

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Perilaku Kekerasan**

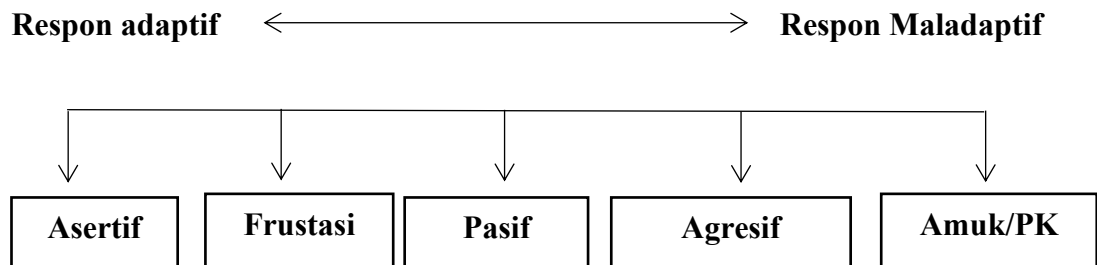
##### **1. Definisi**

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan melukai seseorang secara fisik maupun psikologis dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan respon maladaptif dari marah akibat tidak mampu klien untuk mengatasi stressor lingkungan yang dialaminya (Pangaribuan et al., 2022).

Perilaku kekerasan adalah respons terhadap stresor yang dapat merugikan diri sendiri dan orang lain. Individu dengan perilaku ini biasanya menunjukkan perubahan sikap, seperti gelisah, agresif, berbicara dengan nada tinggi, atau ekspresi tegang. Selain itu, mereka sering mengalami kesulitan memecahkan masalah, gangguan orientasi, dan peningkatan kegelisahan (Jaya et al., 2022).

Perilaku Kekerasan merupakan salah satu respon marah mengekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai diri sendiri maupun orang lain dan dapat merusak lingkungan sekitar. Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat terjadi perubahan pada fungsi kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Pada aspek fisik tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, mudah tersinggung, marah, amuk serta dapat mencederai diri sendiri maupun orang lain (Sari et al., 2023)

## 2. Rentang Respon Marah



**Bagan 2. 1 Rentang Respon Marah**

Sumber : (Muhith, 2015)

### **Keterangan:**

#### a. Respon Adaptif

- 1) Asertif : Individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan ketenangan.
- 2) Frustrasi : Individu gagal mencapai tujuan kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative (Muhith, 2015)

#### b. Respon Maladaptif

- 1) Pasif : Individu tidak dapat mengungkapkan perasaan nya.
- 2) Agresif : Perilaku yang menyertai marah, terdapat dorongan untuk menuntut tetapi masih terkontrol.
- 3) Kekerasan : Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat serta hilang nya control diri (Muhith, 2015)

### **3. Etiologi**

#### **a. Faktor predisposisi**

Menurut (Muhith, 2015) terdapat faktor predisposisi dan faktor presipitasi terjadinya perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut :

##### **1) Psikoanalisis**

- a) Teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif merupakan hasil dari dorongan insting.

##### **2) Psikologis**

- a) Berdasarkan teori frustrasi agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan yang tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.

##### **3) Biologis**

Bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas adalah sebagai berikut.

- a) Sistem limbik Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.
- b) Lobus temporal, Organ yang berfungsi sebagai penyimpanan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.
- c) Lobus frontal, Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, pengelola, emosi, dan alasan berpikir.

- d) Neurotransmitter, Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin, dopamin, norepinephrin, acetylcholine dan GABA.

#### **4) Perilaku**

- a) Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam respons positif terhadap frustrasi.
- b) Penekanan emosi berlebihan pada anak-anak atau godaan orang tua memengaruhi kepercayaan dan percaya diri individu
- c) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga memengaruhi penggunaan kekerasan sebagai coping.

#### **5) Sosial kultural**

- a) Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi.
- b) Budaya asertif di masyarakat membantu individu yang memberi respons terhadap marah yang sehat.

#### **b.Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi dapat bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik, keputusasaan, ketidak berdayaan, dan percaya diri yang kurang dapat menjadi perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengaruh pada penghinaan, kehilangan orang yang

dicintai atau pekerjaan, dan kekerasan merupakan faktor penyebab lain (Endriyani et al., 2023)

### **c. Proses terjadi**

Kemarahan timbul apabila seseorang merasa frustrasi, disakiti, atau takut. Kemarahan yang ditangani dengan sesuai dan tepat serta diungkapkan secara asertif dapat membantu individu menyelesaikan konflik dan masalah. Akan tetapi, kemarahan yang disupresi atau tidak ditangani dengan tepat, dapat menimbulkan masalah fisik dan emosional serta dapat juga mengganggu atau merusak relasi dengan sesama (Mauliddiyah, 2021).

