasi

Respon yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan.

Frustrasi dapat dialami kemarahan.

c. Pasif

Respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami.

d. Agresif

Perilaku yang menyertai marah namun masih dapat di kontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.

e. Mengamuk

Rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain.

Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Kemarahan merupakan ekspresi dari rasa cemas yang timbul karena adanya ancaman.

Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain:

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyaluran secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahan pada obyek lain

seperti meremas adonan kue, meninju tembok, dan sebagainya, tujuan adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesukaran atau keinginan yang tidak baik. Misal seorang wanita muda yang menyangkal bahwa dia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.

c. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar: misal seorang anak yang sangat benci orang tuanya yang tidak disukai. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterima sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan di kutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekan dan akhirnya ia dapat melupakan.

d. Reaksi formasi

Mecegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

e. Displacement

Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan pada emosi itu. Misalnya Timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

Perilaku yang Berkaitan dengan Perilaku Kekerasan antara lain:

a. Menyerang atau menghindar (*fight of flight*)

Keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom beraksi terhadap sekresi epinephrine yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, sekresi HCI meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot, seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

b. Menyatakan secara assertif (*assertiveness*)

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahan yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan assertif.

Perilaku assertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan marah karena individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain

secara fisik maupun psikologis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk pengembangan diri klien.

c. Memberontak (*acting out*)

Perilaku yang muncul biasanya disertai akibat konflik perilaku "*acting out*" untuk menarik perhatian orang lain.

d. Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang di tujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Tanda dan Gejala

Pada pengkajian awal dapat diketahui alasan utama klien dibawa ke rumah sakit adalah perilaku kekerasan dirumah, klien dengan perilaku kekerasan sering menunjukkan adanya tanda dan gejala adalah:

- a. Data Obyektif: muka merah, pandangan tajam, otot tegang, nada suara tinggi, berdebat, sering pula tampak klien memaksakan kehendak, merampas makanan, memukul jika tidak senang.
- b. Data Subyektif: mengeluh perasaan terancam, mengungkapkan perasaan tidak berguna, mengungkapkan perasan jengkel, mengungkapkan adanya keluhan fisik, berdebar-debar, merasa tercekik, dada sesak, bingung.

Masalah keperawatan

1. Perilaku kekerasan
2. Resiko mencederai
3. Gangguan harga diri: harga diri rendah.

Pohon masalah

Resiko mencederai orang lain/lingkungan



Perilaku kekerasan (CP)



Gangguan harga diri: harga diri rendah

Diagnosa

1. Resiko mencederai orang lain berhubungan dengan kekerasan
2. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah

Penatalaksanaan medik

a. Farmakoterapi :

- 1) Obat anti psikosis, *phenotizin* (CPZ dan HLP)
- 2) Obat anti depresi, *amitriptyline*
- 3) Obat anti ansietas, *diazepam*, *bromozepam*, *clobozam*
- 4) Obat anti insomnia, *phneobarbital*

b. Terapi modalitas

c. Terapi keluarga

Berfokus pada keluarga diman keluarga membantu mengatasi masalah klien dengan memberikan perhatian:

- 1) Bina Hubungan Saling Percaya(BHSP)
- 2) Jangan memancing emosi klien
- 3) Libatkan klien dalam kegiatan yang berhubungan dengan keluarga

- 4) Memberikan kesempatan pada klien dalam mengemukakan pendapat
- 5) Anjurkan pada klien untuk mengemukakan masalah yang dialami
- 6) Mendengarkan keluhan klien
- 7) Membantu memecahkan masalah yang dialami oleh klien
- 8) Hindari penggunaan kata-kata yang menyinggung perasaan klien
- 9) Jika klien melakukan kesalahan jangan langsung memvonis
- 10) Jika terjadi perilaku kekerasan yang dilakukan adalah: bawa klien ketempat yang tenang dan aman, hindari benda tajam, lakukan fiksasi sementara, rujuk ke pelayanan kesehatan.

d. Terapi kelompok

Berfokus pada dukungan dan perkembangan, keterampilan social atau aktivitas lain dengan berdiskusi dan bermain untuk mengembalikan kesadaran klien karena masalah sebagian orang merupakan perasaan dan tingkah laku pada orang lain.

Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Aspek biologis

Respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat, takikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran pupil meningkat.

Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkat kewaspadaan, ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan

dikepal, tubuh kaku, dan reflex cepat. Hal ini disebabkan oleh energy yang dikeluarkan saat marah bertambah.

2) Aspek emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan skait hati, menyalahkan dan menuntut.

3) Aspek intelektual

Pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi diproses, diklarifikasi, dan diintegrasikan.

4) Aspek sosial

Meliputi interaksi social, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien seringkali menyalurkan kemarahn dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras.

Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

5) Aspek spiritual

Kepercayaan, nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

a. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

- 1) Perilaku Kekerasan
- 2) GSP: Halusinasi
- 3) Resiko bunuh diri

b. Tindakan keperawatan

1) Tujuan

- a) Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- b) Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- c) Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan
- d) Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan
- e) Klien dapat menyebutkan cara mencegah (mengontrol) perilaku kekerasan
- f) Klien dapat mencegah (mengontrol) perilaku kekerasan secara psikofarmaka, fisik, spiritual, sosial.

2) Tindakan

a) Bina hubungan saling percaya

Membina hubungan saling percaya perlu di pertimbangkan agar klien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan saudara. Tindakan yang harus saudara lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:

- 1) Mengucapkan salam terapeutik
 - 2) Berjabat tangan
 - 3) Menjelaskan tujuan interaksi
 - 4) Membuat kontrak topic, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien
- b) Diskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
- c) Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- (1) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
 - (2) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
 - (3) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social
 - (4) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual

- (5) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- d) Diskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal
- e) Diskusikan bersama klien akibat perilakunya
- f) Diskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
- (1) Fisik: Pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - (2) Obat
 - (3) Sosial (verbal) menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - (4) Spiritual: sholat atau berdoa sesuai keyakinan klien
- g) Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
- (1) Latih klien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar: Benar nama klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
 - (2) Susun jadwal minum obat secara teratur
- h) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
- (1) Latihan nafas dalam dan pukul kasur-bantal
 - (2) Susun jadwal latihan dalam dan pukul kasur-bantal

- i) Latih klien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial atau verbal
 - (1) Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
 - (2) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.
- j) Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual
 - (1) Latih mengontrol marah secara spiritual: sholat, berdoa
 - (2) Buat jadwal latihan sholat, berdoa
- k) Ikut sertakan klien dalam terapi aktivitas kelompok stimulasi persepsi mengontrol perilaku kekerasan.

b. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan keperawatan oleh klien. Hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah tindakan keperawatan yang akan dilakukan implementasi pada klien dengan perilaku kekerasan dilakukan secara interaksi dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

c. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses dan evaluasi formatif, dilakukan setiap

selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah ditentukan.



BAB III

METODE PENELITIAN

Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien Skizofrenia Tipe Manik dengan Gangguan Perilaku kekerasan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Batasan-batasan istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon untuk individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik actual maupun potensial.

Skizofrenia Tipe manik merupakan suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi: asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherensi.

Masalah: diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksana.

Partisipan

Partisipan dalam keperawatan adalah pasien dan keluarga. Subyek yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus). Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah dewasa dengan masalah keperawatan dan diagnosa medis yang sama, yaitu klien Skizofrenia Tipe Manik dengan masalah gangguan Perilaku Kekerasan.

Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi

Studi kasus ini dilaksanakan di ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Waktu

Waktu yang ditetapkan adalah pada bulan Januari 2017.

Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu pendekatan pada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Dalam studi kasus ini menggunakan metode pengumpulan data dalam penelitian diskriptif yaitu:

1. Wawancara

Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll. Dalam mencari informasi, penelitian melakukan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamnesa (wawancara yang dilakukan dengan subyek (klien) dan aloanamnesa (wawancara dengan keluarga klien).

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2013). Beberapa informasi yang diperoleh dari hasil observasi adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan, objek, perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu dan perasaan. Alasan penelitian melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistik perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan balik terhadap pengukuran tersebut.

Observasi ini menggunakan observasi partisipasi (participant observation) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan. Pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada klien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan.

Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping integritas penelitian (karena penelitian menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas tinggi. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang suatu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 4 hari.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, keluarga dan perawat.

