

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN DIRUANG
PERAWATAN KENANGA RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH
(RSKD) DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN**



PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
2021

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN DIRUANG
PERAWATAN KENANGA RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH
(RSKD) DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai persyaratan menyelesaikan
Program Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Prodi DIII Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar



AINUL JANNAH
P18001

**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

2021

ii

03/02/2022

1 ap
Sm. Alamsi

R/0017/PRW/22 CD
JAN
Pⁿ

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ainul jannah

Nim : P18001

Program studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Universitas Muhammadiyah Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil atau pikiran saya sendiri

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Makassar 31 Agustus 2021

Yang membuat pernyataan



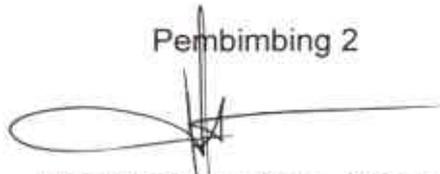
Ainul Jannah
NIM: P18001

Pembimbing 1



A. Nur Anna, AS, S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN : 0902018803

Pembimbing 2



Abdul Halim, S.Kep., M.Kes
NIDN: 0906097201

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Ainul Jannah NIM P18001 dengan judul " Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Diruang Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provnsi Sulawesi Selatan" telah disetujui untuk diujikan dan dipertahankan di depan penguji Prodi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Makassar, pada Tanggal 31 Agustus 2021.

Makassar, 31 Agustus 2021

Pembimbing 1

Pembimbing 2



A. Nur Anna. AS, S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN: 0902018803



Abdul Halim S.Kep., M.Kes
NIDN: 0906097201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Ainul jannah dengan judul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Diruang Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan" telah dipertahankan didepan penguji pada Tanggal 31 Agustus 2021

Dewan penguji

1. Penguji Ketua
Harmawati, S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN: 0903047801
2. Penguji Anggota I
Abdul Halim, S.Kep., M.Kes
NIDN: 0906097201
3. Penguji Anggota II
A.Nur Anna. AS, S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN: 0902018803

Mengetahui,
Ketua Prodi


Ratna Mahmud, S.Kep.Ns., M.Kes
NBM: 883 575

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan" dapat terselesaikan dengan sebaik-baiknya.

Penulis masih menyadari bahwa dalam penyusunan dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan karena adanya dukungan dan bantuan banyak sekali dari beberapa pihak yang telah membantu penulis memberikan motivasi, bimbingan materi dan lain sebagainya. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih atas penghargaan yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat

1. Bapak Prof. Dr. H. Gagaring Pagalung, M.Si, Ak.C.A selaku ketua BPH Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Bapak Prof. Dr. H. Ambo Asse, M.Ag selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Ibu Prof. DR. dr.Suryani As'ad, M.Sc,Sp,GK(K) selaku dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Univeritas Muhammadiyah Makassar.
4. Ibu Ratna Mahmud, S.Kep.Ns.,M.Kes Selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Makassar.
5. Ibu A.Nur Anna AS, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku pembimbing 1 yang selalu senantiasa memberikan masukan dan motivasi dalam bimbingan proposal.

6. Bapak Abdul Halim, S.Kep.,M.Kes selaku pembimbing 2 yang selalu memberikan masukan dan motivasi selama bimbingan.
7. Ibu Harmawati, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku penguji 1 yang telah banyak memberikan saran dan masukan.
8. Para dosen dan staf pendidik Prodi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.
9. Untuk seluruh keluarga saya terkhususnya untuk kedua orang tua saya, kedua kakak saya, Bapak Yahya, Ibu Suhartati, Kakak Nuraini dan Novi yang selalu memberikan do'a dan motivasi yang tiada henti serta dukungan baik moril maupun materi.
10. Terima kasih untuk sahabat dan teman-teman angkatan 2018 Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.

Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak Dan semoga Karya Tulis Ilmiah dapat bermanfaat untuk pendidikan di masa yang akan datang dan sebagai pengetahuan dalam menyelesaikan tugas akhir bagi adik-adik dan pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar, 26 Juli 2021



Ainul Jannah

Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan Di Ruang Perawatan Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

Ainul Jannah

Tahun 2021

Program Studi Diploma III Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

ABSTRAK

Pendahuluan: Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Berdasarkan hasil survey awal di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2018 mengatakan bahwa jumlah pasien yang dirawat sebanyak 13.292 orang mengalami gangguan kejiwaan.

Tujuan: Untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan.

Metode: Studi kasus ini menggunakan rancangan studi kasus deksriptif dengan metode pengumpulan data observasi dan wawancara.

Hasil: Hasil pengkajian didapatkan mengatakan masuk rumah sakit karena mengamuk, gelisah dan sering melukai dirinya sendiri, sehingga dapat diambil diagnosa keperawatan dan diberikan selama 7 hari strategi pelaksanaan, sehingga didapatkan hasil mengatakan masuk rumah sakit karena mengamuk, gelisah dan sering melukai dirinya sendiri.

Kata kunci: Asuhan keperawatan jiwa, Resiko perilaku kekerasan, Skizofrenia

Application of Nursing Care in Patients with the Main Problem Risk of Violent Behavior in the Kenanga Treatment Room at Dadi Regional Special Hospital (RSKD) South Sulawesi Province

Ainul Jannah
year 2021

Diploma III Nursing Study Program
University of Muhammadiyah Makassar

ABSTRACT

Introduction: Mental health is a condition in which an individual can develop physically, mentally, spiritually, and socially so that the individual is aware of his own abilities, can cope with pressure, can work productively, and is able to contribute to his community. Based on the results of an initial survey at the Dadi Hospital in South Sulawesi Province in 2018, it said that the number of patients being treated was 13,292 people with mental disorders.

Objective: To describe the application of nursing care to patients with the main problem of risk of violent behavior.

Methods: This case study uses a descriptive case study design with observation and interview data collection methods.

Results: The results of the study showed that he was admitted to the hospital because he was angry, restless and often injured himself, so that a nursing diagnosis could be taken and given for 7 days of implementation strategies, so that the results said he was admitted to the hospital because he was angry, restless and often injured himself.

Keywords: Mental nursing care, the risk of violet behavior, Skizofrenia

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi Kasus.....	6
D. Manfaat Studi Kasus.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....	8
B. Konsep teori asuhan keperawatan.....	17
BAB III METODE STUDI KASUS.....	23
A. Rencana studi kasus.....	23
B. Subjek studi kasus.....	23
C. Fokus studi kasus.....	24

D.	Definisi operasional.....	24
E.	Tempat dan waktu.....	24
F.	Pengumpulan data.....	24
G.	Penyajian data.....	25
H.	Etika studi kasus.....	26
DAFTAR PUSTAKA.....		29
LAMPIRAN.....		79



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Pohon masalah diagnosa resiko perilaku kekerasan.....10



DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

ACBs	: <i>Association for Contextual Behavior Science</i>
NIMH	: <i>National Institute of Mental Health</i>
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa
ODMK	: Orang Dengan Masalah Kejiwaan
RISKEDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSKD	: Rumah Sakit Khusus Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-undang nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh gangguan biologis, sosial, psikologis, genetik, fisik maupun kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ke tahun (WHO, 2015).

Orang dengan gangguan jiwa [ODGJ] adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. Sedangkan orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) adalah orang yang mempunyai fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan atau kualitas hidup sehingga memiliki resiko gangguan jiwa (Kemenkes RI, 2019).

Kasus gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 meningkat. Peningkatan ini

terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Ada peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga. Artinya per 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga dengan ODGJ, sehingga jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ODGJ berat. Hasil riset Riskesdas Kemenkes 2018 presentasi gangguan mental yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari penduduk Indonesia dan Sulawesi Selatan menempati urutan ke 3 dengan presentasi 8,8% (Kemenkes RI, 2018)

Berdasarkan hasil survey awal di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2018 mengatakan bahwa jumlah pasien yang dirawat sebanyak 13.292 orang mengalami gangguan kejiwaan. 6.586 orang (49,54%) mengalami gangguan halusinasi, sebanyak 1.904 orang (14,32%) mengalami gangguan menarik diri, sebanyak 1.548 orang (11,65%) mengalami defisit self care, sebanyak 1.318 (9,92%) mengalami gangguan harga diri rendah, 1.145 (8,61%) mengalami gangguan perilaku kekerasan, sebanyak 451 orang (3,39%) mengalami gangguan waham, sebanyak 336 orang (2,53%) mengalami gangguan fisik, dan sebanyak 5 orang (0,04%) mengalami gangguan percobaan bunuh diri (Bagian Rekam Medik & Informasi RSKD, 2018)

Prevalensi gangguan jiwa di seluruh dunia menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2019, terdapat 264 juta orang

mengalami depresi, 45 juta orang menderita gangguan bipolar, 50 juta orang mengalami demensia, dan 2 juta orang jiwa mengalami skizofrenia. Meskipun prevalensi skizofrenia tercatat dalam jumlah yang relatif lebih rendah dibandingkan prevalensi jenis gangguan jiwa lainnya berdasarkan *National Institute of Mental Health* (NIMH), skizofrenia merupakan salah satu dari 15 penyebab besar kecacatan di seluruh dunia, orang dengan skizofrenia memiliki kecenderungan peningkatan resiko bunuh diri (NIMH, 2019).

Dari angka diatas penderita perilaku kekerasan di Sulawesi Selatan masih tinggi dibandingkan dengan pasien gangguan percobaan bunuh diri dan gangguan waham. Penyebab dari kekambuhan kembali pasien perilaku kekerasan adalah kurang patuh mengkonsumsi obat dan kurangnya dukungan lingkungan. Yang melatar belakangi saya mengambil asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan adalah agar dapat memberikan implementasi keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan cara mengajarkan untuk mengenal perilaku kekerasan dan mengajarkan mengendalikan perilaku kekerasan seperti tarik nafas dalam dan pukul bantal untuk mengalihkan perilaku kekerasan.

Menurut *National Institute of Mental Health* (NIMH) Skizofrenia adalah penyakit mental serius yang mempengaruhi cara berfikir dan berperilaku. Penderita skizofrenia tampak seperti mereka telah kehilangan kontak dengan realitas, yang menyebabkan perubahan

yang signifikan pada penderitaan baik individu, anggota keluarga, dan teman-temannya. Jika tidak diobati, gejala skizofrenia bisa menetap dan melumpuhkan. Namun, perawatan yang efektif tersedia. Ketika disampaikan secara tepat waktu, terkoordinasi, dan berkelanjutan, pengobatan dapat membantu individu yang terkena dampak untuk terlibat kembali dalam sekolah atau pekerjaan, mencapai kemandirian, dan menikmati hubungan pribadi.

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (NANDA, 2016). Resiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua, yaitu resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan di mana seseorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk resiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditujukan langsung kepada orang lain (NANDA, 2016).