Respon marah dapat diekspresikan secara internal atau eksternal, secara internal berupa perilaku destruktif agresif, respon marah dapat diungkapkan melalui tiga cara mengungkapkan secara verbal, menekan, menantang. (Adolph, 2016).

Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti orang lain akan memberikan kelegaan pada individu. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku agresif dan menantang biasanya dilakukan karena ia merasa kuat. Cara ini menimbulkan masalah yang berkepanjangan dan dapat menimbulkan tingkah laku yang destruktif dan amuk. (Adolph, 2016).

### **d. Tanda Dan Gejala**

Menurut (Muhith, 2015) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan : Muka merah dan

tegang, mata melotot/ pandangan tajam, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, Bicara kasar Suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal dan fisik, melempar atau memukul benda/orang lain, merusak barang atau benda, tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan Tanda dan gejala perilaku kekerasan berdasarkan standar asuhan keperawatan jiwa dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

1) Data Subjektif

- a) Mengungkapkan perasaan kesal atau marah.
- b) Keinginan untuk melukai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.
- c) Klien suka membentak dan menyerang orang lain.

2) Data Objektif

- a) Mata melotot/pandangan tajam.
- b) Tangan mengepal dan Rahang mengatup.
- c) Wajah memerah dan Postur tubuh kaku.
- d) Mengancam dan Mengumpat dengan kata-kata kotor.
- e) Suara keras, Bicara kasar, ketus.
- f) Menyerang orang lain dan Melukai diri sendiri/orang lain.
- g) Agresif dan mau merusak lingkungan. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h) Mondar mandir
- i) Melempar atau memukul benda / orang lain.

### **e. Mekanisme Koping**

Mekanisme koping adalah segala upaya yang diarahkan untuk mengendalikan stres, termasuk upaya memecahkan masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan lain yang digunakan untuk melindungi diri sendiri, seperti mengalihkan kegiatan yang bermanfaat (konversi), memberikan alasan yang logis (rasionalisme), dialihkan ke objek lain/ memarahi tanaman atau binatang (Proyeksi), mundur ke tahap perkembangan sebelumnya (regresi) (Yani et al., 2023). Adapun beberapa mekanisme, yaitu :

- 1). Regresi yaitu berhubungan dengan proses informasi dan upaya yang digunakan untuk menanggulangi rasa ketakutan, serta menghindari rasa cemas dan stress.
- 2). Proyeksi yaitu keinginan yang tidak dapat ditoleransi dan klien berusaha menjelaskan/mengungkapkan perasaannya kepada orang lain karena kesalahannya sendiri.

### **f. Penatalaksanaan**

#### **1) Penatalaksanaan terapi**

Menurut (Mauliddiyah, 2021) , penatalaksanaan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut.

#### **a). Terapi farmakologi**

Pasien dengan perilaku kekerasan memerlukan perawatan dan pengobatan yang tepat. Untuk pengobatan dengan obat neuroleptik dosis tinggi yang efektif, seperti klorpromazin hidroklorida, yang

membantu mengontrol kinerja psikomotorik. Jika hal ini tidak memungkinkan, dosis efektif yang lebih rendah dapat digunakan, seperti: B.Trifluoperazin-estalacin. Jika tidak memilikinya, Anda bisa menggunakan obat penenang sebagai pengganti antipsikotik, seperti neuroleptik. Namun keduanya menghasilkan efek ketegangan, ketakutan, dan kegelisahan.

#### **b).Terapi okupasi**

Terapi ini sering di terjemahkan dengan terapi kerja, terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengembalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus di berikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran atau bermain catur. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus di lakukan oleh petugas terhadap rehalibitasi setelah di lakukan seleksi dan di tentukan program kegiatan nya

#### **c).Peran serta keluarga**

Merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan pasien. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif, dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif sehingga derajat kesehatan pasien dapat di tingkatkan secara optimal.

#### **d).Terapi somatik**

Menerapkan bahwa terapi somatik terapi yang di berikan kepada pasien gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang di tunjukkan pada kondisi fisik pasien, tetapi target terapi adalah perilaku pasien.

### **2) Penatalaksanaan Keperawatan**

#### **a) Strategi pelaksanaan pasien perilaku kekerasan**

Startegi pelaksanaan dapat dilakukan berupa komunikasi terapeutik kepada pasien perilaku kekerasan maupun pada keluarga. Tindakan keperawatan terhadap pasien dapat dilakukan minimal empat kali pertemuan dan dilanjutkan sampai pasien dan keluarga dapat mengontrol dan mengendalikan perilaku kekerasan. Pada masing-masing pertemuan dilakukan tindakan keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP) sebagai berikut (Ndari & Maula Maratus Solikhah, 2023)

- (1) Latihan strategi pelaksanaan 1 untuk pasien : latihan nafas dalam dan memukul kasur atau bantal.
- (2) Latihan strategi pelaksanaan 2 untuk pasien : latihan minum obat.
- (3) Latihan strategi pelaksanaan 3 untuk pasien : Latihan cara social atau verbal.