Analisa data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah analisis data pada studi kasus, yaitu:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi) hasil studi di tempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara seluruh data yang diperoleh dari lapangan ditelaah, di catat kembali dalam bentuk uraian atau laporan yang lebih rinci dan sistematis dan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi klien)

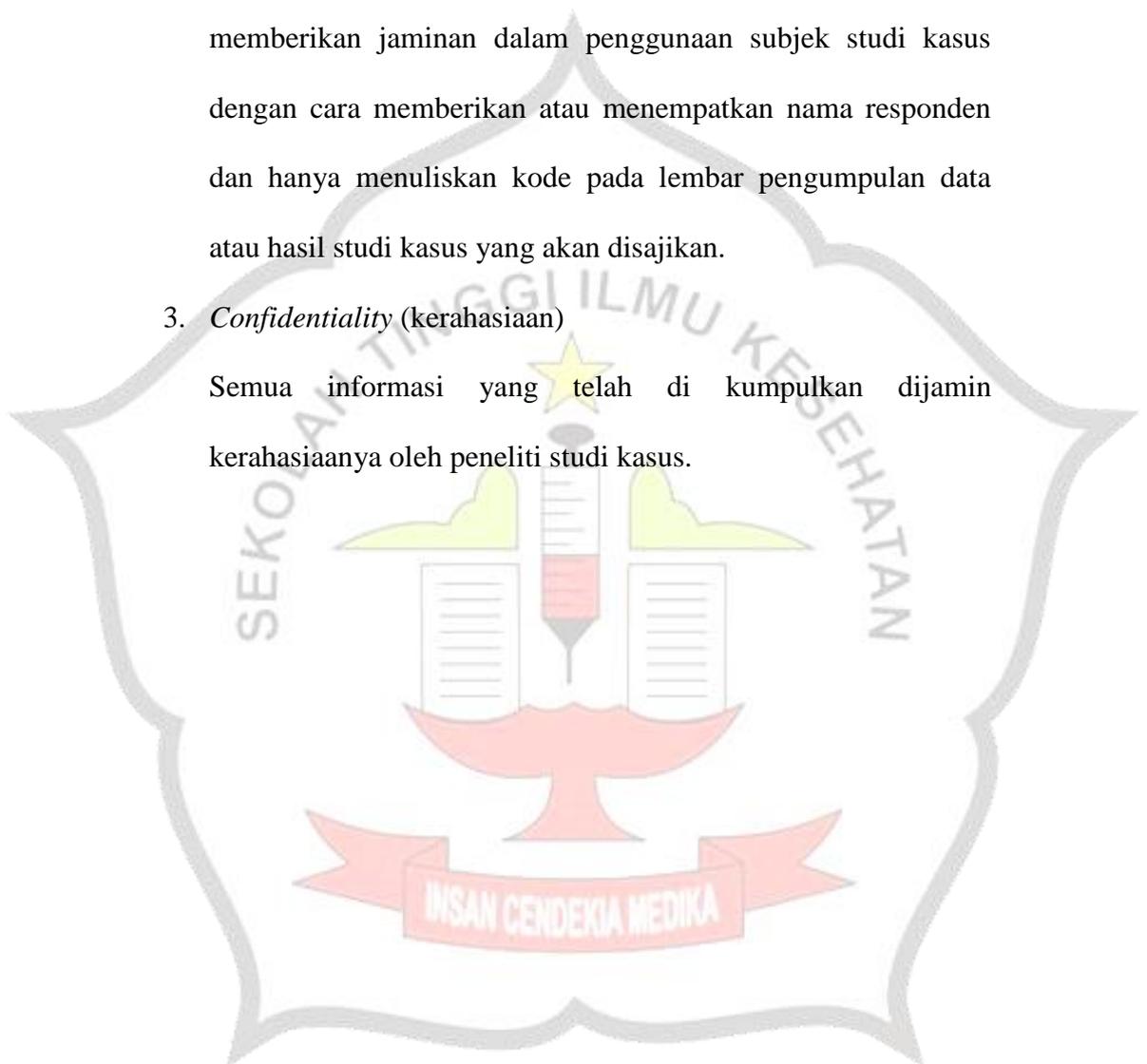
Memberikan bentuk persetujuan dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subejk mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah di kumpulkan dijamin kerahasiaanya oleh peneliti studi kasus.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Gambaran Lokasi Pengambilan Data.

Pada studi kasus ini penelitian dilakukan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang beralamat di Jl.Menur No.120 Surabaya, Jawa Timur.. RSJ Menur Surabaya adalah rumah sakit negeri kelas A. di RSJ Menur Surabaya sudah memiliki banyak dokter spesialis mulai dari spesialis Umum, spesialis Gigi dan spesialis bedah. Ruang Flamboyan merupakan Ruangan kelas III khusus perempuan yang memiliki 2 ruangan yang pertama dengan 20 bed, yang kedua dengan 30 bed, kasus yang sering di temukan di ruang flamboyan adalah gangguan persepsi sensori mulai dari halusinasi pendengaran, halusinasi penglihatan, halusinasi pengecapan. Perilaku kekerasan, dan Isolasi Sosial menarik diri.

Pengkajian.

Pada studi kasus ini peneliti melakukan penelitian dengan menggunakan 2 klien dan 1 kasus yang sama, isi dari pengkajian ini yaitu meliputi dari identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu , riwayat penyakit keluarga, pemeriksaan penunjang, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Klien A.

Ruangan Rawat : Flamboyan Tanggal Di rawat : 25 Desember
2016

A. IDENTITAS KLIEN

Tanggal pengkajian : 23 Januari 2017

Inisial : Ny "E"

Umur : 31 Tahun

Informan : Klien dan Rm

B. ALASAN MASUK

Klien mengaku memecahkan kaca tetangga, pernah memukul ibuk menonjok perutnya menendang tantenya di lantai. Klien jika di rumah sering merokok.

C. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? : Pernah di rawat di RSJ Lawang
2. Pengobatan sebelumnya : -RSJ lawang
3. klien mengaku pernah di perkosa dan menganiyaya keluarga.

Jelaskan No. 1, 2, 3 : klien mengatakan pernah di rawat RSJ Lawang sebelum di rawat di RSJ Menur.

Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa :

Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan / perawatan
Tidak ada anggota keluarga Yang mengalami gangguan jiwa.	tidak ada gejala gangguan jiwa	tidak ada riwayat pengobatan / perawatan jiwa pada keluarga

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

Klien merasa kehilangan suami nya.

Masalah Keperawatan: Respon Pasca Trauma

D. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Fisik	Hasil
Tanda – tanda vital	TD : 120/80 mmHg N : 94 x/menit S : 36,4°C RR : 20 x/menit
Ideal Tubuh	TB : 158 CM BB : 59 KG
Keluhan Fisik	Tidak ada.

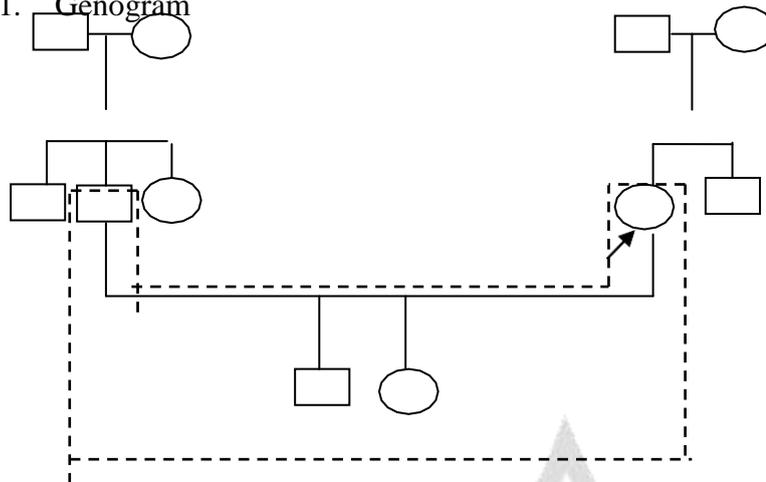
Jelaskan : Saat pengkajian tidak ditemukan keluhan.

Masalah keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

E. PSIKOSOSIA

L

1. Genogram



-  : laki-laki meninggal
 : laki-laki
 : klien
 : perempuan meninggal
 : perempuan
 : tinggal satu rumah
 : garis keturunan

Jelaskan : klien merupakan anak dari 2 bersaudara , klien anak pertama dan mempunyai adik laki-laki. Klien mempunyai anak 2 pertama perempuan dan ke dua laki-laki .

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri

- a. Gambaran diri : klien mengatakan suka dengan semua anggota Tubuhnya, penampilan klien bersih, rapi dan tidak bau Dan Klien mampu merawat dirinya sendiri.
- b. Identitas : klien mengatakan sudah menikah dan menikah 2 kali , dan mempunyai 2 anak perempuan dan laki-laki .

- c. Peran : klien berperan sebagai ibu rumah tangga.
- d. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul seperti biasanya dengan keluarga.
- e. Harga diri : klien merasa penuh dosa karena pernah berbuat kasar kepada ibuk dan saudara-saudaranya . dan klien ingin meminta maaf.

Masalah Keperawatan : harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : klien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : klien kooperatif selalu mengikuti kegiatan yang diadakan mahasiswa seperti TAK dan selalu ikut rehabilitasi.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : klien tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : klien yakin kalau allah SWT itu ada.
- b. Kegiatan ibadah : klien selalu menjalankan ibadahnya.

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

F. STATUS MENTAL

- 1. Penampilan : penampilan klien bersih, sesuai keadaan dan rapi.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

2. Pembicaraan : lancar dan selalu menjawab jika ditanya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3. Aktivitas Motorik : klien terlihat biasa saja dan tidak memikirkan apapun.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Alam perasaan : klien mengatakan tidak ada yang di pikirkan maupun di khawatirkan.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

5. Afek : labil di saat yang menurutnya tidak menyenangkan atau mengancam klien mengganggu teman nya bahkan mendorong sampai terjatuh.