Penatalaksanaan atau penanganan yang digunakan untuk mengontrol pasien perilaku kekerasan yaitu dengan cara medis dan non medis. Menurut Stuart (2016) terapi medis yang dapat diberikan

seperti pemberian obat antipsikotik adalah *chlorpromazine* (CPZ), *Risperidone* (RSP), *Haloperidol* (HLP), *Clozapine* dan *Trifluoperazine* (TFP). Untuk terapi non medis seperti terapi generalis. Tindakan keperawatan yang dapat dianjurkan klien perilaku kekerasan antara lain mengajarkan klien untuk mengenal perilaku kekerasan serta mengajarkan mengendalikan amarah kekerasan secara fisik: nafas dalam dan pukuk bantal, minum obat, verbal sosial: menyatakan secara asertif rasa marahnya, spiritual: beribadah sesuai keyakinan pasien dan terapi aktivitas kelompok (Keliat et al, 2014).

Berdasarkan hasil observasi saya di ruangan cempaka RSKD Dadi selama menjalankan praktik klinik keperawatan bahwa dari 3 orang pasien yang dirawat satu diantaranya adalah pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Dari observasi saya pasien akan mengalami kekambuhan apabila klien merasa dirinya tidak ada yang memperhatikannya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan kasus diatas adalah " Bagaimanakah gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Khusus daerah Dari Provinsi Sulawesi Selatan ".

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan umum

Untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan khusus

- a. Mengkaji klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan.

D. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini dapat memberikan manfaat:

1. Masyarakat

Sebagai bahan bacaan untuk mengetahui tentang gangguan jiwa terutama pada kasus perilaku kekerasan.

2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan jiwa dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

3. Penulis

Memperoleh pengetahuan tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

1. Pengkajian

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

a. Faktor predisposisi

Menurut Stuart (2013), masalah perilaku kekerasan yang dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

Di dalam faktor predisposisi, terdapat beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya masalah perilaku kekerasan, seperti faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor dapat disebabkan dari luar maupun dari dalam.

Stressor yang berasal dari luar dapat berupa serangan fisik, kehilangan, kematian dan lain-lain. Stressor yang berasal dari dalam dapat berupa, kehilangan keluarga atau sahabat yang dicintai, ketakutan terhadap penyakit fisik, penyakit dalam, dan lain-lain. Selain itu lingkungan yang kurang kondusif, seperti penuh penghinaan, tindak kekerasan, dapat memicu resiko perilaku kekerasan.

c. Faktor resiko

NANDA (2016) menyatakan faktor-faktor risiko dari risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap lain (*risk for other-directed violence*).

d. Mekanisme koping

Perawat perlu mempelajari mekanisme koping untuk membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan marahnya. Secara umum, mekanisme koping yang sering digunakan antara lain mekanisme pertahanan ego, seperti *displacement*, sublimasi, proyeksi, depresi, denial dan reaksi formasi.

e. Perilaku

Klien dengan gangguan perilaku kekerasan memiliki beberapa perilaku yang perlu diperhatikan. Perilaku klien

dengan gangguan perilaku kekerasan dapat membahayakan bagi dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan dirumuskan jika klien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku tersebut.

Gambar. 1 Pohon masalah diagnosa resiko perilaku kekerasan



3. Perencanaan

Rencana tindakan pada klien :

a. Tindakan keperawatan

- 1) Melatih klien melakukan relaksasi: tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, senam, dan jalan-jalan.
- 2) Melatih klien untuk bicara dengan baik: mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik.

- 3) Melatih klien melakukan kegiatan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut.
- 4) Melatih klien patuh minum obat dengan 8 benar yaitu benar nama klien, benar obat, benar cara, benar waktu, benar dosis, benar manfaat, benar tanggal kadaluarsa dan benar dokumentasi.
- 5) Bantu klien mengendalikan resiko perilaku kekerasan jika klien mengalami kesulitan.
- 6) Diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan.
- 7) Berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan.

Rencana tindakan keperawatan spesialis

a. Terapi kognitif

- 1) Sesi 1: mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif
- 2) Sesi 2: melawan pikiran otomatis negatif
- 3) Sesi 3: memanfaatkan sistem pendukung
- 4) Sesi 4: mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif

b. Terapi perilaku

- 1) Sesi 1: mengidentifikasi peristiwa yang tidak menyenangkan dan menimbulkan perilaku negatif
- 2) Sesi 2: mengubah perilaku negatif menjadi positif.

- 3) Sesi 3: memanfaatkan sistem pendukung
 - 4) Sesi 4: mengevaluasi manfaat melawan perilaku negatif
- c. Terapi kognitif perilaku
- 1) Sesi 1: mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan yang akan menimbulkan pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif
 - 2) Sesi 2: melawan pikiran otomatis negatif
 - 3) Sesi 3: mengubah perilaku negatif menjadi positif
 - 4) Sesi 4: memanfaatkan sistem pendukung
 - 5) Sesi 5: mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif dan mengubah perilaku negatif
- d. Latihan asertif
- 1) Sesi 1: mengidentifikasi peristiwa yang menyebabkan marah dan sikap saat marah
 - 2) Sesi 2: mengungkapkan keinginan dan kebutuhan secara asertif
 - 3) Sesi 3: mengatakan tidak untuk permintaan yang irasional
 - 4) Sesi 4: menerima dan mengungkapkan perbedaan pendapat secara asertif
 - 5) Sesi 5: mengevaluasi manfaat latihan asertif
- e. Terapi penerimaan komitmen
- 1) Sesi 1: mengidentifikasi pengalaman atau kejadian yang tidak menyenangkan yang dialami oleh klien

- 2) Sesi 2: mengenali keadaan saat ini dan menemukan nilai-nilai yang tidak menyenangkan
 - 3) Sesi 3: berlatih menerima pengalaman atau kejadian yang tidak menyenangkan dengan menggunakan nilai-nilai yang dipilih oleh klien
 - 4) Sesi 4: berkomitmen menggunakan nilai-nilai yang dipilih klien untuk mencegah muncul kembali kekambuhan
- f. Latihan relaksasi otot progresif
- 1) Sesi 1: mengidentifikasi ketegangan otot dan latihan untuk mengencangkan dan mengendorkan otot
 - 2) Sesi 2: evaluasi manfaat dari mengencangkan dan mengendorkan otot
- g. *Rational behavior therapy (REBT)*
- 1) Fase 1: persiapan kognitif
 - a) Sesi 1: saling percaya dan harapan
 - b) Sesi 2: termometer perasaan
 - c) Sesi 3: fakta dan opini
 - 2) Fase 2: belajar model kognitif ACBs
 - a) Sesi 4: belajar model kognitif ACBs
 - 3) Fase 3: latihan model kognitif ACBs
 - a) Sesi 5: latihan model kognitif ACBs

Rencana tindakan pada keluarga

a. Rencana tindakan keperawatan

- 1) Kaji masalah klien yang dirasakan keluarga dalam merawat klien.
- 2) Jelaskan pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta proses terjadinya resiko perilaku kekerasan yang dialami oleh klien.
- 3) Diskusikan cara merawat klien dengan dengan resiko perilaku kekerasan dan memutuskan untuk merawat sesuai dengan kondisi klien.
- 4) Latih keluarga bagaimana cara merawat pasien resiko perilaku kekerasan.
- 5) Libatkan seluruh anggota keluarga untuk menciptakan suasana keluarga yang nyaman dengan cara mengurangi stres di dalam keluarga dan selalu memberi motivasi pada klien.
- 6) Jelaskan tanda dan gejala perilaku kekerasan yang memerlukan rujukan atau penanganan segera serta melakukan *follow up* ke pelayanan kesehatan secara teratur.

b. Rencana tindakan keperawatan spesialis: psikoedukasi keluarga

- 1) Sesi 1: identifikasi masalah kesehatan yang dialami oleh klien dan masalah keluarga yang merawat

- 2) Sesi 2: merawat masalah klien
- 3) Sesi 3: melatih manajemen stres untuk keluarga
- 4) Sesi 4: melatih manajemen beban untuk keluarga
- 5) Sesi 5: memanfaatkan sistem pendukung
- 6) Sesi 6: mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga

Tindakan pada kelompok klien

a. Rencana tindakan keperawatan ners

- 1) Terapi aktivitas kelompok: stimulasi persepsi
 - a) Sesi 1: mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
 - b) Sesi 2: mencegah perilaku kekerasan secara fisik
 - c) Sesi 3: mencegah perilaku kekerasan dengan cara verbal
 - d) Sesi 4: mencegah perilaku kekerasan dengan spiritual
 - e) Sesi 5: mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat

b. Rencana tindakan keperawatan spesialis: terapi suportif

- 1) Sesi 1: identifikasi masalah dan sumber pendukung didalam dan diluar keluarga
- 2) Sesi 2: latihan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga
- 3) Sesi 3: latihan menggunakan sistem pendukung diluar keluarga

4) Sesi 4: evaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung

4. Pelaksanaan

Tindakan keperawatan merupakan standar dari standar asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat di mana implementasi dilakukan pada pasien, keluarga dan komunitas berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat

Implementasi pada pasien perilaku kekerasan dapat menggunakan pendekatan tentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai dengan strategi pengontrolan. Pada strategi pencegahan dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan, kesadaran diri, komunikasi verbal dan nonverbal, perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka. Jika strategi ini telah dilakukan namun klien menjadi bertambah agresif, maka teknik manajemen krisis seperti isolasi dan pengikatan dapat dilakukan. Namun demikian pencegahan adalah upaya yang terbaik dalam pengelolaan klien dengan perilaku kekerasan.

5. Evaluasi

Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan klien dalam mencapai hasil yang diharapkan asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perubahan dalam status

kesehatan klien sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosa keperawatan, dan modifikasi rencana asuhan sesuai dengan kondisi klien.

Sesuai tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam format implementasi dan dievaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP (subjektif, objektif, analisis, perencanaan). Disamping itu terkait dengan pendekatan SOAP setiap selesai yang terkait dengan tindakan keperawatan yang telah dilakukan sebagai bentuk tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh pasien.

B. Konsep teori asuhan keperawatan

1. Pengertian

Menurut Herdman (2012) resiko perilaku kekerasan adalah perilaku yang diperlihatkan oleh individu. Bentuk ancaman bisa fisik, emosional atau seksual yang ditujukan kepada orang lain. Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (NANDA, 2016). Resiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual (NANDA, 2016).

2. Etiologi

Beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku kekerasan adalah:

a. Faktor predisposisi

1) Teori biologis

a) Neurologic faktor

Berbagai komponen dari sistem saraf seperti sinap, *neurotransmitter*, dendrit, akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sistem agresif.

b) Genetik faktor

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua menjadi potensi perilaku agresif.