(4) Latihan strategi pelaksanaan 4 untuk pasien : Latihan cara spiritual.

Tindakan keperawatan berdasarkan strategi pelaksanaan (SP Keluarga) sebagai berikut :

- (1) Latihan strategi pelaksanaan 1 untuk keluarga : Cara merawat pasien dan melatih latihan fisik.
- (2) Latihan strategi pelaksanaan 2 untuk keluarga : Cara memberi minum obat.
- (3) Latihan strategi pelaksanaan 3 untuk keluarga : Melatih keluarga cara mengontrol marah dengan cara sosial atau verbal.
- (4) Latihan strategi pelaksanaan 4 untuk keluarga : cara mengontrol rasa marah dengan cara spiritual, latih cara spiritual, jelaskan follow up ke Rumah sakit jiwa, dan tanda kambuh.

#### **b) Terapi modalitas**

Terapi modalitas keperawatan jiwa dilakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap klien agar mampu bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Muhith, 2015). Jenis-jenis terapi modalitas adalah :

##### (1) Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)

Terapi Aktivitas Kelompok sering digunakan dalam praktik kesehatan jiwa, bahkan merupakan hal yang terpenting dari

keterampilan terapeutik dalam ilmu keperawatan. Pemimpin atau leader kelompok dapat menggunakan keunikan individu untuk mendorong anggota kelompok untuk mengungkapkan masalah dan mendapatkan bantuan penyelesaian masalahnya dari kelompok, perawat juga adaptif menilai respon klien selama berada dalam kelompok.

Jenis Terapi Aktivitas Kelompok yang digunakan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi atau Kognitif sesi 1-4. Terapi yang bertujuan untuk membantu klien yang mengalami kemunduran orientasi, menstimuli persepsi dalam upaya memotivasi proses berfikir dan afektif serta mengurangi perilaku maladaptif. Karakteristiknya yaitu pada penderita gangguan persepsi yang berhubungan dengan nilai-nilai, menarik diri dari realitas dan inisiasi atau ide-ide negatif.

## (2) Terapi Keluarga

Edukasi keluarga :

- (a) Jangan memancing emosi klien
- (b) Libatkan klien dalam kegiatan yang berhubungan dengan keluarga
- (c) Anjurkan pada klien untuk mengemukakan masalah yang dialami
- (d) Mendengarkan keluhan klien
- (e) Jika terjadi perilaku kekerasan yang dilakukan adalah : bawa klien ketempat yang tenang dan aman (Afnuhazi,2015)

## **B.Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hierarki perilaku agresif dan kekerasan. Disamping itu, perawat harus mengkaji pula afek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif. (Muhith, 2015)

#### **I. Identitas**

Identitas klien yang perlu ditulis adalah nama klien, jenis kelamin, umur (biasanya pada usia produktif), pendidikan (segala jenis/tingkat pendidikan berisiko perilaku kekerasan), pekerjaan (tingkat keseriusan/tuntutan dalam pekerjaannya dapat menimbulkan masalah), status (belum menikah, menikah atau bercerai), alamat, kemudian nama perawat.

#### **II. Alasan Masuk**

Menanyakan kepada klien atau keluarga apa alasan pasien dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Keluhan utama pada pasien Perilaku Kekerasan pada umumnya yaitu sering mengamuk tanpa sebab, memukul, membanting, mengancam, menyerang orang lain, melukai diri sendiri, mengganggu lingkungan, dan bersifat kasar. Sehingga keluarga berinisiatif membawa klien ke Rumah Sakit Jiwa.

### **III. Faktor Predisposisi**

#### **1. Gangguan jiwa dimasa lalu**

Kemungkinan jika klien pernah mengalami gangguan jiwa pada masa lalu dan kapan pertama kali klien dirawat, atau baru pertama kali mengalami gangguan jiwa.

#### **2. Pengobatan sebelumnya**

Kemungkinan jika klien berobat untuk pertama kalinya ke dukun sebagai alternatif serta memasing dan bila tidak berhasil baru di bawa ke rumah sakit jiwa.

#### **3. Trauma**

Kemungkinan klien pernah menyaksikan atau mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan, dari lingkungan.

**Masalah keperawatan :**

- **Resiko Perilaku kekerasan**
- **Ketidak efektifan penatalaksanaan program terapeutik**
- **Respon pasca trauma**
- **Resiko bunuh diri**
- **Gangguan pertumbuhan dan perkembangan**
- **Gangguan proses keluarga**

#### **4. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa**

Kemungkinan ada atau tidak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kalau ada hubungan dengan keluarga, gejala, pengobatan dan perawatan.

**Masalah Keperawatan :**

- **Ketidak efektifan coping keluarga**

- **Ketidak efektifan koping keluarga**
- **Ketidak efektifan koping keluarga**

#### 5. **Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan**

Kemungkinan klien pernah mengalami pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan misalnya, kegagalan, kehilangan, perasaan ditolak, dihina, dianiaya, penolakan dari lingkungan.