Masalah Keperawatan : perilaku kekerasan

6. Interaksi selama wawancara : kooperatif dan mau menjawab pertanyaan-pertanyaan.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

7. Persepsi : perilaku kekerasan , isi: klien mengaku pernah melakukan hal seperti memecahkan kaca tetangga dan menonjok perut ibunya, frekuensi: kadang - kadang , waktu: di siang hari

Masalah Keperawatan : perilaku kekerasan

8. Proses Pikir : klien menjawab saat ditanya dengan perawat.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

9. Isi Pikir : klien tidak mengalami waham.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

10. Tingkat kesadaran : kesadaran dapat mengetahui waktu dan tempat dimana klien sekarang.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

11. Memori : tidak ada gangguan daya ingat.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung : konsentrasi baik dan mampu berhitung.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

13. Kemampuan penilaian :Gangguan ringan, klien berkeinginan rasa ingin memukul dan memecahkan kaca tetangga segera berhenti dan bersikap normal sewajarnya.

Masalah Keperawatan : perilaku kekerasan

14. Daya tilik diri : klien mengatakan bahwa dirinya tidak mengerti dengan penyakitnya.

Masalah Keperawatan : kurangnya informasi.

G. Kebutuhan Persiapan Pulang.

1. Makan : tanpa bantuan / mandiri.

2. BAB/BAK : tanpa bantuan / mandiri

Jelaskan : klien mampu melakukan kebutuhan persiapan pulang dengan mandiri

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Mandi : klien mandi dengan mandiri

4. Berpakaian/berhias : klien berpakaian /berhias sendiri tanpa bantuan orang lain
5. Istirahat dan tidur :
 - a. Tidur siang lama : 13:00 s/d 14:00.
 - b. Tidur malam lama : 21:00 s/d 04:00.
 - c. Kegiatan sebelum / sesudah tidur : klien sebelum tidur biasanya menonton tv dan ngobrol dengan teman, kegiatan setelah bangun tidur saat pagi hari yaitu senam.
6. Penggunaan obat : bantuan minimal.
7. Pemeliharaan Kesehatan :
 - a. Perawatan lanjutan :Ya.
 - b. Perawatan pendukung :Ya.
8. Kegiatan di dalam rumah :
 - a. Mempersiapkan makanan :Ya.
 - b. Menjaga kerapihan rumah :Ya.
 - c. Mencuci pakaian : Ya.
 - d. Pengaturan keuangan : Ya.
9. Kegiatan di luar rumah :
 - a. Belanja :Ya.
 - b. Transportasi :Tidak.
 - c. Lain-lain : Ya.

Jelaskan : klien mengatakan jika dirumah melakukan aktifitas sehari – hari dan kegiatan seperti ikut pengajian.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawaan

H. Mekanisme Koping

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Teknik relaksasi

Aktivitas konstruktif

Olahraga

Lainnya

Maladaptif

Minum alkohol

reaksi lambat/berlebih

bekerja berlebihan

menghindar

mencederai diri

lainnya :

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan.

I. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : tidak ada masalah dengan dukungan kelompok.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien mampu berhubungan dengan lingkungan ruang Flamboyan RSJ Menur surabaya..
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik: klien mengatakan lulus SMA.
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien bekerja sebagai ibu rumah tangga biasa.
5. Masalah dengan perumahan, spesifik: klien tinggal bersama orang tua dan adek laki-lakinya.
6. Masalah ekonomi, spesifik: klien tidak bekerja karena sakit gangguan jiwa.

7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik: klien tidak mengalami masalah pada pelayanan kesehatan.
8. Masalah lainnya, spesifik: klien tidak mempunyai masalah lainnya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

J. Pengetahuan Kurang Tentang:

- | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input checked="" type="checkbox"/> system pendukung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input checked="" type="checkbox"/> penyakit fisik |
| <input checked="" type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan

K. Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.25.0 (Skizofrenia tipe manik)

Terapi Medik : CPZ (0-0-1).

Halloperidol 5gram (1-0-1)

Diazepam 1 amp im

Lodonier 1 amp im

L. Daftar Masalah Keperawatan

1. Harga diri rendah.
2. Gangguan alam pikir.
3. Perilaku kekerasan
4. Kurang pengetahuan.
5. Respon pasca trauma.

M. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan persepsi sensori : Perilaku kekerasan

ANALISA DATA

NAMA: Ny"E"

NIRM: 052XXX

RUANGAN:

FLAMBOYAN

TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	T.T
23/01/17	<p>Ds: klien mengatakan mendengarkan bisikan menyuruhnya untuk memukul orang lain.</p> <p>I :bisikan-bisikan yang mengancam klien</p> <p>F :kadang-kadang</p> <p>T : di saat pagi dan kadang tiba-tiba</p> <p>R :klien merasa gelisah</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien terdiam sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Klien terlihat sedikit gelisah - Mengarahkan telinga ke sumber suara 	<p>Resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Perilaku kekerasan</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Gangguan harga diri : harga diri rendah</p>	Perilaku kekerasan	

		harian		harian		klien memasukkan jadwal kegiatan harian		
--	--	--------	--	--------	--	-----------------------------------------	--	--

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. N

No.RM : 049XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
Klien I				
Gangguan perilaku kekerasan	<p>S: klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk berbuat anarkis.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Klien susah tidur. <p>TTV TD:110/80 mmhg N: 90 x/menit S: 36,4°C P: 20 x/menit</p> <p>A: SP 1 poin 6-8 belum teratasi lanjut SP 2 P: mengulangi SP 1 poin 6-8 lan</p>	<p>S: klien mengatakan rasanya ingin memukul seseorang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kadang diam menyendiri. - Klien tampak gelisah. - Klien terlihat sedih - Klien susah tidur <p>A: SP 1 teratasi ulangI SP 2 poin 2-3 P: ulangi SP 2 poin 2-3 lanjut SP 3</p>	<p>S:Klien mengatakan rasanya ingin membanting benda</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien sudah jarang gelisah. - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3 P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S: klien mengatakan sudah tidak ada keinginan memukul orang di sekitarnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien mengikuti senam setiap hari - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3 P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. E

No.RM : 052XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa keperawatan	23 Januari 2014	24 Januari 2017	25 Januari 2017	26 Januari 2017
Klien II				
Gangguan Perilaku kekerasan	Implementasi	Implementasi	Implementasi	Implementasi
	<p>09:00 SP 1 : 9. BHSP 10. Mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan klien 11. Mengidentifikasi isi perilaku kekerasan klien 12. Mengidentifikasi frekuensi perilaku kekerasan klien 13. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan perilaku kekerasan 14. Mengidentifikasi respons klien terhadap perilaku kekerasan 15. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan menghardik 16. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian</p>	<p>09:00 SP 1: 4. Mengidentifikasi respons klien terhadap perilaku kekerasan 09:30 5. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik utama pernafasan dalam 10:00 6. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian 10:15 SP 2: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 10:30 5. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berbincang dengan orang lain 6. Membimbing klien memasukan jadwal kegiatan harian</p>	<p>09:00 09:15 09:30 10:00 10:20 10:45 11:00 11:30 12:00</p>	<p>3. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berbincang dengan orang lain 4. Membimbing klien memasukan jadwal kegiatan harian SP 3: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 5. Melatih</p>

						<p>klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien)</p> <p>6. Membimbing klien mematuhi jadwal kegiatan harian</p>	<p>umnya</p> <p>5. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratuman obat (prinsip 5 benar minum obat)</p> <p>6. Membimbing klien mematuhi jadwal kegiatan</p>
--	--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. E

No.RM : 052XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
Klien II				
Gangguan persepsi perilaku kekerasan	<p>S: klien mengatakan ingin mencekik orang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Klien kadang diam – diam sendiri. - Klien tampak melamun - Klien susah tidur <p>TTV :</p> <p>TD:120/80 mmhg</p> <p>N: 92 x/menit</p> <p>S: 36,2°C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>A: SP 1 poin 6-8 belum teratasi lanjut SP 2</p> <p>P: mengulangi SP 1 poin 6-8 lanjut SP 2</p>	<p>S:Klien mengatakan sudah sedikit berkurang rasa ingin mencekik orang.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3</p> <p>P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S:Klien mengatakan rasa ingin mencekik sudah semakin berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3</p> <p>P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S: klien mengatakan sudah tidak ingin mencekik teman di sekitarnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien sudah tidak gelisah lagi. - Klien mengikuti senam setiap hari - Klien mau berbaur dengan temannya <p>A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3</p> <p>P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>

Klien II

Ruangan Rawat : Flamboyan

Tanggal Di rawat : 10 November

2016

A. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny[”]N[”] (P)

Tanggal Pengkajian : 23 Januari 2017

Umur : 38 Tahun

RM No.

:049XXX

Informan: Klien

B. ALASAN MASUK

Klien melihat sesuatu yang membuat nya marah-maraha dan ngomel-ngomel dan akhirnya pasien pun meluapkan amarahnya dengan memecahkan kaca rumah.

C. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? : tidak.
2. Pengobatan sebelumnya. : -
3. klien tidak mengalami aniaya fisik, aniaya seksual, penolakan dan kekerasan keluarga.