(1) *Cardian rhythm*

(irama sirkadian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif seperti pada menjelang dan berakhirnya pekerjaan.

(2) Biochemistry factor

(Faktor biokimia tubuh) seperti *neurotransmitter* di otak (epineprin, norepineprin, dopamin, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian dalam penyampaian informasi melalui sistem

persyarafan dalam tubuh. Peningkatan hormon androgen dan norepineprin saat penurunan serotonin dan GABA pada cairan *serebrospinal vertebra* dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

(3) *Brain area disorder*

Gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensefalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresi dan tindak kekerasan.

2) Teori psikologis

a) Teori psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembang ego dan membuat konsep diri rendah sehingga dapat menimbulkan perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b) *Imitation, modeling, and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan dapat berkembang dari dalam lingkungan yang mentolerir kekerasan.

c) *Learning theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya.

b. Faktor presipitasi

Adapun beberapa faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan berkaitan dengan:

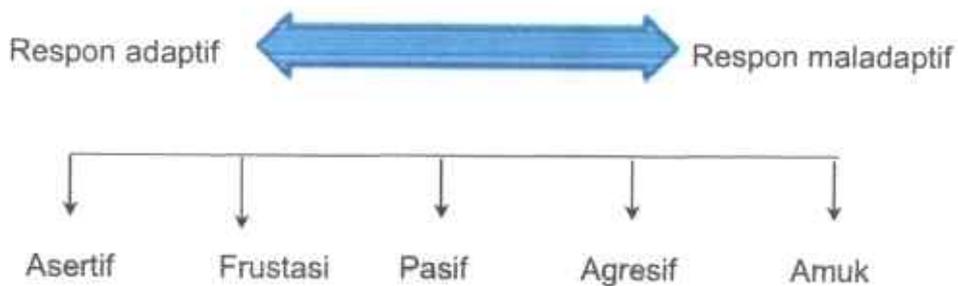
- 1) Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbolis solidaritas.
- 2) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- 3) Kesulitan dalam mengkonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan masalah.
- 4) Adanya riwayat perilaku anti sosial
- 5) Kematian anggota keluarga, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan keluarga.

3. Tanda dan gejala

Menurut Sutedjo (2018) tanda dan gejala perilaku kekerasan dapat dinilai dari ungkapan pasien yang didukung dengan hasil observasi

- a. Data subjektif
 - 1) Ungkapan berupa ancaman
 - 2) Ungkapan kata-kata kasar
 - 3) Ungkapan ingin memukul/ melukai
- b. Data obyektif
 - 1) Wajah memerah dan tegang
 - 2) Pandangan tajam
 - 3) Mengatupkan rahang dengan kuat
 - 4) Mengepaikan tangan
 - 5) Bicara kasar
 - 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- 4. Rentang respon

Marah yang dialami setiap individu memiliki rentang dimulai dari respon adaptif sampai maladaptif. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu.



Keterangan:

Asertif : Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realistis

Pasif : Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol

Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol



BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rencana studi kasus

Studi kasus ini menggunakan pendekatan deskriptif. Pendekatan deskriptif digunakan untuk mengetahui suatu fenomena secara deskriptif tanpa menganalisa hubungannya dengan variabel lain. Dan untuk mengetahui penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan.

B. Subjek studi kasus

Subjek studi dalam kasus adalah dua individu dengan masalah perilaku kekerasan yang akan dikelola secara rinci dan mendalam. Selain waktu. Selain waktu penelitian pada klien resiko perilaku kekerasan harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

1. Kriteria inklusi
 - a. Pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan
 - b. Pasien yang dirawat diruang tenang
 - c. Pasien perempuan
 - d. Usia kurang dari 45 tahun dan lebih dari 50 tahun
 - e. Pasien resiko perilaku kekerasan
2. Kriteria eksklusi
 - a. Pasien yang tidak mengalami resiko perilaku kekerasan
 - b. Pasien yang tidak dirawat
 - c. Pasien di ruang amuk

C. Fokus studi kasus

Fokus utama pada studi kasus ini adalah klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan yang dimiliki oleh klien dan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan.

D. Definisi operasional

Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (NANDA, 2016).

E. Tempat dan waktu

Penelitian ini dilakukan di ruang perawatan kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Pada tanggal 16-21 Agustus 2021.

F. Pengumpulan data.

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan instrumen pengumpulan data, terdiri dari beberapa seperti observasi dan wawancara.

1. Observasi adalah metode penelitian yang menggunakan pengamatan terhadap objek yang menjadi pusat perhatian penelitian ini. Pada metode ini peneliti akan melakukan bersamaan dengan wawancara dimana peneliti akan mengobservasi pasien selama dilakukan wawancara dan peneliti juga akan melakukan

observasi terhadap pasien selama pasien berada di ruang lingkup ruangnya (Muliawan, 2014).

2. Wawancara adalah suatu komunikasi yang direncanakan dan meliputi tanya jawab antara perawat dengan klien yang berhubungan dengan masalah kesehatan lain. Pada metode ini peneliti akan melakukan wawancara terhadap kliennya dengan menggunakan instrumen format pengkajian.

G. Penyajian data

Dalam penelitian ini untuk menganalisis data yang dilakukan terdiri dari tiga cara yaitu: *reduction* (Reduksi kata), *data display* penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

1. Reduksi kata

Penelitian ini akan mengumpulkan data-data dari pasien melalui wawancara dan observasi. Untuk mendapatkan informasi penyebab terjadinya perilaku kekerasan dan mengakibatkan klien masuk rumah sakit.

2. Penyajian data

Setelah penelitian sudah melakukan reduksi kata selanjutnya adalah penelitian melakukan penyajian data yang telah disusun dalam bentuk narasi.

3. Penarikan kesimpulan

Penelitian ini akan mengumpulkan data-data yang telah didapatkan maka akan dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan strategi pelaksana.

H. Etika studi kasus

Menurut Nursalam (2016), secara garis umum prinsip etika dalam penelitian dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek, dan prinsip keadilan.

1. Prinsip manfaat

- a. Bebas dari penderitaan. Pada prinsip ini selama melakukan penelitian terhadap pasien peneliti harus memperhatikan klien bebas dari penderitaan selama diberikan asuhan keperawatan.
- b. Penelitian kasus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.
- c. Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tindakan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apapun.
- d. Risiko (*benefits ratio*)

e. Peneliti harus hati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden. Pada poin prinsip ini klien mempunyai hak untuk menentukan apakah dia bersedia untuk menjadi subjek penelitian dari peneliti.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

c. Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

3. Informed consent

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

4. Prinsip keadilan (*right to justice*)

a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya

diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

b. Hak untuk kerahasiaannya

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama dan rahasia. Dan peneliti selama melakukan penelitian wajib untuk menjaga kerahasiaan dari subjek demi kenyamanan dari subjek selama dilakukan penelitian.



DAFTAR PUSTAKA

- Balitbang Kemenkes RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS*. Jakarta: Blitbang Kemenkes RI.
- Budi anna keliat, A. y. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- keliat, b. a. (2019). *Asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kemenkes. (2014). *Undang-undang Republik Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- NIMH. (2021, juli 20). Skizofrenia. hal. 1.
- Nurhalimah. (2016). *keperawatan jiwa*. jakarta: SDM kesehatan.
- Purwanto, t. (2015). *buku ajar keperawatan jiwa*. jakarta: pustaka pelajar.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Pustaka baru Press.
- Suerni, t., & PH, L. (2019). Respons pasien perilaku kekerasan. *Jurnal penelitian perawat profesional* 1, 41-46.
- Prasetya, A. S. (2018). Efektifitas jadwal aktivitas sehari-hari terhadap mengontrol perilaku kekerasan. *Jurnal kesehatan panca bhakti lampung* 6, 18-19.
- Kandar, & Dwi Indah Iswanti. (2019). Faktor predisposisi dan presipitasi pasien resiko perilaku kekerasan. *Jurnal ilmu keperawatan jiwa* 2, 149-156.

- Putri, V. S., & Fitriati, S. (2018). Pengaruh strategi pelaksanaan komunikasi terapeutik terhadap resiko perilaku kekerasan pada pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa provinsi jambi. *Jurnal akademika baiturrahim jambi*, 138-147.
- Malfasari, E., Febritna, R., Maulinda, D., & Amimi, R. (2020). Analisis tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia. *Jurnal ilmu keperawatan jiwa* 3, 65-74.
- Yessiluis, & Maryatun, S. (2020). Aplikasi terapi relaksasi otot progresif pada asuhan keperawatan pasien dengan perilaku kekerasan. *Sriwijaya university*, 1.
- Pontoh, D. D., Bawotong, J., & Rottie, J. (2013). Gambaran ungkapan marah terhadap kemampuan mengontrol, perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia. *E-journal UNSRAT*, 1.
- Saputri, S. F. (2019). Asuhan keperawatan jiwa dengan resiko perilaku kekerasan. *Universitas kusuma husada*, 1.
- Diorata, R., & Pasaribu, J. (2018). Pengalaman keluarga merawat penderita Skizofrenia dengan masalah utama perilaku kekerasan. *Jurnal keperawatan* 10, 106-113.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan yang dilaksanakan pada tanggal 16 Agustus sampai dengan tanggal 21 Agustus tahun 2021 di ruang perawatan Kenanga Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi (RSKD) Provinsi Sulawesi Selatan. Asuhan keperawatan ini terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap dalam proses keperawatan dengan cara mengumpulkan data, analisa data dan perumusan masalah pada klien.

Berdasarkan hasil wawancara pada klien dengan masalah resiko perilaku kekerasan ditemukan data bahwa pada Ny N masuk dengan keluhan utama mengamuk dan melukai dirinya sendiri sejak satu bulan yang lalu sedangkan pada Ny L masuk dengan keluhan utama mengamuk, melempar barang dan gelisah.

a. Alasan masuk

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden pada pasien Ny L mengatakan masuk rumah sakit karena mengamuk, gelisah dan sering melempar barang sedangkan pada Ny N

mengatakan masuk rumah sakit karena mengamuk dan melukai dirinya sendiri.

b. Faktor predisposisi

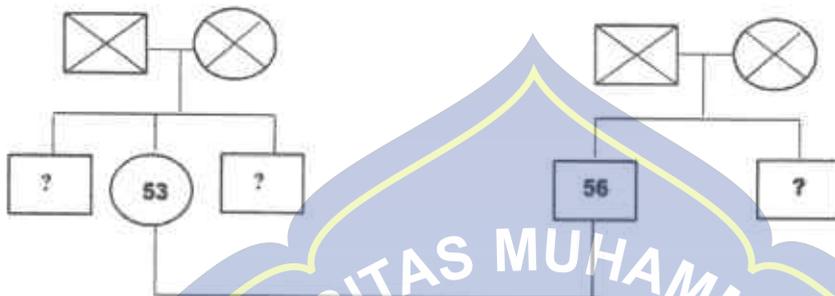
Faktor predisposisi yang didapatkan dari responden pada Ny N mengatakan sebelumnya pernah masuk RSKD selama 4 kali sedangkan pada Ny L mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami gangguan jiwa atau mengkonsumsi obat-obatan sebelumnya. Klien mengatakan pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialaminya yaitu ketika merasa curiga bahwa suaminya berselingkuh sehingga ia sering mengamuk.

c. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik Ny N didapat tanda-tanda vital: Tekanan darah (TD): 130/80mmHg, Nadi (N): 84x/i, Suhu: 36,7 C, Pernapasan: 24x/i, Tinggi badan: 157 cm, Berat badan: 45 kg.