#### **Masalah Keperawatan :**

- **Respon pasca trauma**
- **Berduka disfungsional**
- **Gangguan pertumbuhan dan perkembangan**
- **Gangguan proses keluarga**
- **Trauma perkosaan**

### **IV. Pemeriksaan Fisik**

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital seperti tinggi badan dan berat badan tekanan darah akan bertambah naik, nadi cepat, suhu meningkat, dan pernapasan terlihat cepat.
2. Perhatikan tanda dan gejala pasien Perilaku Kekerasan biasanya mata melotot, pandangan mata tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah.
3. Keluhan fisik lainnya Biasanya Hipertensi, asam urat dan lainnya.

#### **Masalah Keperawatan :**

- **Resiko tinggi perubahan suhu tubuh**
- **Defisit volume cairan**
- **Resiko tinggi terhadap infeksi**
- **Perubahan nutrisi : kurang/ lebih dari kebutuhan tubuh**
- **Perubahan nutrisi**

- **Perubahan perlindungan**
- **Perubahan eliminasi feses/ urine**

## **V. Psikososial**

### **Genogram**

Genogram biasanya dibuat 3 generasi keatas yang dapat menggambarkan hubungan atau komunikasi pasien dengan keluarga, pengambilan keputusan dan pola asuh.

### **MK : Ketidak efektifan coping keluarga**

#### **1. Konsep Diri**

##### **a. citra tubuh**

Kemungkinan ada anggota tubuh pasien yang tidak disukai pasien yang mempengaruhi keadaan pasien saat berhubungan dengan orang lain sehingga pasien merasa terhina, diejek dengan kondisinya tersebut.

##### **b. Identitas,**

Kemungkinan pasien merasa tidak puas dengan pekerjaannya, tidak puas dengan statusnya, tidak puas dengan jenis kelamin yang sudah ditakdirkan laki-laki atau perempuan seutuhnya, baik disekolah, tempat kerja dan dalam lingkungan tempat tinggal.

##### **c. Peran diri**

Kemungkinan pasien memiliki masalah dengan peran atau tugas yang diembannya dalam keluarga, kelompok atau masyarakat dan biasanya pasien tidak mampu melaksanakan tugas dan peran tersebut dan merasa tidak berguna.

d. Ideal diri

Kemungkinan pasien mampu memiliki harapan yang tinggi terhadap tubuh, posisi dan perannya baik dalam keluarga, sekolah, tempat kerja dan masyarakat, harapan terhadap penyakitnya.

e. Harga diri

Kemungkinan hubungan dengan orang lain tidak terlihat baik, tidak harmonis serta terdapat penolakan atau pasien merasa tidak berharga, dihina, diejek dalam lingkungan keluarga maupun luar lingkungan keluarga.

**MK :**

- **Harga diri rendah**
- **Gangguan harga diri**
- **Gangguan citra tubuh**
- **Gangguan identitas diri**

**2. Hubungan sosial**

- a. Orang yang berarti tempat mengadu, berbicara
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok kegiatan yang diikuti klien dalam masyarakat dan apakah klien berperan aktif dalam kelompok tersebut.
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain/tingkat keterlibatan klien dalam hubungan masyarakat.

**MK :**

- **Isolasi sosial**
- **Hambatan interaksi sosial**
- **Hambatan komunikasi**
- **Hambatan komunikasi verbal**

### 3. Spiritual

#### a. Nilai dan keyakinan

Kemungkinan pasien meyakini agama yang dianutnya dengan melakukan kegiatan ibadah

#### b. Kegiatan ibadah

Kemungkinan dalam selama sakit pasien jarang melakukan ibadah.

**MK : Distres spiritual**

## VI. Status Mental

### 1. Penampilan

Kemungkinan biasanya penampilan pasien kotor dan acakan

**MK : Defisit perawatan diri**

### 2. Pembicaraan

Kemungkinan pada pasien saat dilakukan pengkajian bicara pasien cepat, suara keras dan kasar, gagap, tidak mampu memulai pembicaraan, nada tinggi dan mudah tersinggung.

**MK : - Hambatan komuniaksi verbal**

**- Hambatan komunikasi**

### 3. Aktivitas motorik

Kemungkinan pasien akan terlihat tegang, gelisah, gerakan agitasi yang menunjukkan kegelisahan, gerakan tik gerakan kecil pada otot muka yang tidak terkontrol, gerakan grimasen gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol klien, gerakan

tremor gerakan jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menyalurkan tangan dan merentangkan jari-jari dan gerakan kompulsif gerakan yang dilakukan berulang-ulang.

**MK :**

- **Intoleransi aktivitas**
- **Resiko tinggi cedera**

4. Alam perasaan

Kemungkinan pasien akan merasa sedih dan menyesali apa yang telah dilakukan. merasakan ketakutan dan khawatir.