Jelaskan No. 1, 2, 3 : klien mengatakan belum pernah di rawat di rawat di RS dan tidak pernah mengalami sakit seperti ini.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa : Tidak

Hubungan keluarga	Gejala	Riwayat pengobatan / perawatan
Tidak ada anggota keluarga Yang mengalami gangguan jiwa.	tidak ada gejala gangguan jiwa	tidak ada riwayat pengobatan / perawatan jiwa pada keluarga

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.

Klien merasa kehilangan suaminya karna suaminya menikah lagi.

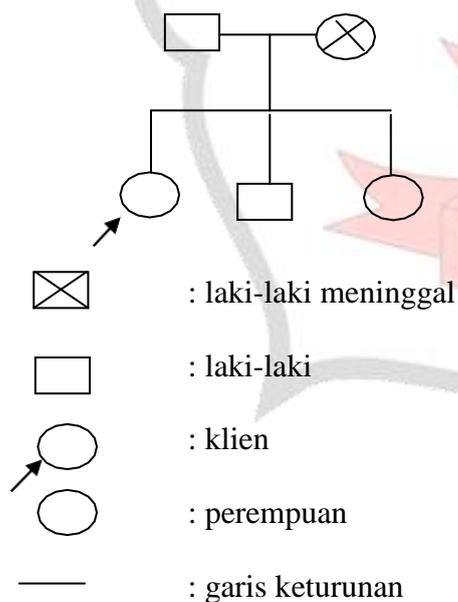
Masalah Keperawatan: Respon Pasca Trauma

D. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan Fisik	Hasil
	TD : 110/80 mmHg
	N : 90 x/menit
	S : 36,4°C
Tanda – tanda vital	RR : 20 x/menit
Ideal Tubuh	TB : 155 CM BB : 48 KG
Keluhan Fisik	Tidak ada.
Jelaskan	: saat pengkajian tidak ditemukan keluhan
Masalah keperawatan	: Tidak Ada Masalah Keperawatan

E. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Jelaskan : klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, dan klien juga belum menikah.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Konsep diri

- a. Gambaran diri : klien mengatakan suka dengan semua anggota tubuhnya.
- b. Identitas : klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara.
- c. Peran : klien berperan sebagai anak dan masih tinggal dengan ayah, dan adik-adiknya.
- d. Ideal diri : klien ingin cepat sembuh agar dapat berkumpul seperti biasanya dengan keluarga.
- e. Harga diri : klien merasa malu karna di tinggal suaminya menikah lagi.

Masalah Keperawatan : harga diri rendah

3. Hubungan Sosial

- a. Orang yang berarti : klien mengatakan orang yang berarti adalah ibunya yang sekarang sudah meninggal.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : klien kooperatif selalu mengikuti kegiatan yang diadakan mahasiswa seperti TAK dan selalu ikut rehabilitasi.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : klien tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

4. Spiritual

- a. Nilai dan keyakinan : klien yakin kalau allah SWT itu ada dan Allah SWT yang maha menyembuhkan segala penyakit.
- b. Kegiatan ibadah : klien rajin beribadah selama sakit dan sembuh.

Masalah Keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

F. STATUS MENTAL

1. Penampilan : penampilan klien bersih, sesuai keadaan dan rapi.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

2. Pembicaraan : lancar dan selalu menjawab jika ditanya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3. Aktivitas Motorik : klien tampak bingung dan gelisah karena klien ingin cepat sembuh.

Masalah Keperawatan : resiko tinggi cedera.

4. Alam perasaan : khawatir karena suara-suara tidak jelas dan tidak ada wujudnya itu selalu mengganggu klien.

Masalah Keperawatan : gangguan alam pikir.

5. Afek : ekspresi wajah klien tampak datar ketika diberi stimulus.

Masalah Keperawatan : gangguan komunikasi.

6. Interaksi selama wawancara : kooperatif dan mau menjawab pertanyaan-pertanyaan.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

7. Persepsi halusinasi : klien mengatakan sering mendengarkan suara – suara, suara tersebut terdengar tidak terlalu lama, setelah itu suaranya pun juga menghilang, ekspresi klien ketika mendengar suara-suara tersebut marah dan memecahkan barang-barang di sekitar.

Masalah Keperawatan : Perilaku kekerasan

8. Proses Pikir : klien menjawab saat ditanya dengan perawat.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

9. Isi Pikir : klien tidak mengalami waham.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

10. Tingkat kesadaran : klien dapat mengetahui waktu dan tempat dimana klien sekarang.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

11. Memori : klien mengatakan masih dapat mengingat masa – masa lalu bersama keluarga.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung : konsentrasi klien masih baik dan klien mampu berhitung.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

13. Kemampuan penilaian : Gangguan ringan, klien ingin suara bisikan itu agar segera hilang dan tidak melakukan tindakan kasar kepada orang di sekitarnya.

Masalah Keperawatan : halusinasi pendengaran dan perilaku kekerasan.

14. Daya tilik diri : klien mengatakan bahwa dirinya sedang tidak sakit jiwa.

Masalah Keperawatan : resiko tinggi penatalaksanaan regimen terapi inefektif.

G. Kebutuhan Persiapan Pulang.

1. Makan : tanpa bantuan / mandiri.

2. BAB/BAK : tanpa bantuan / mandiri

Jelaskan : klien mampu melakukan kebutuhan persiapan pulang dengan mandiri

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

3. Mandi : klien mandi dengan mandiri

4. Berpakaian/berhias : klien berpakaian /berhias sendiri tanpa bantuan orang lain

5. Istirahat dan tidur :

a. Tidur siang lama : 13:30 s/d 14:30.

b. Tidur malam lama : 22:00 s/d 04:00.

c. Kegiatan sebelum / sesudah tidur : klien sebelum tidur biasanya berdoa, kegiatan setelah bangun tidur saat pagi hari yaitu berolahraga pagi atau senam.

6. Penggunaan obat : bantuan minimal.

7. Pemeliharaan Kesehatan :

a. Perawatan lanjutan :Ya.

b. Perawatan pendukung :Ya.

8. Kegiatan di dalam rumah :

- a. Mempersiapkan makanan :Ya.
- b. Menjaga kerapihan rumah :Ya.
- c. Mencuci pakaian : Ya.
- d. Pengaturan keuangan : tidak.

9. Kegiatan di luar rumah :

- a. Belanja :Ya.
- b. Transportasi :Ya
- c. Lain-lain : Ya

Jelaskan : klien mengatakan jika dirumah melakukan kegiatan seperti berkumpul dengan keluarga dan teman – teman.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawaan

H. Mekanisme Koping

Adaptif

Bicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Teknik relaksasi

Aktivitas konstruktif

Olahraga

Lainnya

Maladaptif

Minum alkohol

reaksi lambat/berlebih

bekerja berlebihan

menghindar

mencederai diri

lainnya :

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

I. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : tidak ada masalah dengan dukungan kelompok.
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : klien mampu berhubungan baik dengan lingkungan ruangan flamboyan RSJ Menur Surabaya.
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik: klien keluar sekolah saat smp.
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : klien sebelumnya di rumah saja.
5. Masalah dengan perumahan, spesifik: klien tinggal bersama ayah dan adik-adiknya.
6. Masalah ekonomi, spesifik: klien tidak bekerja karena sakit gangguan jiwa.
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik: klien tidak mengalami masalah pada pelayanan kesehatan.
8. Masalah lainnya, spesifik: klien tidak mempunyai masalah lainnya.

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

J. Pengetahuan Kurang Tentang:

- | | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input checked="" type="checkbox"/> system pendukung |
| <input checked="" type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input checked="" type="checkbox"/> penyakit fisik |
| <input checked="" type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |

Masalah Keperawatan : kurang pengetahuan

K. Aspek Medik

Diagnosa Medik : F.25.0 skizofrenia tipe manik

Terapi Medik : CPZ (0-0-1).
Clozapin 2 x 25 mg.
THD 2 X 5 mg

L. Daftar Masalah Keperawatan

1. Regimen terapi in efektif.
2. Respon pasca trauma.
3. Resiko tinggi cidera.
4. Harga diri rendah.
5. Gangguan alam pikir
6. Gangguan komunikasi.
7. Halusinasi pendengaran.
8. Kurang pengetahuan.

M. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan perilaku kekerasan



ANALISA DATA

NAMA: Ny”N ”

NIRM: 0490XX

RUANGAN: FLAMBOYAN

TGL	DATA	ETIOLOGI	MASALAH	T.T
23/01/17	<p>Ds: klien mengatakan mendengar suara dan bisikan</p> <p>I: bisikan-bisikan yang mengancam klien sehingga klien meluapkannya terhadap sesuatu yang ada di sekitarnya.</p> <p>F: kadang-kadang</p> <p>T: di saat pagi dan kadang tiba-tiba</p> <p>R: klien merasa gelisah dan takut</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Mengarahkan telinga ke sumber suara 	<p>-Resiko tinggi mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Perubahan persepsi sensori : halusinasi pendengaran.</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p>Isolasi sosial : menarik diri.</p>	Perilaku kekerasan	



Pembahasan.