Pada Ny L didapatkan tanda-tanda vital: tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi: 82x/i, pernapasan: 24x/i, tinggi badan: 160 cm, berat badan: 52 kg. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada fisiknya.

d. Psikososial

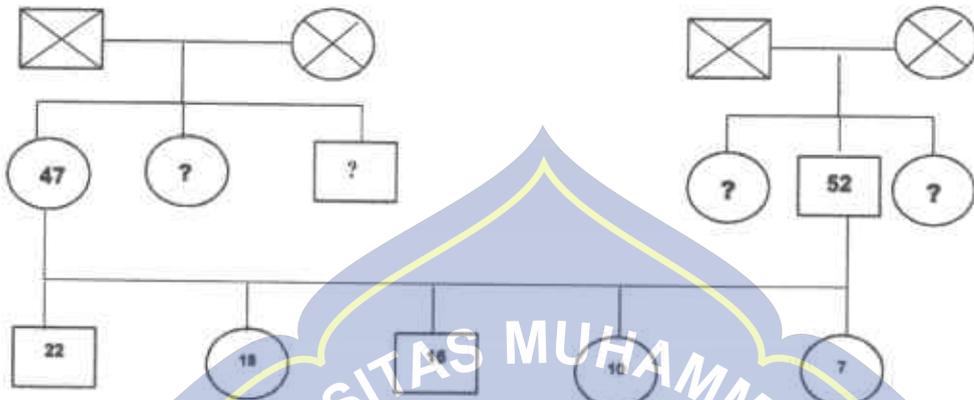


Keterangan



- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Umur tidak diketahui
- : Meninggal
- : Pasien
- : Garis keturunan
- : Garis perkawinan

Berdasarkan genogram diatas ibu dan ayah klien sudah meninggal dan tidak diketahui penyebabnya, sedangkan klien adalah anak ke 2 dari 3 bersaudara dan mempunyai seorang anak perempuan.



Keterangan



: Laki-laki



: Perempuan

?

: Umur tidak diketahui

X

: Meninggal



: Pasien



: Garis keturunan



: Garis perkawinan

Berdasarkan dari genogram di atas ibu dan ayah klien sudah meninggal dan tidak diketahui penyebabnya sedangkan klien adalah anak 1 dari 4 bersaudara dan mempunyai 5 orang anak

Konsep citra tubuh, Ny N mengatakan bahwa tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai, Identitas diri klien mengatakan bahwa klien sudah menikah dan mempunyai 1 orang anak perempuan, Peran diri klien mengatakan bahwa didalam keluarga klien berperan sebagai ibu rumah tangga, Ideal diri didapatkan bahwa klien berharap bisa segera pulang dan bertemu dengan keluarganya

Sedangkan Ny L mengatakan bahwa tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai, identitas diri didapatkan bahwa klien adalah seorang ibu rumah tangga dan peran didalam keluarga klien berperan sebagai seorang ibu, Ideal diri berdasarkan data yang didapat klien mengatakan bahwa ingin segera pulang dan sembuh.

Hubungan sosial, orang yang berarti Ny. N didapatkan data bahwa keluarganya sangat berarti terutama anak dan cucunya. Klien mengatakan sangat menyayangi anak dan cucunya. Peran serta dalam masyarakat klien mengatakan jarang mengikuti kegiatan kelompok atau masyarakat. Tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain.

Hubungan sosial Ny. L didapatkan data bahwa klien mengatakan bahwa keluarganya sangat berarti terutama anak-anaknya. Peran serta dalam kegiatan kelompok dan masyarakat klien mengatakan bahwa sering ikut dalam kegiatan kelompok

masyarakat. Tidak ada hambatan dalam dalam berkomunikasi dengan orang lain.

Spiritual, Nilai dan keyakinan: Ny. N mengatakan bahwa ia beragama islam dan kegiatan ibadah klien yaitu sholat dan dan berdoa.

Spiritual, Nilai dan keyakinan: Ny. L mengatakan bahwa klien beragam kristen protestan. Kegiatan ibadah yang bisa dilakukan oleh klien adalah berdoa dan membaca Al kitab.

e. Status mental

Responden berpenampilan sesuai dengan umumnya, dandanan klien sesuai pembicaraan: Ny N berbicara dengan nada lembut sedangkan pada Ny L berbicara dengan nada keras. Aktivitas motorik: klien nampak sedih dan gelisah. Alam perasaan: sedih karena ia ingin segera pulang karena klien ingin bertemu dengan keluarganya terutama dengan anaknya. Afek: datar karena karena pada saat di wawancara ekspresi ajah pasie datar dan pandangan mata kosong.

Proses pikir klien menjawab pertanyaan sesuai dengan yang ditanyakan dan isi pembicaraan sesuai dengan topik yang ditanyakan. Tingkat kesadaran: klien dalam keadaan sadar, dan dapat mengenal waktu. Daya ingat masih bisa mengingat kapan pertama kali masuk sakit. Kemampuan berhitung dan konsentrasi:

daya konsentrasi baik klien dapat menghitung dan membaca. Daya tilik diri: klien mengatakan dirinya sedang sakit

f. Mekanisme koping

Adaptif: klien mampu berbincang-bincang

Maladaptif: mudah tersinggung

g. Pohon masalah

Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan

Risiko perilaku kekerasan

Perilaku kekerasan

2. Diagnosa keperawatan

Dari data diatas hasil observasi dan wawancara tersebut diatas maka didapatn diagnosa keperawatan yaitu:

a. Resiko perilaku kekerasan

3. Intervensi keperawatan

Penulis akan membahas tentang intervensi keperawatan sesuai dengan strategi pelaksana pada pasien resiko perilaku kekerasan.

Intervensi yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan antara lain: SP1P terdiri dari mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan,

mengidentifikasi kemampuan klien untuk mengatasi perilaku kekerasan dan menjelaskan akibat dari perilaku kekerasan, melatih klien melakukan relaksasi: tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, senam dan jalan-jalan. SP2P terdiri dari yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien untuk bicara dengan baik: mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik. SP3P yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien untuk melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut. SP4P yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien dan membantu klien mengendalikan resiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan. SP5P yaitu mengevaluasi kegiatan dan jadwal harian pasien dan mendiskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dan menganjurkan untuk memasukan kedalam kegiatan harian, berikan pujian jika klien mampu mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.

4. Implementasi keperawatan

Berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun adapun implementasi keperawatan yang dilakukan pada saat wawancara pertama dengan klien pada hari senin, 16 Agustus 2021 yaitu memperkenalkan diri, membina hubungan saling percaya (BHSP) dan kontrak waktu dengan klien.

Pada hari selasa tanggal 17 Agustus 2021 mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi kemampuan klien untuk mengatasi perilaku kekerasan, menjelaskan pada klien akibat dari perilaku kekerasan untuk lingkungan sekitar, melatih klien melakukan relaksasi tarik nafas, pukul bantal dan kasur, senam dan jalan-jalan setelah itu melakukan kontrak waktu kembali dengan klien untuk pertemuan selanjutnya.

Pada tanggal 18 Agustus 2021 melakukan evaluasi jadwal dan kegiatan harian pasien, menanyakan perasaan klien, melatih klien untuk bicara dengan mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik dan diakhiri dengan kontrak waktu kembali dengan klien untuk pertemuan besok harinya.

Pada tanggal 19 Agustus peneliti menanyakan kepada klien tentang perasaannya sekarang dan menanyakan kegiatan apa saja yang telah dilakukan oleh klien pada hari itu dan mengevaluasi kemampuan klien untuk mengatasi jika perilaku kekerasannya kambuh selanjutnya melatih klien untuk melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut.

Pada tanggal 20 Agustus 2021 pada pertemuan awal peneliti menanyakan perasaan klien, kegiatan apa-apa saja yang telah dilakukan oleh klien hari itu, mengevaluasi kembali kemampuan klien untuk mengatasi kemampuan klien untuk mengatasi perilaku

kekerasan dan membantu klien mengatasi klien untuk mengatasi perilaku kekerasan jika klien mengalami kesulitan. Diakhiri dengan melakukan kontrak waktu kembali untuk pertemuan selanjutnya.

Pada tanggal 21 Agustus pada awal peneliti menanyakan terlebih dahulu perasaan klien dan kegiatan apa saja yang dilakukan oleh pasien, mendiskusikan manfaat setelah melakukan latihan untuk mengendalikan perilaku kekerasan dan menganjurkan klien untuk memasukkan ke jadwal kegiatan harian pasien.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang peneliti dapatkan setelah melakukan Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan mendapatkan data subjektif, klien mengatakan merasa gelisah, marah dan menyakiti dirinya jika melihat sumber yang menyebabkan marah dan selalu mendengar bisikan untuk melakukan kekerasan. Klien mengatakan jika emosinya tidak stabil klien langsung melakukan tehnik relaksasi seperti tari nafas dalam dan mengalihkan dengan cara memukul bantal. Data objektif wajah klien tampak tegang.

Data subjektif klien mengatakan dirinya masih merasa gelisah dan timbul pada malam hari klien mengatakan bangun pagi pada pukul 05:00 wita, mandi pada pukul 06.00 wita setelah itu sarapan pagi. Data objektif klien tampak tenang dan klien minum obat pada pukul 10:00 wita.

Data subjektif klien mengatakan ketika marah klien mengatakan mengalihkan dengan berbicara dengan teman sekamarnya atau klien melakukan tehnik relaksasi nafas dan dalam dan mengalihkan dengan memukul bantal. Data objektif klien minum obat pada pukul 10:00 wita klien tampak tenang.

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil wawancara dengan klien mengatakan bahwa klien masih sering marah, klien mengatakan marahnya kambuh apabila mendengar suara yang menyuruh untuk melakukan kekerasan dan klien akan kambuh apabila klien melihat sumber yang membuatnya marah. Sedangkan data observasi yang didapat dari klien adalah klien masih tampak gelisah dan kontak mata tajam.