**MK :**

- **Ansietas atau ketakutan atau keputusan atau ketidakberdayaan**
- **Resiko tinggi cedera**
- **Resiko tinggi membahayakan diri**

5. Afek

Kemungkinan Afek yang terjadi pada klien ada datar yaitu tidak ada perubahan roman muka pada saat ada stimulus, Afek tumpul hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat, Afek labil emosi yang berubah dengan cepat, dan afek tidak sesuai emosi yang tidak sesuai

**MK :**

- **Hambatan komunikasi verbal**
- **Hambatan komunikasi**
- **Resiko cedera**

6. Interaksi selama wawancara

Kemungkinan pasien akan terlihat bermusuhan, curiga, tidak kooperatif, tidak mau menatap lawan bicara dan mudah tersinggung.

**MK :**

- **Resiko perilaku kekerasan**
- **Hambatan interaksi social**
- **Hambatan komunikasi**
- **Resiko tinggi membahayakan diri/ mutilasi diri/ penganiayaan diri**

#### 7. Persepsi

Kemungkinan pasien mengalami halusinasi, dan persepsi nya yaitu isi dari halusinasi, frekuensi, faktor pencetus, waktu terjadi, perasaan, respon. Jika klien tidak mengalami halusinasi kemungkinan klien masih dapat menjawab pertanyaan dengan jelas.

**MK : Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi**

#### 8. Proses Pikir

Kemungkinan Klien berbicara dengan kategori Sirkumtansial, tangensial, Kehilangan asosiasi, Flight of idea, Blocking, Perseverasi

**MK : Gangguan proses pikir**

#### 9. Isi Pikir

Kemungkinan pasien mengalami pikiran yang selalu muncul walau berusaha menghilangkannya, ketakutan yang patologis dan keyakinan terhadap adanya gangguan

**MK : Gangguan proses pikir**

#### 10. Tingkat kesadaran

Kemungkinan pasien disorientasi orang, tempat dan waktu, mengatakan merasa melayang-layang antara sadar dan tidak sadar, tampak bingung dan kacau.

**MK :**

- **Gangguan proses pikir**
- **Resiko perilaku kekerasan**

#### 11. Memori

Kemungkinan pasien diwaktu wawancara dapat mengingat kejadian yang terjadi atau tidak dapat mengingat dan mengalami gangguan daya ingat jangka panjang maupun daya ingat jangka pendek seperti menceritakan penyebab pasien masuk ke rumah sakit jiwa.

**MK : Gangguan proses pikir**

#### 12. Tingkat Konsentrasi

Kemungkinan klien tidak memiliki gangguan dalam berkonsentrasi dan mudah beralih atau tidak mampu mempertahankan konsentrasi dalam waktu yang lama, karena mereka cemas. Biasanya klien tidak mengalami gangguan dalam berhitung.

**MK : Gangguan proses pikir**

### 13. Kemampuan Penilaian

Kemungkinan jika klien mengalami gangguan ringan klien dapat mengambil Keputusan dan jika klien mengalami gangguan bermakna klien tidak mampu mengambil Keputusan walaupun dibantu orang lain.

**MK : Gangguan proses pikir**

### 14. Daya tilik diri

Kemungkinan klien mengingkari penyakit yang diderita dan menyalahkan orang lain atau lingkungan yang menyebabkan kondisinya saat ini.

**MK : Gangguan proses pikir**

## VII. Kebutuhan Persiapan Pulang

### 1. Makan

Kemungkinan pasien tidak ada mengalami penurunan nafsu makan.

**MK : Perubahan nutrisi kurang / lebih dari kebutuhan tubuh**

### 2. BAB/BAK

Kemungkinan pasien tidak ada mengalami gangguan eliminasi.

**MK : Gangguan pola eliminasi urine / feses**

### 3. Mandi

Kemungkinan pasien jarang mandi, tidak menyikat gigi, jarang keramas, bercukur dan berhias. Badan pasien sangat bau dan kotor dan pasien hanya melakukan kebersihan dirinya bila disuruh.

#### **MK : - Gangguan pemeliharaan kesehatan**

### 4. Berpakaian

Kemungkinan pasien jarang mengganti pakaian, dan tidak mau berdandan. Pasien tidak mampu menggunakan pakaian yang sesuai dan pasien tidak menggunakan alas kaki atau sandal.

#### **MK : Gangguan pemeliharaan kesehatan**

### 5. Istirahat atau tidur

Kemungkinan pasien tidak melakukan persiapan sebelum tidur, seperti menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa. Begitupun sebaliknya saat bangun tidur pasien tidak ada merapikan tempat tidurnya, dan tidak ada mandi. Frekuensi tidur pasien biasanya berubah-ubah kadang nyenyak dan kadang gaduh atau tidak tidur.