Pengkajian

Pada laporan kasus ini penulis melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan persepsi sensori: halusinasi pendengaran pada skizofrenia, pada gangguan perilaku kekerasan : halusinasi pendengaran didapatkan Klien mengatakan ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah dan tidak bisa tidur, disaat tidur klien mengatakan mendengar suara-suara dan bisikan yang mengancam klien sehingga klien marah dan ingin meluapkan rasa amarahnya itu terhadap benda maupun seseorang di sekitarnya.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini, perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu perilaku kekerasan saat sedang berlangsung atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan).

Menurut penulis gangguan perilaku kekerasan terjadi karena pada klien Ny.E yang terjadi mengapa klien sampai mengalami gangguan jiwa yang lama dan sudah pernah berobat di RS Lawang karena klien sempat tidak mau meminum obat dan telat untuk kontrol.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data klien ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, klien terlihat ketakutan, klien mendengarkan suara/ bisikan, bahkan klien sering marah-marah karena suara nya itu

mengganggunya, tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 94 x/ menit, pernapasan 20 x/ menit, suhu 36,4⁰C, tinggi badan 165 cm, berat badan 70 kg, saat pengkajian klien tidak mempunyai keluhan fisik.

Klien merupakan anak pertama dari 2 bersaudara, klien tinggal bersama ibu, bapak dan adiknya. Klien mengatakan perannya sebagai anak dan masih tinggal dengan ibu, bapak, dan adiknya, klien merasa malu karena sering diasingkan karena mempunyai penyakit seperti sekarang ini, bagi klien orang yang sangat berarti adalah ibunya. Dari hasil observasi, cara berpakaian klien sesuai tapi penampilan klien tidak rapi, kadang bajunya terbalik, rambut rapi. Saat berinteraksi klien bicara dengan lancar, suara keras tidak gagap dan klien mampu memulai pembicaraan serta kooperatif. Kadang-kadang klien saat diajak mengobrol dengan perawat halusinasinya keluar dan berbicara sendiri bahkan dengan nada yang tinggi dan marah-marah, klien mengalami persepsi pendengaran yang berupa isi: klien mendengarkan bisikan yang mengancam, klien kadang-kadang bicara sendiri, dan marah-marah frekuensi: kadang-kadang, waktu: disaat pagi dan secara tiba-tiba, proses pikir klien baik yaitu saat interaksi tidak berbelit-belit dan langsung ke topik dan tujuan yang dibicarakan dengan perawat. Klien mengatakan kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa, faktor prespitasi, koping, sistem pendukung, penyakit fisik, dan obat-obatan sehingga klien tidak mengetahui cara yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.

Psikologis merupakan lingkungan klien yang sangat mempengaruhi respon dan kondisi psikologis klien. Salah satu sikap atau

keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realita adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien. Pada klien gangguan persepsi sensori pada pemeriksaan fisik terdapat pengkajian psikososial yang meliputi: genogram untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat genetik yang menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa, konsep diri yaitu pada citra tubuh, bagaimana persepsi klien terhadap tubuhnya yang paling/ tidak disukai, identitas diri bagaimana persepsi tentang status dan posisi klien, kepuasan klien terhadap suatu posisi tersebut, kepuasan klien sebagai laki-laki atau perempuan, peran bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran yang diharapkan dalam keluarga, kelompok, masyarakat, dan bagaimana kemampuan klien dalam melaksanakan tugas/ peran tersebut. Ideal diri bagaimana harapan klien terhadap tubuhnya, posisi, status, tugas/ peran dan harapan klien terhadap lingkungan. Harga diri bagaimana persepsi klien terhadap dirinya dalam hubungan dengan orang lain sesuai dengan kondisi dan bagaimana penilaian/ penghargaan orang lain terhadap diri dan lingkungan klien.

Observasi penampilan umum klien yaitu penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah, kontak mata, bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, inkohoren, apatis, lambat, membisu seperti aktivitas motorik berkenaan dengan gerakan titik perlu dicatat dalam hal tingkat aktivitas (latergik, tegang, gelisah, agitasi), jenis (TIK, tremor) dan isyarat tubuh yang tidak wajar. Merupakan nada perasaan yang

menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan langsung relatif lama dengan sedikit komponen fisiologis/ fisik serta bangga, kecewa. Emosi merupakan manifestasi afek yang ditampilkan/ diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung relatif lebih singkat/ spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuarir atau gembira berlebihan.

Menurut penulis klien dengan gangguan perilaku kekerasan salah satunya akan mengalami gelisah, ngomel-ngomel sendiri, mendengar suara/bisikan yang memberikan persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata sehingga klien merasa terancam dan akhirnya mengamuk. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 94 x/ menit, pernapasan 20 x/ menit, suhu 36,4⁰C, tinggi badan 1650 cm, berat badan 70 kg. pada pengkajian psikososial yaitu genogram pada teori menyebutkan bahwa kemungkinan besar gangguan jiwa disebabkan oleh faktor genetik/ keturunan yang dapat menyebabkan/ menurunkan gangguan jiwa, tetapi pada fakta yang penulis temukan bahwa pada keluarga Ny.E tidak memiliki faktor genetik yang dapat menurunkan gangguan jiwa.

Diagnosa keperawatan

Dari data yang di temukan muncul masalah keperawatan seperti; regiment terapiutik in efektif, harga diri rendah, defisit perawata diri: personal hygiene, gangguan alam pikir, dan kurang pengetahuan yang menyebabkan gangguan perilaku kekerasan sebagai core problem.

Menurut penulis pada Ny.E yang mengalami gangguan perilaku kekerasan penulis menemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul saat pengkajian yaitu regimen terapeutik tidak efektif, harga diri rendah, defisit perawatan diri: personal *hygiene*, gangguan alam pikir, gangguan perilaku kekerasan, dan kurang pengetahuan, yang terjadi pada Ny.E mengalami gangguan perilaku kekerasan disebabkan oleh regimen terapeutik tidak efektif karena saat obat habis klien tidak kontrol kerumah sakit sehingga perilaku kekerasan yang dialami klien timbul lagi.

Rencana Keperawatan

Perencanaan yang diberikan pada klien gangguan perilaku kekerasan adalah BHSP: membina hubungan saling percaya dengan klien dan memberi salam terapeutik dengan memanggil nama klien, menyebutkan nama perawat, jelaskan tujuan interaksi, ciptakan lingkungan yang tenang, buat kontrak yang jelas (topik yang dibicarakan, waktu dan tempat), yakinkan bahwa kerahasiaan klien senantiasa terjaga, tanyakan harapan terhadap pertemuan, dorong dan beri kesempatan untuk klien mengungkapkan perasaannya, dengarkan ungkapan klien dengan empati, lakukan pengkajian data (sesuai format aspek pengkajian). Klien mampu mengenali perilaku kekerasan yang dialaminya, dan mengikuti program pengobatan secara optimal meliputi mengidentifikasi jenis, isi dan frekuensi perilaku kekerasan klien, identifikasi situasi yang menimbulkan perilaku kekerasan, identifikasi respon klien terhadap perilaku kekerasan, bimbing klien memasukkan dalam jadwal harian. Klien mampu mengontrol perilaku kekerasan meliputi evaluasi masalah dan latihan

sebelumnya, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan menghardik, latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara berbincang dengan orang lain, latih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien), menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratur minum obat(prinsip 6 benar minum obat), masukkan dalam jadwal kegiatan klien.

Menurut WHO(2013), menetapkan hubungan terapiutik, kontak sering dan singkat secara bertahap, peduli, empati, jujur, menepati janji, dan memenuhi kebutuhan dasar klien. Pada umumnya melindungi dari perilaku yang membahayakan, tidak membenarkan ataupun menyalahkan perilaku kekerasan klien, melibatkan klien dan keluarga dalam perencanaan asuhan keperawatan dan mempertahankan perilaku keselarasan verbal dan nonverbal.

Menurut penulis semua direncanakan sesuai dengan teori, dalam perencanaan ditetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi, tujuan yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, assessment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan yang pertama dengan menggunakan strategi pelaksanaan yaitu; SP 1(membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi perilaku kekerasan (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengajarkan cara menghardik, memasukkan cara menghardik ke

dalam jadwal. SP 2(mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara bercakap-cakap ketika perilaku kekerasan muncul, memasukkan ke dalam jadwal). SP 3(mengevaluasi SP 1 dan SP 2, mengajarkan untuk melakukan kegiatan untuk menghindari perilaku kekerasan muncul, memasukkan ke dalam jadwal). SP 4(mengevaluasi SP 1, 2, dan 3, mengajarkan tentang minum obat, memasukkan kedalam jadwal). Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat: clozapin 2 x 25 mg (0-1-1) sebagai obat anti psikosis dan sebagai dopamine, trehexilphenidyl 2 x 5 mg(1-0-1) digunakan untuk mengatasi gangguan gerakan yang tidak normal dan tidak terkendali akibat penyakit parkinson atau efek samping obat masalah pada pergerakan adalah obat untuk psikosis, masalah kejiwaan atau emosional, mual, dan perasaan gelisah, CPZ(chlorpromazine(0-0-1)) 100 mg merupakan obat antipsikotik yang mempunyai efek anti-adregenik kuat dan antiklonergik perifer lemah, serta efek penghambatan ganglion yang relatif lemah juga mempunyai efek antihistamin dan antiserotonin lemah.