Menurut peneitian yang dilakukan oleh Suerni dan Liviana (2019) menunjukkan bahwa pada pasien perilaku kekerasan menunjukan bahwa mayoritas responden berespon kognitif berupa perubahan isi pikir dan menyalahkan orang lain, respon afektif berupa perasaannya nyaman, respon fisiologis berupa pandangan tajam dan tangan mengepal, respon perilaku berupa memukul benda/orang dan agresif, respon sosial berupa sering mengungkapkan keinginannya dengan nada mengancam.

Menurut penelitian Kandar dan Dwi (2019) ada 3 faktor predisposisi pada pasien perilaku kekerasan yaitu faktor genetik: yang menyebabkan pasien mengalami resiko perilaku kekerasan. Faktor psikologis yang menyebabkan pasien yang mengalami resiko perilaku kekerasan antara lain yaitu: kepribadian yang tertutup, kehilangan aniaya seksual, kekerasan dalam keluarga. Faktor sosial budaya yang menyebabkan pasien mengalami perilaku kekerasan yaitu: pekerjaan dan pernikahan. Sedangkan faktor presipitasi atau pencetus pasien mengalami perilaku kekerasan adalah putus obat, konsep diri, serta lingkungan tempat tinggal yang membuat diri ingin marah dan berbicara kasar.

Menurut penelitian Eka, Rizka, Dini, dan Riska (2020) menunjukkan bahwa tanda dan gejala yang sering muncul pada orang resiko perilaku kekerasan yaitu: mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak.

Menurut penelitian Debby, Jeavery, dan Julia (2013) menunjukkan bahwa ungkapan marah yang diungkapkan secara tepat berdampak pada kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia. Hal ini dihubungkan dengan kemampuan klien yang dipenagruhi oleh kurangnya percaya diri klien terhadap pengungkapan marah yang dialami.

Menurut penelitian Muktiari Bachtiar (2019) pada pengkajian,

difokuskan pada resiko perilaku kekerasan, karena klien sering marah-marah tanpa sebab, bicara sendiri, dan ingin membunuh tetangganya. Klien juga pernah mengalami gangguan jiwa dan klien mengalami kekambuhan dengan gejala yang sama yaitu sering marah-marah.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan dapat dirumuskan berdasarkan hasil pengkajian, baik masalah aktual maupun resiko gangguan jiwa. Diagnosa keperawatan perilaku kekerasan dirumuskan jika klien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mengendalikan perilaku kekerasan tersebut.

Berdasarkan hasil studi kasus didapatkan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan.

Menurut penelitian Ulimatus salsabila di kabupaten Jember terdapat 3 diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu resiko perilaku kekerasan, gangguan pola tidur dan defisit perawatan diri.

Menurut penelitian Nurhani, Wiwik, dan Romi (2019) menunjukan diagnosa yang muncul pada pasien adalah resiko perilaku kekerasan segai core problem, gangguan persepsi sensori sebagai causa, isolasi sosial seagai effect.

3. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan disesuaikan dengan standar asuhan

keperawatan jiwa yaitu menggunakan teknik komunikasi terapeutik, pendidikan kesehatan, aktivitas sehari-hari, penerapan terapi modalitas, dan tindakan kolaborasi. Rencana tindakan keperawatan ditujukan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Intervensi yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan antara lain: SP1P terdiri dari mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi kemampuan klien untuk mengatasi perilaku kekerasan dan menjelaskan akibat dari perilaku kekerasan, melatih klien melakukan relaksasi: tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, senam dan jalan-jalan. SP2P terdiri dari yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien untuk bicara dengan baik: mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik. SP3P yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien untuk melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut. SP4P yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien dan membantu klien mengendalikan resiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan. SP5P yaitu mengevaluasi kegiatan dan jadwal harian pasien dan mendiskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dan menganjurkan untuk

memasukan kedalam kegiatan harian, berikan pujian jika klien mampu mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.

Menurut penelitian Vevi dan Selvita (2018) menunjukan sebelum dilakukan terapi komunikasi terapeutik sebagian besar responden mempunyai mempunyai perilaku yang kurang baik (maladaptif) dan diberikan terapi komunikasi keperawatan terapeutik terjadi peningkatan skor perilaku yang lebih baik (adaptif). Hasil penelitian menunjukan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi komunikasi terapeutik dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Menurut penelitian Syah fitroh mukti saputri (2021) menunjukan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yang dilakukan dengan terapi jadwal kegiatan sehari-hari selama tujuh hari menunjukan adanya penurunan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang awalnya sebelum diberikan tindakan terapi jawdal menunjukan 9 tanda dan gejala perilaku kekerasan setelah dilakukan terapi jadwal menjadi 3 tanda dan gejala perilaku kekerasan. Rekomendasi dengan pemberian terapi jadwal harian dapat menurunkan tnda dan gejala perilaku kekerasan dan peningkatan kemampuan klien dalam mengontrol perilaku kekerasan secara mandiri dan menjadikanya suatu kebiasaan.

Menurut penelitian Raphita dan Jesiko (2018) hasil penelitian memberikan informasi paparan tentang kondisi yang dialami keluarga tentang kondisi yang dialami keluarga tentang pengalaman keluarga dalam merawat penderita Skizofrenia, khususnya dengan masalah utama perilaku kekerasan. Paparan tersebut dapat dipergunakan sebagai landasan dalam merancang intervensi keperawatan pada keluarga yang sesuai.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi pada pasien perilaku kekerasan dapat menggunakan pendekatan tentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai dengan strategi pengontrolan. Pada strategi pencegahan dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan, kesadaran diri, komunikasi verbal dan nonverbal, perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka.

Menurut Yessiluis dan Sri (2020) hasil implementasi didapatkan strategi pelaksana yang dilakukan dan pemberian relaksasi otot progresif mampu mengontrol marahpada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dan mengurangi kecemasan.

Berdasarkan penelitian Purwandi (2020) menunjukkan bahwa penerapan pendidikan kesehatan tentang kepatuhan minum obat diberikan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan dengan

riwayat putus obat. Ada yang patuh dan tidak patuh dalam minum obat, hal ini dikarenakan klien pertama pemahamnya kurang sedangkan klien kedua sudah pernah putus obat dan merasakan bahwa gejala perilaku kekerasan.

Menurut penelitian Widya dan Andresta (2020) setelah diberikan asuhan keperawatan berupa strategi pelaksana pada pasien didapatkan hasil pasien mampu menerapkan SP 1 sampai SP 4 dengan bimbingan perawat secara mandiri dan memasukkan kedalam jadwal harian.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang peneliti dapatkan setelah melakukan Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan mendapatkan data subjektif, klien mengatakan merasa gelisah, marah dan menyakiti dirinya jika melihat sumber yang menyebabkan marah dan selalu mendengar bisikan untuk melakukan kekerasan. Klien mengatakan jika emosinya tidak stabil klien langsung melakukan teknik relaksasi seperti tarik nafas dalam dan mengalikan dengan cara memukul bantal. Data objektif wajah klien tampak tegang.

Data subjektif klien mengatakan dirinya masih merasa gelisah dan timbul pada malam hari klien mengatakan bangun pagi pada pukul 05:00 wita, mandi pada pukul 06.00 wita setelah itu

sarapan pagi. Data objektif klien tampak tenang dan klien minum obat pada pukul 10:00 wita.

Data subjektif klien mengatakan ketika marah klien mengatakan mengalihkan dengan berbicara dengan teman sekamarnya atau klien melakukan teknik relaksasi nafas dan dalam dan mengalihkan dengan memukul bantal. Data objektif klien minum obat pada pukul 10:00 wita klien tampak tenang.

Menurut penelitian Fathul (2017) klien mampu mengetahui dan mempraktikkan upaya penurunan resiko perilaku kekerasan dengan melakukan latihan asertif secara verbal. Klien mampu membina hubungan saling percaya, mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala akibat yang terjadi ketika marah, mampu mempraktikkan tehnik nafas dalam dan memukul-mukul bantal. Klien juga dapat menyebutkan obat apa saja yang dikonsumsi dan akibat jika tidak meminumnya secara teratur. Klien juga mampu mengontrol marah dengan mengungkapkan, meminta, menolak dengan baik dan mengontrol marah dengan kegiatan spiritual.

Menurut penelitian Fieta (2020) hasil evaluasi didapatkan pasien mampu menyebutkan dan mempraktikkan cara-cara latihan mengontrol marah yang sudah diajarkan dengan baik dan benar, namun pasien kurang mampu untuk mengaplikasikan ketika dirinya

muncul. Semua tindakan sudah dilakukan, pasien hanya mampu mengungkapkan saat diajarkan, tidak mampu mengaplikasikan cara mengontrol marah saat emosi atau marahnya itu muncul.

C. Keterbatasan

Keterbatasan yang dialami peneliti selama melakukan penelitian adalah pada saat proses mengajukan surat dan keterbatasan dalam bertemu klien karena pada saat pandemi seperti ini.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Hasil wawancara pada klien dengan masalah utama resiko perilaku kekerasan adalah: data subjektif, klien mengatakan masih sering marah dan mengamuk apabila klien masih mendengar suara yang membuat dia mengamuk dan klien akan marah apabila melihat suaminya, klien juga mengatakan apabila marah dia akan langsung melakukan tarik nafas dalam atau berbicara dengan temanya untuk mengalihkan yang membuat dia marah. Data objektif kontak mata tajam dan klien masih terlihat gelisah.
2. Setelah dilakukan wawancara dengan klien penulis dapat menegaskan diagnosa keperawatan yaitu resiko perilaku kekerasan.
3. Rencana keperawatan yang dilakukan oleh peneliti adalah mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, melatih klien untuk melakukan relaksasi yaitu tarik nafas dalam dan pukul bantal atau kasur, melatih klien untuk berbicara dengan baik, melatih klien untuk patuh minum obat, membantu klien mengendalikan resiko perilaku kekerasan jika

pasien mengalami kesulitan, diskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan dan yang terakhir berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan resiko perilaku kekerasan.

4. Implementasi yang telah dilakukan oleh peneliti pada klien yaitu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan, melatih klien untuk melakukan tehnik relaksasi yaitu tarik nafas dalam dan memukul bantal atau kasur, melatih klien untuk bicara dengan baik: mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik, mendiskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan, melatih klien untuk patuh minum obat, berikan pujian pada klien saat mampu mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dan menganjurkan klien memasukan kedalam kegiatan harian.

5. Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan strategi pelaksana yang telah dilakukan bahwa SP1P terdiri dari mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi kemampuan klien untuk mengatasi perilaku kekerasan dan menjelaskan akibat dari

perilaku kekerasan, melatih klien melakukan relaksasi: tarik nafas dalam, pukul bantal dan kasur, senam dan jalan-jalan. SP2P terdiri dari yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien untuk bicara dengan baik: mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik. SP3P yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien untuk melakukan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut. SP4P yaitu mengevaluasi kegiatan harian pasien dan membantu klien mengendalikan resiko perilaku kekerasan jika pasien mengalami kesulitan. SP5P yaitu mengevaluasi kegiatan dan jadwal harian pasien dan mendiskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dan menganjurkan untuk memasukan kedalam kegiatan harian, berikan pujian jika klien mampu mempraktikkan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran peneliti dapat sampaikan adalah:

1. Bagi masyarakat

Sebagai bahan bacaan tentang gangguan jiwa terutama pada kasus perilaku kekerasan.

2. Bagi pengembang ilmu dan teknologi keperawatan

Memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan jiwa dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

3. Bagi peneliti

Memperoleh pengetahuan tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan. Dan peneliti dapat menambah wawasan dan pengalaman tentang keperawatan jiwa.



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang rawat : Kenanga

Masuk rumah sakit : 27 Juli 2021

A. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny L

Usia : 47 Tahun

No. CM : 190128

Alamat : Luwu

B. ALASAN MASUK

1. Keluhan utama saat masuk.

Klien masuk dengan keluhan gelisah dan melempar barang

2. Kondisi saat ini

Klien mengiakan akan mengamuk apabila ia melihat suaminya

C. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Klien sebelumnya belum pernah mengalami gangguan jiwa

2. Pengobatan sebelumnya

Klien mengatakan belum pernah melakukan pengobatan dan mengkonsumsi obat-obatan sebelumnya

3. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klie mengatakan tidak mempunyai keluarga yang mempunyai gangguan jiwa

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien beragama kristen protestan, klien yakin dan percaya bahwa ada Tuhan yang akan menyembuhkan penyakitnya

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan melakukan kegiatan ibadah sesuai keyakinannya

F. STATUS MENTAL

1. Penampilan:

Penampilan rapi dan sesuai dengan usia klien

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji klien berbicara pelan dan klien menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang dipertanyakan

3. Aktivitas motorik

Pasien tampak tegang

4. Alam perasaan

Pada saat dikaji klien tampak sedih

5. Afek

Pada saat dikaji pasien tampak datar

6. Intraksi selama wawancara

Pada saat di wawancara klien kontak mata klien terhadap perawat kurang, pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat dan pasien tampak tenang saat berkomunikasi dengan perawat.

7. Persepsi

Halusinasi:

Pendengaran:

penglihatan:

Perabaan:

pengecapan:

8. Isi pikir

Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir seperti obsesi, phobia dll. Dibuktikan dengan pasien berpikir secara normal.

9. Proses pikir

Saat dikaji pasien berbicara sesuai topik pembicaraan.

10. Tingkat kesadaran

Pada saat dikaji pasien tampak lupa menyebutkan tanggal hari dan bulan. Namun klien tidak mengalami disorientasi orang maupun tempat.

11. Memori

Memori pasien masih baik dibuktikan dengan klien masih mengingat sudah berapa hari ia berada di rumah sakit.

12. Kemampuan penilaian

Saat dikaji klien mampu mengambil keputusan.

13. Daya titik diri

Saat dikaji pasien menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa dan berada di rumah sakit jiwa.

G. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

a. Makanan dan minum

Klien mampu memenuhi kebutuhannya secara mandiri seperti makan dan minum tanpa bantuan, frekuensi makan 3x sehari.

b. BAB/BAK

Klien mampu untuk BAB 1x sehari secara mandiri ditempatnya dan BAK lancar 3-5x sehari secara mandiri ditempatnya.

c. Mandi

Pasien mandi 2 kali sehari secara mandiri dan ditempatnya

d. Berpakaian

Klien berpakaian sesuai dengan usia dan klien mampu mengambil, memilih dan mengenakan pakaiannya secara mandiri

e. Istirahat dan tidur

Pada saat dikaji klien mengatakan tidur malam pada pukul 21:00 wita sampai dengan pukul 05:00 wita, dan klien mengatakan jarang tidur siang.

f. Penggunaan obat

Selama perawatan pasien mendapatkan pengobatan teratur yaitu 3 kali sehari, dan obat yang diberikan yaitu Risperidone 2 mg 2x1 dan Clozapine 25 mg.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan jika pulang ia berjanji akan melakukan pengobatan rawat jalan secara teratur sesuai dengan anjuran dan mengkonsumsi obat sesuai dengan anjuran.

H. MEKANISME KOPING

Adaptif:

Berbicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Tehnik relaksasi

olahraga

Maladaptif:

Minum alcohol

Reaksi lambat/berlebi

Bekerja berlebihan

Menghindar

Mencederai diri

I. MASALAH PSIKOSOSIAL & LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok Ya Tidak

Uraikan:

Masalah dengan pendidikan Ya Tidak

Uraikan:

Masalah dengan pekerjaan Ya Tidak

Uraikan:

Masalah dengan perumahan Ya Tidak

Uraikan:

Masalah dengan ekonomi Ya Tidak

Uraikan

Masalah dengan pelayanan kesehatan Ya Tidak

Uraikan

J. KURANG PENGETAHUAN TENTANG

Penyakit jiwa

Koping

Sistem pendukung

Penyakit fisik

Obat-obatan

lainya



Mahasiswa

Ainul Jannah

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN JIWA

Ruang rawat : Kenanga

Masuk rumah sakit : 02 Agustus 2021

A. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny N

Usia : 53 tahun

No. CM : 090410

Alamat : Bone

B. ALASAN MASUK

1. Keluhan utama saat masuk.

Mengamuk dan melempar barang.

2. Kondisi saat ini

Klien mengatakan masih menagmuk dan melempar barang apabila mendengar suara yang menyuruh.

C. FAKTOR PREDISPOSISI

3. Pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu?

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sudah 4 kali masuk di RSKD Dadi.

4. Pengobatan sebelumnya

Tidak berhasil dengan bukti pasien masuk kembali setelah dipulangkan.

5. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Klien mengatakan tidak mempunyai keluarga yang mempunyai gangguan jiwa

6. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan:

D. PEMERIKSAAN FISIK

7. TTV: TD : 110/80 mmHg N: 84x/m
S : 36.7° c P: 22x/m

E. PSIKOSOSIAL

1. Konsep diri

a. Citra tubuh :

Klien mengatakan menyukai semua bagian tubuhnya

b. Identitas :

Klien sebelumnya sebagai seorang ibu rumah tangga

c. Peran

Saat dikaji klien mengatakan dalam masyarakat jarang mengikuti kegiatan di kampungnya. Pasien mengatakan peranya sebagai ibu.

d. Ideal diri :

Harapan klien ingin segera pulang dan bertemu dengan keluarganya.

2. Hubungan sosial

a. Orang yang berarti

Anak klien dan keluarga klien.

c. Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat

Saat di kaji klien mengatakan jarang mengikuti kegiatan di masyarakat.

3. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien beragama Islam, klien yakin dan percaya bahwa ada Tuhan yang akan menyembuhkan penyakitnya.

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan melakukan kegiatan ibadah sesuai keyakinannya.

e. **STATUS MENTAL**

1. Penampilan:

Penampilan rapi dan sesuai dengan usia klien

2. Pembicaraan

Pada saat dikaji klien berbicara pelan dan klien menjawab pertanyaan sesuai dengan apa yang dipertanyakan.

3. Aktivitas motorik

Pasien tampak lesu.

4. Alam perasaan

Pada saat dikaji klien tampak sedih.

5. Afek

Pada saat dikaji pasien tampak datar.

6. Intraksi selama wawancara

Pada saat di wawancara klien kontak mata klien terhadap perawat kurang, pasien mampu menjawab pertanyaan dari perawat dan pasien tampak tenang saat berkomunikasi dengan perawat.

7. Persepsi

Halusinasi:

Pendengaran : Ya

penglihatan:

Perabaan :

pengecapan:

8. Isi pikir

Pasien tidak mengalami gangguan isi pikir seperti obsesi, phobia dll. Dibuktikan dengan pasien berpikir secara normal.

9. Proses pikir

Saat dikaji pasien berbicara sesuai topik pembicaraan.

10. Tingkat kesadaran

Pada saat dikaji pasien tampak lupa menyebutkan tanggal hari dan bulan. Namun klien tidak mengalami disorientasi orang maupun tempat.

11. Memori

Memori pasien masih baik dibuktikan dengan klien masih mengingat sudah berapa hari ia berada di rumah sakit.

12. Kemampuan penilaian

Saat dikaji klien mampu mengambil keputusan.

13. Daya titik diri

Saat dikaji pasien menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa dan berada di rumah sakit jiwa.

14. **KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG**

1. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

a. Makanan dan minum

Klien mampu memenuhi kebutuhannya secara mandiri seperti makan dan minum tanpa bantuan, frekuensi makan 3x sehari.

b. BAB/BAK

Klien mampu untuk BAB 1x sehari secara mandiri ditempatnya dan BAK lancar 3-5x sehari secara mandiri ditempatnya.

c. Mandi

Pasien mandi 2 kali sehari secara mandiri dan ditempatnya

d. Berpakaian

Klien berpakaian sesuai dengan usia dan klien mampu mengambil, memilih dan mengenakan pakaiannya secara mandiri

e. Istirahat dan tidur

Pada saat dikaji klien mengatakan tidur malam pada pukul 20:00 wit sampai dengan pukul 05:00 wita, pasien tidur siang pada jam 13:00 wita dan pasien mengatakan tidurnya nyenyak.

f. Penggunaan obat

Selama perawatan pasien mendapatkan pengobatan teratur yaitu 3 kali sehari, dan obat yang diberikan yaitu HLP 5 mg, CP2 100 mg dan insulin novorapid.

g. Pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan jika pulang ia berjanji akan melakukan pengobatan rawat jalan secara teratur sesuai dengan anjuran dan mengonsumsi obat sesuai dengan anjuran.

h. MEKANISME KOPING

Adaptif:

Berbicara dengan orang lain

Mampu menyelesaikan masalah

Tehnik relaksasi

olahraga

Maladaptif:

Minum alcohol

Reaksi lambat/berlebih

Bekerja berlebihan

Menghindar

Mencederai diri

i. MASALAH PSIKOSOSIAL & LINGKUNGAN

Masalah dengan dukungan kelompok Ya Tidak

Uraikan:

Masalah dengan pendidikan Ya Tidak

Uraikan:

Masalah dengan pekerjaan Ya Tidak

Uraikan

Masalah dengan perumahan Ya Tidak

Uraikan

Masalah dengan ekonomi Ya Tidak

Uraikan

Masalah dengan pelayanan kesehatan Ya Tidak

Uraikan

j. **KURANG PENGETAHUAN TENTANG**

Penyakit jiwa

Koping

Sistem pendukung

Penyakit fisik

Obat-obatan

lainya

Mahasiswa

Ainul Jannah

STRATEGI PELAKSANAAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN

Pertemuan: Ke 1 (satu)

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Klien tampak tenang dan menjawab pertanyaan yang diajukan.