#### **MK : Gangguan pola tidur**

### 6. Penggunaan obat

Kemungkinan pasien mengatakan minum obat 3 kali sehari dan pasien tidak mengetahui fungsi obat dan akibat putus minum obat.

#### **MK : - Ketidak Patuhan**

**-Ketidak efektifan penatalaksanaan program terapeutik**

#### 7. Pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan pasien tidak memperhatikan kesehatannya, dan tidak peduli tentang bagaimana cara yang baik untuk merawat dirinya.

#### **MK :**

- **Konflik pengambilan Keputusan**
- **Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

#### 8. Aktifitas dalam rumah

Kemungkinan pasien mampu merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan, merapikan rumah, mencuci pakaian sendiri dan mengatur biaya sehari-hari

#### **MK :**

- **Perubahan pemeliharaan Kesehatan**
- **Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

#### 9. Aktivitas di luar rumah

Kemungkinan klien melakukan belanja untuk keperluan sehari-hari dengan melakukan perjalanan mandiri dengan jalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi / umum dan kegiatan lainnya .

#### **MK : Perilaku mencari bantuan Kesehatan**

## **VIII. Mekanisme koping**

Kemungkinan pasien menggunakan respon maladaptif yang ditandai dengan tingkah laku yang tidak terorganisir, marah-marah bila keinginannya tidak terpenuhi, memukul anggota keluarganya, dan merusak alat-alat yang ada di rumah.

**MK :**

- **Perilaku kekerasan**
- **Ketidakefektifan koping individual**
- **Gangguan penyesuaian diri**

## **IX. Masalah psikologis dan lingkungan**

Kemungkinan pasien merasa ditolak dan mengalami masalah interaksi dengan lingkungan sekitarnya, pendidikan, pekerjaan, ekonomi dan pelayanan Kesehatan

**MK :**

- **Isolasi social**
- **Hambatan interaksi social**
- **Gangguan konsep diri**
- **Ketidakmampuan / ketidakberdayaan**
- **Gangguan pemeliharaan Kesehatan**
- **Konflik peran orang tua.**

## **X. Pengetahuan**

Kemungkinan pasien kurang pengetahuan tentang penyakitnya, dan pasien tidak mengetahui akibat dari putus obat dan fungsi dari obat yang diminumnya.

**MK :**

- **Kurang Pengetahuan**
- **Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik**
- **Ketidakpatuhan**

**XI. Aspek Medik**

Diagnosis medic yaitu Skizofrenia dengan pengobatan biasanya alprazolam, lorazepam, diazepam, klobazam.

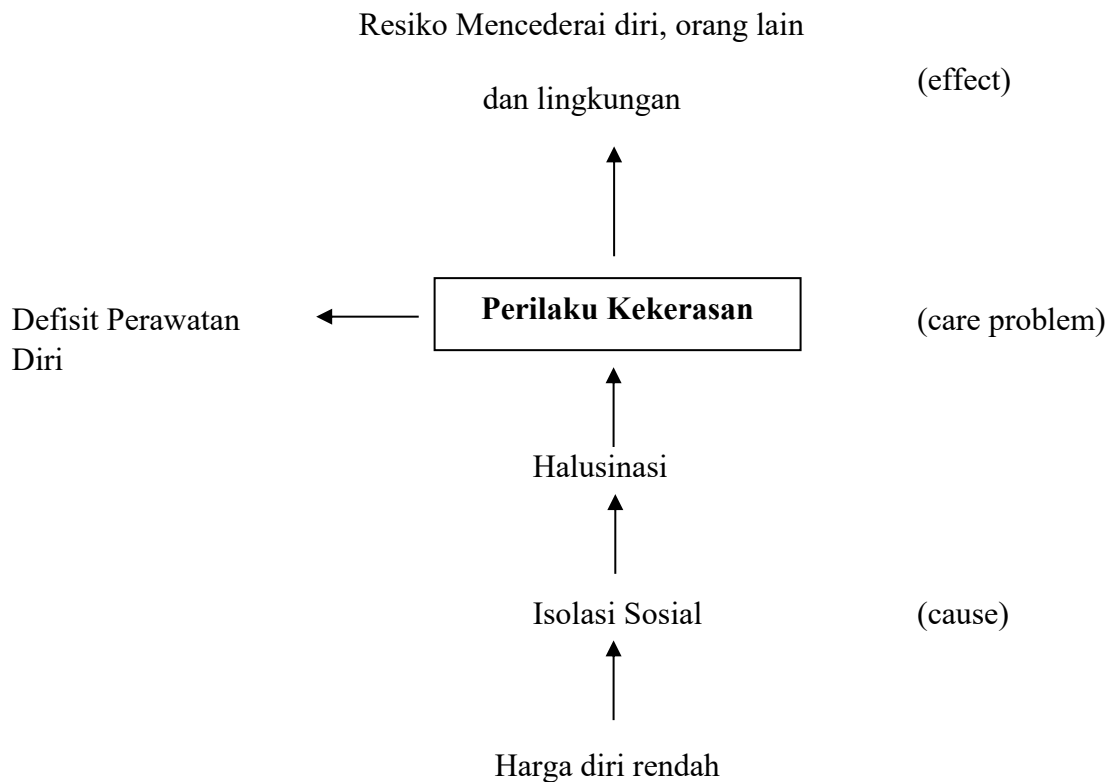
**XIII. Daftar Masalah Keperawatan**

Kemungkinan masalah keperawatan yang akan muncul adalah sebagai berikut :