Menurut Potter (2005) implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Pada masalah gangguan perilaku kekerasan terdapat 2 jenis SP, yaitu SP klien dan SP keluarga.

SP klien terbagi menjadi SP 1(membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi perilaku kekerasan (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengajarkan cara menghardik, memasukkan ke dalam jadwal; SP

2(mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara bercakap-cakap ketika perilaku kekerasan muncul, memasukkan ke dalam jadwal); SP 3(mengevaluasi SP 1 dan SP 2, mengajarkan untuk melakukan kegiatan untuk menghindari perilaku kekerasan muncul, memasukkan ke dalam jadwal); SP 4(mengevaluasi SP 1,2 dan 3, mengajarkan tentang minum obat, memasukkan ke dalam jadwal). SP keluarga terbagi menjadi SP 1(membina hubungan saling percaya, mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, menjelaskan pengertian, tanda dan gejala perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang dialami klien beserta proses terjadinya, menjelaskan cara merawat klien perilaku kekerasan); SP 2(melatih keluarga mempraktekkan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada klien perilaku kekerasan); SP 3(membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat(discharge planing), menjelaskan follow up klien setelah pulang).

Menurut penulis tidak menemukan hambatan dan secara keseluruhan dalam melakukan tindakan yang dimulai dari SP 1 sampai SP 4 karena klien kooperatif, mampu mengingat dan memperagakan, tetapi untuk SP keluarga penulis menemukan hambatan yaitu penulis tidak dapat bertemu dengan keluarga klien, karena keluarga klien tidak menjenguk klien.

Evaluasi keperawatan

. Pada Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari dari jam 09:00 - 12:00 dengan melakukan observasi keadaan klien agar mengetahui

perkembangan klien setiap hari hari Senin tanggal 23 Januari 2017 klien Ny.E mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga, klien ngomel-ngomel sendiri, senyum-senyum sendiri, gelisah, mengarahkan telinga ke sumber suara, klien susah tidur, tanda-tanda vital: TD: 120/80 mmhg, N: 94 x/menit, S: 36,4⁰C, P: 20 x/menit, klien melamun. Intervensi dilanjutkan SP 1 poin 4-6.

Pada hari senen tanggal 23 januari 2017 klien mengatakan masih mendengar suara-suara bisikan yang mengancam klien, klien senyum-senyum sendiri, klien terlihat sedih, klien susah tidur, tanda-tanda vital: TD: 120/80 mmhg, N: 94 x/menit, S: 36,4⁰C, P: 20 x/menit. Intervensi dilanjutkan SP 2 dan mempertahankan SP 1.

Pada hari selasa tanggal 24 januari 2017 klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang mengancam klien, klien senyum-senyum sendiri, klien terlihat sedih, klien susah tidur. Intervensi dilanjutkan SP 3 dan mempertahankan SP 2.

Pada hari rabu 25 januari 2017 klien mengatakan sudah kadang-kadang mendengar suara-suara yang mengancamnya, klien kooperatif, klien sudah jarang melamun, klien berbaur dengan temannya. Intervensi dilanjutkan SP 4 dan mempertahankan SP 3

Pada hari kamis 26 januari 2017 klien mengatakan suara-suara itu sudah jarang muncul, klien kooperatif, klien sudah jarang melamun, klien mengikuti senam dan volly setiap hari, klien berbaur dengan temannya. Intervensi dilanjutkan SP 4 poin 2-3.

Menurut Debora (2011) Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya.

Menurut penulis pada evaluasi pertama masalah teratasi sebagian klien sudah bisa mengidentifikasi (jenis, isi, frekuensi, situasi) yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan. Pada evaluasi kedua masalah teratasi pada SP 1 seperti klien sudah bisa mengidentifikasi respon terhadap perilaku kekerasan, dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara menghardik, dan dapat memasukkan ke dalam jadwal harian. Pada evaluasi ketiga masalah teratasi pada SP 2 seperti mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya, mengontrol perilaku kekerasan dengan berbincang dengan orang lain, dan memasukkan kegiatan dalam jadwal harian. Pada evaluasi keempat teratasi pada SP 3 seperti mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya, mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien), memasukkan jadwal ke dalam jadwal harian. Pada evaluasi kelima teratasi sebagian klien dapat mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya, dan melanjutkan SP 4 point 2 yaitu menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratur minum obat (prinsip 6 benar minum obat), dan poin 3 yaitu membimbing klien dalam memasukkan ke dalam jadwal harian. Tetapi catatan perkembangan lebih banyak masalah yang teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penulis mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny. E dan Ny.N dengan gangguan perilaku kekerasan, penulis akan menyimpulkan Asuhan Keperawatan gangguan perilaku kekerasan pada klien dengan skizofrenia tipe manik.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan 2 klien dengan kasus yang sama yaitu gangguan perilaku kekerasan yang didapatkan adalah klien I yaitu klien sering ngomel-ngomel sendiri, klien gelisah, tidak bisa tidur, klien mendengar suara-suara dan bisikan yang menyuruh klien untuk memecahkan kaca jendela rumah tetangga. Sedangkan klien II yaitu klien tampak gelisah, dan sulit tidur, klien juga sering mendengar suara – suara dan bisikan yang membuat klien marah dan merusak barang di sekitarnya.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang didapat dari keluhan antara klien I dan klien II penulis merumuskan diagnosa prioritas yaitu gangguan perilaku kekerasan.

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana didapat diagnosa keperawatan yaitu gangguan perilaku kekerasan. Rencana keperawatan pada masalah gangguan perilaku kekerasan dari SP 1 – SP 4 meliputi SP 1 (membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi perilaku kekerasan (jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi, respon), mengajarkan cara menghardik, memasukkan cara menghardik ke dalam jadwal. SP 2 (mengevaluasi SP 1, mengajarkan cara bercakap-cakap ketika perilaku kekerasan muncul, memasukkan ke dalam jadwal). SP 3 (mengevaluasi SP 1 dan SP 2, mengajarkan untuk melakukan kegiatan untuk menghindari perilaku kekerasan muncul, memasukkan ke dalam jadwal). SP 4 (mengevaluasi SP 1, 2, dan 3, mengajarkan tentang minum obat, memasukkan kedalam jadwal).

4. Implementasi keperawatan

pada implementasi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang di buat. Karena penulis harus menyesuaikan kondisi klien. Tapi yang diimplementasikan ada satu tambahan yaitu mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan gangguan perilaku kekerasan pada Ny. E dan Ny. N yang dilakukan selama 4 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui teknik SOAP. Klien sudah jarang mendengar suara-suara bisikan yang mengancamnya dan sudah tidak melakukan hal merusak benda, klien kooperatif, klien mampu mencapai SP 1-SP 4

dengan baik.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien gangguan perilaku kekerasan, sehingga klien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya.

2. Bagi Perawat

Diharapkan mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain yakni, dokter, dan ahli gizi karena untuk menangani klien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman, *care*, kepedulian dan kesabaran pada umumnya dan khususnya pada klien gangguan perilaku kekerasan diharapkan tenaga kesehatan lebih mengutamakan pelayanan yang mampu membina hubungan saling percaya dan hubungan terapeutik guna memberikan rasa nyaman dan keterbukaan sehingga masalah cepat teratasi.

3. Bagi Institusi Akademik STIKes ICME

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan professional sehingga dapat tercipta perawat professional, terampil handal, dan mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

Daftar Pustaka

- Ade Herman Surya Direja, 2011. *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*, Nuha Medika; Yogyakarta, Desember
- Abdul Muhith, 2015. *Buku Teori dan Aplikasi Pendidikan Keperawatan Jiwa*; Yogyakarta.
- Abdul Nasir & Abdul Muhith, 2011. *Dasar – Dasar Keperawatan Jiwa* ;Jakarta, Salemba Medika.
- Budi Anna K & Akemat, 2010, *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, Jakarta, EGC.
- Diah, Nur Khasanah, 2013. *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien Gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran*. Surakarta.
- Dr.Afiyanti, Y. & Nur, IR, 2014. *Buku Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*; Ed.1. Rajawali Pers, Jakarta.
- Endah, Dwi E, 2013. *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Halusinasi Pendengaran*, Surakarta.
- Ermawati Dalami, 2009. *Aasuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*; Jakarta – TIM,
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2012, *metode penelitian kebidanan dan teknik analisis data*, Edisi pertama-jakarta: Salemba Medika
- Wahyu Purwaningsih & Ina Karlina. 2010. *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Yogyakarta, Muha Medika.
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*, Ed 4. Jakarta, Salemba Medika.