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tindakan keperawatan

SP1P:

Membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi kemampuan klien untuk mengatasi perilaku kekerasan, melatih klien untuk melakukan relaksasi: tarik nafas dalam, pukul bantal atau kasur.

B. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

1. Fase orientasi

" Assalamualaikum wr wb, selamat pagi ibu, perkenalkan nama saya ainul jannah, saya biasa di panggil ainul. Saya perawat yang penelitian diruangan ini selama 7 hari dan.

" Nama ibu siapa? Biasanya ibu senang dipanggil apa?

" Bagaimana perasaan ibu hari ini? Apakah masih ada perasasaan kesal atau marah?

" Baiklah ibu kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah ibu, ibu maunya berapa lama kita berbincang-bincang?

" dimana kita mau berbincang-bincang? Bagaimana kalau di kursi saja?".

2. Fase kerja

" Apakah yang menyebabkan ibu marah?

Apakah sebelumnya ibu pernah marah?

Kalau sebelumnya ibu pernah marah biasanya disebabkan karena apakah itu?

Apakah marahnya ibu sebelumnya sama dengan sekarang?

" Apakah dengan ibu marah-marah keadaan ibu lebih baik?

Menurut ibu apakah ada cara lain selain marah-marah?

" baiklah ibu, maukah ibu belajar untuk mengendalikan marah ibu yang baik dan benar tanpa menimbulkan kerugian?

" Begini ibu, kalau tanda-tanda marah itu sudah ibu rasakan ibu bisa relaks lalu tarik nafas dari hidung tahan sebentar lalu keluarkan secara perlahan-lahan dari mulut, cobat lagi ibu lakukan sebanyak 5 kali dan setelah melakukan tarik nafas ibu bisa melampiaskan marah ibu dengan memukul bantal atau kasur . Bagus sekali ibu sudah dapat melakukannya.

" Sebaiknya latihan ini ibu lakukan secara rutin, sehinggal bila sewaktu-waktu rasa marah muncul ibu bisa mempraktikanya.

3. Fase terminasi

" Bagaimana perasaan ibu setelah kita berbincang-bincang tentang kemarahan ibu?"

" Baik, sekarang latihan tadi kita masukan di jadwal harian ibu ya"

" Baik ibu, Bagaimana kalau besok kita ketemu lagi di jam yang sama dan ditempat yang sama?"

" Terima kasih ibu saya pamit.....Assalamualaikum wr wb".

Pertemuan: Ke 2 (dua)

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Klien tenang, kooperatif

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tindakan keperawatan

SP2P:

Mengevaluasi jadwal harian, melatih klien berbicara dengan baik: mengungkapkan perasaan, meminta dengan baik dan menolak dengan baik

B. Strategi pelaksana tindakan keperawatan

1. Fase orientasi

" Assalamualaikum selamat pagi ibu, ibu masih ingat dengan nama saya? Bagus ibu ya betul nama saya ainul"

" Sesuai dengan janji saya kemarin saya datang lagi untuk hari ini"

" Bagaimana perasaan ibu hari ini, apakah tadi malam atau kemarin ada yang membuat ibu marah?"

" Baiklah hari ini kita akan berbincang-bincang untuk mencegah marah, bagaimana kalau kita berbincang-bincang ditempat yang sama?"

" Berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?"

2. Fase kerja

" Sekarang kita lakukan latihan cara bicara dengan baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dan pukul bantal atau kasur, dan sudah lega maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada 2 caranya yaitu: yang pertama meminta dengan baik tanpa marah dengan suara yang rendah dan tidak menggunakan kata-kata yang kasar contohnya " bisa saya minta tolong untuk diambihkan baju". Yang kedua menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan ibu tidak bisa melakukannya katakan " Maaf saya tidak bisa melakukannya karena saya ada pekerjaan".

3. Fase terminasi

" Bagaimana perasaan ibu setelah bercakap-cakap tentang mengontrol marah dengan bicara yang baik?"

"Coba ibu sebutkan kembali cara bicara yang baik yang telah kita pelajari." "Bagus sekali, sekarang ibu bisa memasukan latihan tadi kedalam jadwal harian ibu."

"Besok kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah ibu yaitu tentang mengatasi marah dengan cara ibadah, apakah ibu setuju? Baiklah ibu besok kita akan bertemu disini lagi di jam yang sama, sampai jumpa besok ibu."

Pertemuan ke 3

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Klien tenang, bicara jelas, kooperatif

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan

3. Tindakan keperawatan

Mengevaluasi kegiatan harian pasien, melatih klien mengendalikan perilaku kekerasan dengan kegiatan spiritual.

B. Strategi pelaksana tindakan keperawatan

1. Fase orientasi

"Assalamualaikum, bagaimana kabarnya ibu hari ini? Apakah ibu masih mengingat saya?"

"Bagaimana ibu latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah ibu melakukan latihan tersebut?"

" Baik ibu, apakah bu mau berbincang-bincang ditempat yang sama seperti kemarin?"

" Berapa lama ibu mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 10 menit?"

2. Fase kerja

" Ibu bisa ceritakan kegiatan ibadah apa saja yang biasa ibu lakukan setiap hari.

" Bagus, yang manan yang mau dicoba? Nah, kalau ibu sedang marah coba langsung tarik nafas dalam hembuskan perlahan-lahan dan jika tidak reda dengan cara itu ibu bisa ambil air wudhu kemudian sholat." Ibu bisa melakukan secara teratur untuk meredakan kemarahan."

" Coba ibu sebutkan sholat 5 waktu? Bagus, coba sebutkan cara-caranya?"

3. Fase terminasi

" Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini? Jadi sudah berapa cara untuk mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus"

" Ibu bisa memasukan kegiatan ibadah kedalam jadwal kegiatan ibu.

" Baik ibu apakah besok kita bisa bertemu lagi untuk mempelajari cara mengendalikan rasa marah apakah ibu setuju?"

" Baik terima kasih ibu sampai jumpa lagi esok hari".

Pertemuan: ke 4

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Klien tampak tenang, kooperatif, dan klien mampu menjawab pertanyaan yang ditanyakan.

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan.

3. Tindakan keperawatan

Mengevaluasi kegiatan harian pasien, membantu klien mengendalikan resiko marah jika klien mengalami kesulitan.

B. Strategi pelaksana tindakan keperawatan

1. Fase orientasi

" Assalamualaikum , selamat pagi ibu. Bagaimana kabar ibu hari ini?". Apakah ibu masih mengingat saya? Bagus sekali ya saya ainul".

" Bagaimana perasaan ibu hari ini, apakah ada yang membuat ibu marah kemarin?

" Apakah ibu mau berbincang-bincang di tempat yang kemarin?

Bagaimana kalau kita berbincang-bincang selama 10 menit?

2. Fase kerja

" Sebelumnya ibu apakah ibu merasa kesulitan selama melakukan latihan mengendalikan marah? " Bagus sekali kalau ibu tidak merasa kesulitan."

" Baik ibu apabila ibu merasa kesulitan untuk mengendalikan marah ibu bisa duduk dengan tenang lalu tarik nafas tahan dan hembuskan perlahan-lahan atau bisa minta tolong suster atau teman dekat ibu untuk membantu menuntun untuk mengendalikan marah ibu.

3. Fase terminasi

" Baik ibu apakah besok kita masih bisa bertemu lagi untuk berbincang-bincang tentang manfaat yang didapatkan setelah melakukan latihan mengendalikan marah. Apakah ibu setuju? Baik ibu besok kita akan bertemu di jam sama lagi".

" Asslamualaikum, selamat siang ibu".

Pertemuan ke 5

A. Proses keperawatan

1. Kondisi klien

Klien tampak tenang, kontak mata ada selama komunikasi, kooperatif.

2. Diagnosa keperawatan

Resiko perilaku kekerasan.

3. Tindakan keperawatan

Mengevaluasi kegiatan harian pasien dan mendiskusikan manfaat yang didapatkan setelah mempratikan latihan mengendalikan perilaku kekerasan.

B. Strategi pelaksana tindakan keperawatan

1. Fase orientasi

" Assalamualaikum, selamat pagi ibu. Bagaimana kabarnya hari ini? Apakah tadi malam ada yang membuat ibu marah?".

" Baik ini hari ini adalah pertemuan terkahir untuk latihan mengendalikan marah, dan hari ini kita akan berbincang-bincang apa saja manfaat yang dirasan oleh ibu setelah melakukan tindakan mengendalikan marah."

" Bagaimana kalau kita berbincang-bincang ditempat yang kemarin?".

2. Fase kerja

" Ibu bisa ceritakan apa saja yang ibu rasakan setelah melakukan latihan mengendalikan marah?".

" Bagus sekali, dengan latihan mengendalikan marah ibu bisa berpikir tenang, tidak merusak barang-barang dan tidak merugikan orang lain."

3. Fase terminasi

" Baik ibu itulah tadi manfaat yang bisa ibu rasakan setelah melakukan latihan mengendalikan marah."

" Ibu bisa memasukan latihan-latihan tersebut kedalam jadwal harian ibu. Baiklah ibu terima kasih atas waktunya sampai jumpa lagi dilain waktu."

" Asslamualaikum, selamat siang."



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS PENULIS

Nama : Ainal Jannah
Tempat/Tanggal lahir : Paradowane, 3 Januari 2001
Suku/Bangsa : Bima/Indonesia
Agama : Islam
Alamat : Bima NTB
No. Telepon : 085298515957
E-mail : ainuljannah0301@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. **SDN Paradowane (2012)**
2. **SMPN 1 Kota Bima (2015)**
3. **SMAN 2 Kota Bima (2018)**

PENGALAMAN ORGANISASI

LAMPIRAN

Lampiran 1

Lampiran 2 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

1. Kami adalah peneliti berasal dari program studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Makassar, dengan ini meminta Saudara (i) untuk berpartisipasi dalam dan sukarela dalam penelitian yang berjudul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan"
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah yang dapat memberi manfaat berupa penelitian ini akan berlangsung selama 1 minggu
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara dipimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15- 20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/ pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu peroleh dalam keikutsertaan pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan / tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri bapak/ibu beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

6. Jika bapak/ibu membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp: 085298525957



Lampiran 2 Persetujuan menjadi partisipan

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Ainul Janna dengan judul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Resiko Perilaku Kekerasan"

Saya memutuskan setuju ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa saksi apapun.