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Ketidakefektifan coping keluarga
- c. Respon pasca trauma
- d. Resiko bunuh diri
- e. Gangguan pertumbuhan dan perkembangan
- f. Ketidakefektifan coping keluarga
- g. Harga diri rendah
- h. Gangguan identitas diri
- i. Gangguan citra tubuh
- j. Isolasi sosial
- k. Distress spiritual
- l. Hambatan interaksi sosial
- m. Hambatan komunikasi
- n. Distress spiritual

- o. Defisit perawatan diri
- p. Ansietas
- q. Gangguan persepsi halusinasi
- r. Gangguan proses pikir
- s. Gangguan pola tidur
- t. Perilaku kekerasan
- u. Defisit pengetahuan
- v. Ketidakefektifan penatalaksanaan program terapeutik

#### XIV. Pohon Masalah



**Bagan 2. 2 Pohon Masalah**  
 Sumber : (Hasti, 2014)

## **XV.Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik aktual maupun potensial dan merupakan dasar pemilihan intervensi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perawat yang bertanggung jawab.

Berdasarkan pohon masalah dari teori (Nursali, Damaiyanti,2018) bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh halusinasi pendengaran, akan berakibat terjadi mencederai orang lain. Kemungkinan diagnosa yang akan muncul pada pasien perilaku kekerasan ini adalah sebagai berikut :

1. Perilaku kekerasan
2. Halusinasi
3. Isolasi sosial
4. Harga diri rendah
5. Defisit perawatan diri

## XVI. Intervensi Keperawatan

**Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan**

No	DIAGNOSA	TUJUAN	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI SP PASIEN	INTERVENSI SP KELUARGA
1	Perilaku Kekerasan	<p><b>Pasien mampu :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang dilakukannya, dan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.</li> <li>2. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah mengontrol perilaku kekerasannya.</li> <li>3. Pasien dapat mencegah /mengontrol perilaku kekerasannya.</li> <li>4. Pasien dapat mencegah</li> </ol>	<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 1 pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat menyebutkan penyebab, tanda, dan gejala, serta jenis perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan akibat perilaku kekerasan.</li> <li>2. Dapat menyebutkan cara mencegah mengontrol perilaku kekerasan dan dapat mencegah perilaku kekerasan secara fisik.</li> </ol>	<p><b>SP 1 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.</li> <li>b. Perkenalkan diri.</li> <li>c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.</li> <li>d. Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat.</li> <li>e. Jelaskan perawat akan merasiakan infoormasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi.</li> <li>f. Tunjukkan sikap empati.</li> <li>g. Penuhi kebutuhan dasar pasien.</li> </ol> </li> <li>2. Diskusikan</li> </ol>	<p><b>SP 1 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya PK.</li> <li>3. Jelaskan cara merawat PK</li> <li>4. Latih satu cara merawat PK dengan melakukan kegiatan fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan member pujian.</li> </ol>