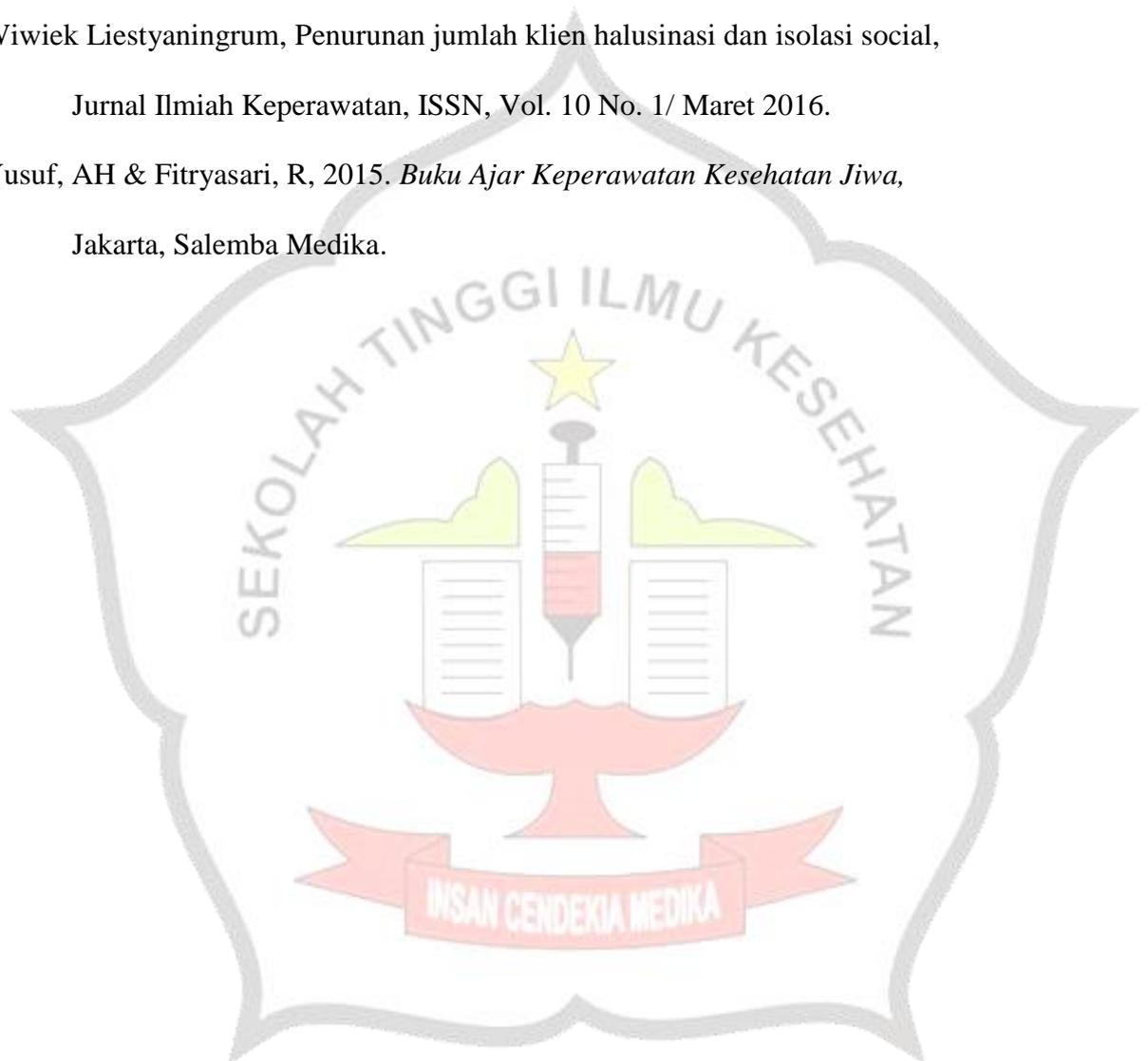
Rafina Damayanti, Jumaini, Sri U, *Efektifitas Terapi Musik Klasik Terhadap Penurunan Tingkat Halusinasi Pada Klien Halusinasi Dengar*, Jurnal PSIK Vol. 1 No.2 Oktober 2014.

RISKESDAS. 2013. Riset Kesehatan Dasar. Jurnal: Myra.

Rizqa Sabrina, *Konseling Eksistensial Untuk Meningkatkan Kebermaknaan Hidup Pada Klien Halusinasi*, *Journal Universitas Malang*, /Februari 2016.

Wiwiek Liestyningrum, *Penurunan jumlah klien halusinasi dan isolasi social*, Jurnal Ilmiah Keperawatan, ISSN, Vol. 10 No. 1/ Maret 2016.

Yusuf, AH & Fitryasari, R, 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta, Salemba Medika.



IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny.N

No.RM : 049XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa keperawatan Klien I	23 Januari 2014	24 Januari 2017	25 Januari 2017	26 Januari 2017
Gangguan perilaku kekerasan	<p>Implementasi</p> <p>SP 1 :</p> <p>09:00 1. BHSP</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab marah</p> <p>3. Mengidentifikasi tanda dan gejala yang dirasakan</p> <p>10:00 4. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan</p> <p>5. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan</p> <p>11:00 6. Melatih klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik</p>	<p>Implementasi</p> <p>SP 1:</p> <p>09:00 1. Mengidentifikasi penyebab marah</p> <p>09:30 2. Melatih klien cara mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama yaitu tarik nafas dalam</p> <p>10:30 3. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian</p> <p>10:15 SP 2:</p> <p>1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>10:30 2. Melatih cara</p>	<p>Implementasi</p> <p>09:00 1. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berbincang dengan orang lain</p> <p>09:15 2. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian</p> <p>09:30 SP 3:</p> <p>1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>10:00 2. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan</p>	<p>Implementasi</p> <p>09:00 1. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien)</p> <p>09:15 2. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian</p> <p>10:00 SP 4:</p> <p>1. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya</p> <p>10:20 2. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratur minum obat(prinsip 5 benar</p>

	pertama		mengontrol		(yang bisa		minum obat)
	7. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan menghardik		perilaku kekerasan dengan berbincang dengan orang lain	11:30 12:00	3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian	11:00	3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan
12.00	8. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian		3. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian				



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. N

No.RM : 049XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan Klien I	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
<p>Gangguan perilaku kekerasan</p>	<p>S: klien mengatakan mendengar suara-suara bisikan yang menyuruh klien untuk berbuat anarkis.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Klien susah tidur. <p>TTV TD:110/80 mmhg N: 90 x/menit S: 36,4°C P: 20 x/menit</p> <p>A: SP 1 poin 6-8 belum teratasi lanjut SP 2 P: mengulangi SP 1 poin 6-8 lan</p>	<p>S: klien mengatakan rasanya ingin memukul seseorang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kadang diam menyendiri. - Klien tampak gelisah. - Klien terlihat sedih - Klien susah tidur <p>A: SP 1 teratasi ulangI SP 2 poin 2-3 P: ulangi SP 2 poin 2-3 lanjut SP 3</p>	<p>S:Klien mengatakan rasanya ingin membanting benda</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien sudah jarang gelisah. - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3 P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S: klien mengatakan sudah tidak ada keinginan memukul orang di sekitarnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien mengikuti senam setiap hari - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3 P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. E

No.RM : 052XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa keperawatan	23 Januari 2014	24 Januari 2017	25 Januari 2017	26 Januari 2017
Klien II Gangguan Perilaku kekerasan	Implementasi SP 1 : 09:00 9. BHSP 10. Mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan klien 11. Mengidentifikasi isi perilaku kekerasan klien 12. Mengidentifikasi frekuensi perilaku kekerasan klien 13. Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan perilaku kekerasan 11:00 14. Mengidentifikasi respons klien	Implementasi SP 1: 09:00 4. Mengidentifikasi respons klien terhadap perilaku kekerasan 09:30 5. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik utama pernafasan dalam 10:00 6. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian 10:15 SP 2: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya	Implementasi 09:00 3. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berbincang dengan orang lain 09:15 4. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian 10:00 SP 3: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 10:20 5. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan kegiatan	Implementasi 09:00 3. Melatih klien cara mengontrol perilaku dengan kegiatan (yang bisa dilakukan klien) 09:15 4. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian 10:00 SP 4: 4. Mengevaluasi masalah dan latihan sebelumnya 10:20 5. Menjelaskan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan teratur minum obat(prinsip 5 benar

	terhadap perilaku kekerasan	5. Melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan berbincang dengan orang lain	11:30	(yang bisa dilakukan klien)	11:00	6. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian	minum obat)
12:00	15. Melatih klien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan menghardik	6. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian	12:00	6. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan harian			6. Membimbing klien memasukkan jadwal kegiatan
	16. Membimbing klien memasukan dalam jadwal harian						



EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. E

No.RM : 052XXX

Ruangan : Flamboyan

Diagnosa Keperawatan	Hari 1	Hari ke 2	Hari ke 3	Hari ke 4
Klien II				
Gangguan persepsi perilaku kekerasan	<p>S: klien mengatakan ingin mencekik orang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien ngomel-ngomel sendiri - Klien senyum-senyum sendiri - Gelisah - Klien kadang diam – diam sendiri. - Klien tampak melamun - Klien susah tidur <p>TTV :</p> <p>TD:120/80 mmhg N: 92 x/menit S: 36,2°C RR: 20 x/menit</p> <p>A: SP 1 poin 6-8 belum teratasi</p>	<p>S:Klien mengatakan sudah sedikit berkurang rasa ingin mencekik orang.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3</p> <p>P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S:Klien mengatakan rasa ingin mencekik sudah semakin berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien berbaur dengan temannya <p>A: SP 2 teratasi ulangi Sp 3 poin 2-3</p> <p>P: ulangi sp 3 poin 2-3 lanjutkan Sp 4</p>	<p>S: klien mengatakan sudah tidak ingin mencekik teman di sekitarnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien kooperatif - Klien sudah jarang melamun - Klien sudah tidak gelisah lagi. - Klien mengikuti senam setiap hari - Klien mau berbaur dengan temannya <p>A: SP 3 teratasi ulangi SP 4 poin 2-3</p> <p>P: pertahankan sp 1,2,3 ulangi SP 4</p>

	lanjut SP 2 P: mengulangi SP 1 poin 6-8 lanjut SP 2			
--	-----------------------------------------------------------	--	--	--



RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN JIWA.