Makassar 16 Agustus 2021

Saksi

Yang memberikan Persetujuan



Peneliti


Ainul Jannah
NIM:P18001



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 19352/S.01/PTSP/2021
 Lampiran :
 Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
 Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah
 Prov. Sulsel

di
 Tempat

Berdasarkan surat Ka Prodi keperawatan Fak. Kedokteran & Ilmu Kesehatan UNISMUH Makassar Nomor : 190/05/C.4.II/VIII/42/2021 tanggal 06 Agustus 2021 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **AINUL JANNAH**
 Nomor Pokok : P18001
 Program Studi : Keperawatan
 Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(D3)
 Alamat : Jl. Ranggong No. 27 Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah, dengan judul :
" PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **09 Agustus s/d 09 September 2021**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian. Dokumen ini ditandatangani secara elektronik dan Surat ini dapat dibuktikan keasliannya dengan menggunakan **barcode**. Demikian surat izin penelitian ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
 Pada tanggal : 09 Agustus 2021

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
 Seiaiku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

Dr. JAYADI NAS, S.Sos., M.Si
 Pangkat : Pembina TK.I
 Nip : 19710501 199803 1 004

- Tembusan Yth
1. Ka Prodi keperawatan Fak. Kedokteran & Ilmu Kesehatan UNISMUH Makassar di Makassar;
 2. Peninggal.

SIMAP PTSP 09-08-2021



Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
 Website : <http://simap.sulselprov.go.id> Email : ptsp@sulselprov.go.id
 Makassar 90231





TIM KORDIK
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN

Jl. Lanto Dg. Pasewang No. 34 Telepon : (0411) 873120
Fax : (0411) 872167 Email : rskdkordik7@gmail.com Website : www.rskd-kordik.com
Makassar 90131

SURAT KETERANGAN

Nomor : 128/KORDIK-DADI/VIII/2021

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan menerangkan bahwa

Nama : AINUL JANNAH
Nomor Pokok : P18001
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa (D3)
Alamat : Jl. Ranggong No.27, Makassar

Benar telah melakukan penelitian yang berlangsung pada tanggal 09 AGUSTUS 2021 sampai dengan 30 AGUSTUS 2021 di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan dengan judul penelitian yaitu :

**“PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH
UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN”**

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 30 Agustus 2021

Tim Kordik Non Medis



Kamaluddin Palinrungi S.Kep. Ns. M.Kep

Nip. 19751107 199803 1 005



Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Aindul Jannah
NIM : P180001
NAMA PEMBIMBING 1 : A. Nur Anna, AS S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN : 0902018803

Tanggal	Rekomendasi Pembimbing 1	TTD Pembimbing
3 Juni 2021	1. Konsul Judul	
4 Juni 2021	1. ACC judul " Penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan masalah utama pada pasien resiko perilaku kekerasan "	

7 Juni 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsul BAB 1 2. Perhatikan penulisan yang typo 3. Penggunaan buku sumber yang asli 4. Perbaiki penulisan, spasi, dan sesuaikan dengan buku panduan 	
22 Juni 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan typo 2. Teknik penulisan daftar pustaka menggunakan mendelay 3. Tambahkan pembahasan tentang skizofrenia 4. Tambahkan data terbaru 5. Tambahkan hasil observasi 6. Tambahkan jurnal tentang dampak RPK 	
30 Juni 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan satu buku sumber tentang ODGJ 2. Cek typo 3. Cek penulisan setelah tutup kurung dan buka kurung 4. Penulisan numberng 5. Perencanaanan pakai SP pasien 	
23 Juli 2021	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan numberng 2. Cek typo 3. Cek kesalahan penulisan 	



7. 28 Juli 2021	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki garis di BAB II2. Penulisan numbering3. Tambahan di pengumpulan data4. Tambahkan kalimat sendiri di etika penulisan	
-----------------	--	---



18/8/2021

1. konsul bab 9.
2. Perbaiki Perurusan
3. cek typo.

JMP

20/08/2021

1. cek typo
2. Perbaikan keausan
3. konsul bab 9.

JMP

29/08/2021

1. konsul bab 5.
2. Tambahkan referensi jurnal di pembahasan

JMP

26/8/2021

1. Tambahkan referensi jurnal di bab 9.
2. Perbaiki typo.

JMP



28/8/2021

1. Tambahkan referensi berskala
2. Perhatikan penulisan citasi
3. Perhatikan typo.

[Handwritten signature]

29/8/2021

1. Perbaiki untuk Perencanaan

[Handwritten signature]

30/8/2021

Ace *[Handwritten]* *[Handwritten]*



[Handwritten signature]

Mengetahui,
Ka Prodi

[Handwritten signature]

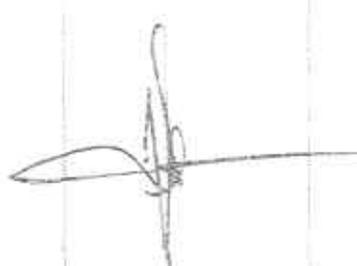
Ratna Maulud S.Kep.Ns.M.Kes
NPM 383 575



Program Studi Diploma III Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Makassar

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

MA MAHASISWA : Ainul jannah
NIM : P18001
MA PEMBIMBING 1 : Abdul halim S.Kep. M.Kes
NIM :

Tanggal	Rekomendasi Pembimbing 1	TID Pembimbing
22 Juni 2011	1. konsult sudut yang telah di ACS oleh Pembimbing	
11 Juli 2011	1. konsult Bab I 2. Perbaiki Perbaikan 3. Baca Panduan. Buat beransi proposal sesuai panduan. 4.	

1. Buat sistematisa Penulisan latar belakang secara deduktif, dan hal umum ke khusus
2. Buat urgens: mengenai Pentingnya penerapan pada Pameran RPK.

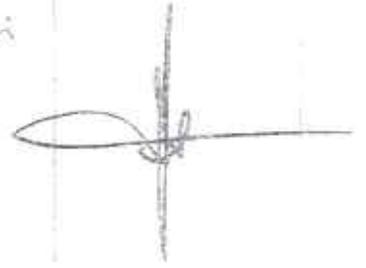
1. ACC bab 1
2. Ambil referensi kepustakaan 10 tahun terakhir
3. selala Perbaikan esai dan Penulisan kata dan kalimat.



1. Tambahkan referensi di bab 2.
2. Perbaiki metodologi Penelitian di bab 3.

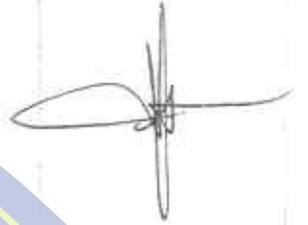
1. Pakar apa yang dimaksud kriteria inklusi dan ekklusi?
2. Urutkan kriteria inklusi dan ekklusi berdasarkan poin-poin yang diketahui.
3. lengkapi lampiran.

1. Ace bab 2 dan 3.
2. Perbaiki kelengkapan halaman dan
ajar sampai ke belakang.
3. Buat ppt untuk ujian proposal
4. Persiapkan diri untuk ujian proposal.



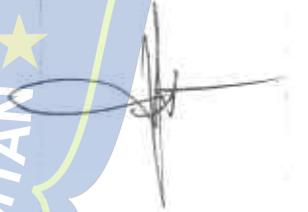
17/2/2021

1. konsul bab 9
2. Perbaiki estetika penulisan
3. Perbaiki typo



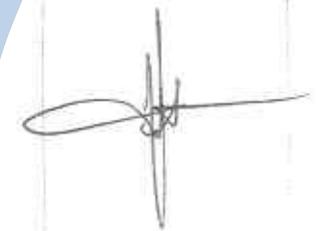
19/2/2021

1. konsul bab v
2. Tambahkan referensi jurnal
3. Perbaiki estetika penulisan.



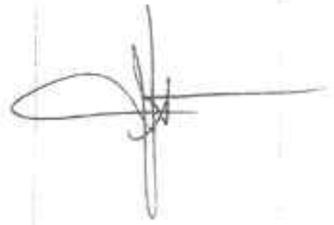
24/2/2021

1. konsul bab IV dan V
2. Tambahkan referensi
jurnal di BAB IV



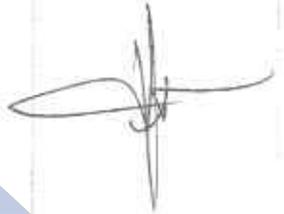
29/8/2021

1. Acc BAB IV
2. Tambahkan data Pasien di Pengkajian
3. Perbaiki typo.



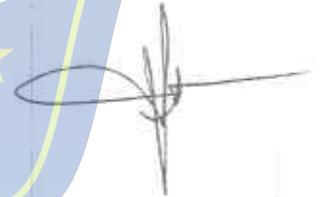
26/8/2021

1. Acc BAB V
2. Perbaiki kesalahan Penulisan.



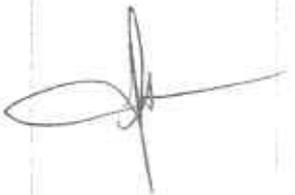
28/8/2021

1. Acc BAB IV dan V



30/8/2021

1. Acc KTI
2. Persiapan Ujian



Mengetahui,
Ka Prodi


Rahma Fahmud S Kep., Ns., M Kes

0812 883 575



DAFTAR HADIR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

TAHUN 2021

Nama Pembimbing : A. Nur'anna, S.Kep.,Ns., M.Kep

NIDN : 0902018803

NO	NIM	MAHASISWA	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
1	P-18001	Ainul Jannah	Aud	Aud	Aud	Aud	Aud	Aud	Aud							

Pembimbing 1

A. Nur'anna

(A. Nur'anna SKep.,Ns., M.Kep)

NIDN : 0902018803

Makassar,

2021



(Habib Mahmud, S.Kep.,Ns., M.Kes)

NBM : 883575



DAFTAR HADIR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

TAHUN 2021

Nama Pembimbing : Abdul halim, S.Kep., M.Kes

NIDN : 0906097201

NO	NIM	MAHASISWA	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
1	P18001	Ainul jannah	Aul Aul Aul													

Makassar, 2021



Pembimbing 2

(Abdul halim, S.Kep., M.Kes)

NIDN : 0906097201

Ainul jannah P18001
by Tahap Kti .



mission date: 30-Aug-2021 02:13PM (UTC+0700)

mission ID: 1638129181

name: KTI_AINUL_JANNAH.docx (437.98K)

id count: 9552

character count: 60657

ORIGINALITY REPORT

Similarity Index	Internet Sources	Publications	Student Papers
18%	16%	0%	7%
PRIMARY SOURCES			
repository.akperkyjogja.ac.id			4%
www.slideshare.net			3%
repository.ucb.ac.id			3%
es.scribd.com			3%
eprints.poltekkesjogja.ac.id			2%
Submitted to Universitas Indonesia			2%
eprints.ukh.ac.id			2%



Exclude quotes

Exclude matches

Exclude bibliography