Nama klien : Ny.E

No.RM : 052XXX

Ruangan : Flamboyan

No	Tgl.	Diagnosa Keperawatan.	Perencanaan.			Rasional.
			Tujuan	Kriteria Hasil	Tindakan keperawatan.	
1.	23/01/17	Gangguan perilaku kekerasan	<p>Tujuan Umum : klien dapat mengenali, mengontrol, memutuskan perilaku kekerasan</p> <p>Tujuan Khusus : TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x pertemuan, klien dapat berinteraksi dan berkomunikasi dengan perawat. Evaluasi : klien masih belum bisa diajak berinteraksi.</p>	<p>1. Bina hubungan saling percayadengan cara :</p> <p>a. Sapa klien dengan sopan, ramah baik secara verbal maupun non verbal. b. Perkenalkan diri dengan sopan. c. Tanyakan nama klien dan nama panggilan klien yang di sukai. d. Jelaskan tujuan dilakukan kontak atau pertemuan dengan klien. e. Bersikap jujur dan menepati janji. f. Perhatikan kebutuhan dasar klien.</p>	<p>1. Akan membantu mempermudah kerjasama agar klien lebih kooperatif.</p>
			<p>TUK 2 : klien dapat mengenal perilaku kekerasan.</p>	<p>Setelah dilakukan 1 x interaksi, klien dapat mengerti jelas waktu, isi, frekuensi,</p>	<p>a. Adakan kontak sering dan singkat dengan klien. b. Observasi perilaku yang</p>	<p>2. Untuk mengurangi waktu kosong bagi klien sehingga klien dapat mengurangi</p>

				situasi dan kondisi yang menimbulkan perilaku kekerasan.	berhubungan dengan perilaku kekerasan. c. Menerima perilaku kekerasan sebagai hal yang nyata bagi klien dan nyata bagi perawat. d. Identifikasi bersama klien waktu munculnya, isi, dan frekuensi perilaku kekerasan. e. Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya	frekuensi perilaku kekerasan
			TUK 3 : klien dapat mengendalikan perilaku kekerasan.	Setelah dilakukan 1x interaksi, klien dapat menyebutkan tindakan yang bisa mengendalikan / mengatasi perilaku kekerasan.	A. Identifikasi bersama klien tindakan yang bisa dilakukan bila perilaku kekerasan terjadi. B. Bersama klien merencanakan kegiatan sehari – hari untuk mencegah terjadinya perilaku kekerasan. C. Dorong klien untuk memilih cara yang akan digunakan dalam mengendalikan perilaku kekerasan. D. Dorong klien untuk melakukan tindakan sesuai dengan cara yang telah dipilih klien untuk mengendalikan perilaku kekerasan. E. Diskusikan dengan klien hasil upaya yang telah dilakukan.	3. Untuk mempermudah klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan teknik yang telah dipilih oleh klien.

			<p>TUK 4 : klien dapat mengkonsumsi obat untuk mengendalikan kekerasan.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x Interaksi klien menyebutkan manfaat dan kerugian minum obat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang obat yang akan di konsumsi untuk mengendalikan perilaku kekerasan. Bantu klien untuk minum obat karena sudah sesuai dengan anjuran dokter. Observasi tanda dan gejala akibat efek samping obat. Bantu klien menggunakan obat sesuai 5 prinsip (benar obat, benar dosis, benar klien, benar pemberian, dan benar waktu) 	<p>4. Meningkatkan kesadaran klien akan pentingnya obat dan kesembuhannya.</p>
			<p>TUK 5 : klien mendapat dukungan keluarga untuk mengendalikan kekerasan.</p>	<p>Setelah dilakukan 1x interaksi keluarga setuju untuk mendukung klien untuk mengendalikan perilaku kekerasan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> BHSP dengan keluarga. Berikan keluarga pengetahuan tentang pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, penyebab perilaku kekerasan, dll) Diskusikan dengan keluarga tentang cara merawat klien jika sudah pulang kerumah. 	<p>5. Keluarga merupakan orang terdekat dari klien sehingga mudah untuk membantu mengendalikan perilaku kekerasan yang terjadi pada klien.</p>

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2016**

No	Kegiatan	Bulan																											
		Septembe r				Desembe r				Januari				Februari				Maret				April - Mei				Juni - Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																												
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																												
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																												
4	Ujian Proposal Studi Kasus																												
5	Revisi Proposal Studi Kasus																												
6	Pengambilan dan pengolahan data																												
7	Pembimbingan Hasil																												
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																												
9	Ujian Sidang Studi Kasus																												
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																												

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT _____ TANGGAL DIRAWAT _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : _____ (L/P) Tanggal Pengkajian : _____
Umur : _____ RM No. : _____
Informan : _____

II. ALASAN MASUK

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? Ya Tidak
2. Pengobatan sebelumnya. Berhasil kurang berhasil tidak berhasil
3. Pelaku/Usia Korban/Usia Saksi/Usia Aniaya fisik

Aniaya seksual

Penolakan

Kekerasan dalam keluarga

Tindakan kriminal

Jelaskan No. 1, 2, 3 : _____

Masalah

Keperawatan:

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Ya Tidak

Hubungan keluarga

Gejala

Riwayat pengobatan/perawatan

Masalah Keperawatan : _____

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan _____

IV. FISIK

1. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____

2. Ukur : TB : _____ BB : _____

3. Keluhan fisik : Ya Tidak

Jelaskan : _____

Masalah keperawatan : _____

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

2. Konsep diri

a. Gambaran diri : _____

b. Identitas : _____

c. Peran : _____

d. Ideal diri : _____

e. Harga diri : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti : _____

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : _____

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang Lain : _____

Masalah keperawatan: _____

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan : _____

b. Kegiatan ibadah : _____

Masalah Keperawatan _____

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- Tidak rapi Penggunaan pakaian tidak sesuai Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

2. Pembicaraan

- Cepat Keras Gagap Inkoheren
 Apatis Lambat Membisu Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Aktivitas Motorik:

- Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

4. Alam perasaan

- Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

5. Afek

- Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

6. Interaksi selama wawancara

- bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung
 Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

7. Persepsi

- Pendengaran Penglihatan Perabaan
 Pengecapan Penghidu

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

8. Proses Pikir

- sirkumtansial tangensial kehilangan asosiasi
 flight of idea blocking pengulangan pembicaraan/persevarasi

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

9. Isi Pikir

- Obsesi Fobia Hipokondria
 depersonalisasi ide yang terkait pikiran magis

Waham

- Agama Somatik Kebesaran Curiga
 nihilistic sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

10. Tingkat kesadaran

- bingung sedasi stupor
Disorientasi
 waktu tempat orang

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

11. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang gangguan daya ingat jangka pendek
 gangguan daya ingat saat ini konfabulasi

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- mudah beralih tidak mampu konsentrasi Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan gangguan bermakna

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

14. Daya tilik diri

mengingkari penyakit yang diderita menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

1. Makan

Bantuan minimal Bantuan total

2. BAB/BAK

Bantuan minimal Bantuan total

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

4. Berpakaian/berhias

Bantuan minimal Bantuan total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama :s/d.....

Tidur malam lama :s/d.....

Kegiatan sebelum / sesudah tidur

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantuan total

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan Ya tidak

Perawatan pendukung Ya tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya tidak

Menjaga kerapian rumah Ya tidak

Mencuci pakaian Ya tidak

Pengaturan keuangan Ya tidak

9. Kegiatan di luar rumah

- | | | | | |
|--------------|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| Belanja | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | tidak |
| Transportasi | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | tidak |
| Lain-lain | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | tidak |

Jelaskan : _____
Masalah Keperawatan : _____

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Teknik relaksasi
- Aktivitas konstruktif
- Olahraga
- Lainnya _____

Maladaptif

- Minum alkohol
- reaksi lambat/berlebih
- bekerja berlebihan
- menghindar
- mencederai diri
- lainnya : _____

Masalah Keperawatan : _____

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik _____
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik _____
- Masalah dengan pendidikan, spesifik _____
- Masalah dengan pekerjaan, spesifik _____
- Masalah dengan perumahan, spesifik _____
- Masalah ekonomi, spesifik _____
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik _____
- Masalah lainnya, spesifik _____

Masalah Keperawatan : _____

X. Pengetahuan Kurang Tentang:

- | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> system pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : _____ | |

Masalah Keperawatan :

Analisa Data

XI. Aspek Medik

Diagnosa Medik : _____

Terapi Medik : _____