		/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, obat, verbal, maupun spiritual.		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyebab rasa marah yang menyebabkan PK.</li> <li>b. Tanda dan gejala yang dirasakan.</li> <li>c. Perilaku kekerasan yang dilakukan</li> <li>d. Akibat dari PK.</li> <li>e. Serta latih pasien cara mengontrol secara fisik : Tarik nafas dalam, pukul kasur atau bantal.</li> <li>f. Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.</li> </ul>	
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengontrol PK dengan obat</li> </ol>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik. beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK dengan obat (Jelaskan 6 benar : jenis, guna, dosis, frekuensi, cara, kontinuitas minum obat)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik dan minum obat</li> </ol>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien. Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat</li> <li>3. Latih cara memberikan/membimbing minum obat</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.</li> </ol>
			<p><b>Setelah Pertemuan 3:</b></p>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengontrol PK dengan cara verbal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik &amp; obat. beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol PK secara verbal (3 cara yaitu : mengungkapkan, meminta, menolak dengan benar)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat dan verbal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien fisik dan memberikan obat. Beri pujaan.</li> <li>2. latih cara membimbing : cara bicara yang baik</li> <li>3. Latih cara membimbing kegiatan spiritual</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian</li> </ol>
			<p><b>Setelah Pertemuan 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengontrol PK dengan cara spiritual</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan fisik &amp; obat &amp; verbal. Beri pujian</li> <li>2. Latih cara mengontrol spiritual (2 kegiatan)</li> <li>3. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan fisik, minum obat, verbal dan spiritual.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan dalam merawat / melatih pasien fisik, memberikan obat, latih bicara yang baik &amp; kegiatan spiritual. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</li> </ol>
2.	Halusinasi	<b>Pasien mampu:</b>	<b>Setelah Pertemuan ke 1 Pasien:</b>	<b>SP 1 Pasien :</b> Bina hubungan saling percaya dengan tindakan :	<b>SP 1 Keluarga:</b>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengendalikan halusinasi yang dialaminya.</li> <li>2. Mengontrol halusinasinya.</li> <li>3. Mengikuti program pengobatan secara optimal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat menyebutkan jenis, isi, waktu, frekuensi, situasi pencetus dan perasaan saat halusinasi.</li> <li>2. Mengontrol halusinasinya.</li> <li>3. Mengikuti program pengobatan secara optimal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perkenalkan diri.</li> <li>b. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.</li> <li>c. Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu, tempat.</li> <li>d. Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi.</li> <li>e. Tunjukkan sikap empati.</li> <li>f. Penuhi kebutuhan dasar pasien.</li> </ol> </li> <li>2. Bantu pasien mengenali halusinasi : Jenis, Isi, Waktu terjadinya, Frekuensi , Situasi pencetus, Perasaan dan respon saat terjadi halusinasi.</li> <li>3. Jelaskan cara mengontrol halusinasi menghardik,minum</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya halusinasi.</li> <li>3. Jelaskan cara merawat halusinasi.</li> <li>4. Latih cara merawat halusinasi: menghardik</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal, memberikan pujian.</li> </ol>
--	--	---	--	---	---

				<p>obat, bercakap-cakap dan melakukan kegiatan.</p> <p>4. Latih mengontrol halusinasi dengan cara menghardik.</p> <p>Tahapan tindakan meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan cara menghardik halusinasi</li> <li>- Peragakan cara menghardik</li> <li>- Minta pasien memperagakan ulang cara menghardik</li> <li>- Pantau penerapan cara ini, beri penguatan perilaku pasien.</li> </ul>	
				<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1). Beri pujian.</li> <li>2. Jelaskan pentingnya penggunaan obat pada gangguan jiwa.</li> <li>3. Jelaskan akibat bila obat tidak digunakan sesuai program.</li> <li>4. Jelaskan akibat dari putus obat.</li> </ol>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih</li> <li>2. Pasien menghardik beri pujian.</li> <li>3. Jelaskan 6 benar cara memberikan obat.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.</li> </ol>

				<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat.</li> <li>6. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 6 benar ( jenis, guna, dosis, frekuensi, cara dan kontuinitas minum obat).</li> <li>7. Latih pasien minum obat secara teratur.</li> <li>8. Masukkan dalam jadwal harian klien.</li> </ol>	
			<p><b>Setelah Pertemuan 3 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Mampu memperagakan cara bercakap-cakap dengan orang lain</li> </ol>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1 dan SP2).</li> <li>2. Latih berbicara atau bercakap-cakap dengan orang lain.</li> <li>3. Masukkan dalam jadwal kegiatan klien.</li> </ol>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan latihan menghardik, obat, bercakap-cakap.</li> <li>2. Jelaskan cara bercakap-cakap dan melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi.</li> <li>3. Latih dan sediakan waktu bercakap-cakap.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ol>

			<p><b>Setelah Pertemuan 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Mampu menyebutkan jadwal kegiatan sehari-hari dan mampu memperagakannya.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan yang lalu (SP1,SP2 dan SP3) beri pujian.</li> <li>2. Latih pasien melakukan aktivitas yang terjadwal agar halusinasi tidak muncul tahapan tindakannya.</li> <li>3. Jelaskan pentingnya aktifitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.</li> <li>4. Diskusikan aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien.</li> <li>5. Latih pasien melakukan aktifitas ( 2 aktifitas).</li> <li>6. Susun jadwal latihan sehari-hari sesuai dengan aktifitas yang telah dilatih (dari bangun sampai tidur malam)</li> <li>7. Pantau pelaksanaan jadwal kegiatan, berikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/ melatih pasien meghardik, memberikan obat dan bercakap-cakap. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan follow up ke RSJ tanda kambuh, rujukan.</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian.</li> </ol>
--	--	--	---	--	---

3.	Isolasi Sosial	<p><b>Pasien Mampu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya.</li> <li>2. Dapat menyadari pasien tentang isolasi soasial yang di alaminya.</li> <li>3. Pasien dapat berinteraksi secara bertahap dengan anggota keluarga dan lingkungan. Sekitarnya.</li> <li>4. Pasien dapat berkomunikasi saat melakukan kegiatan rumah tangga dan kegiatan social .</li> </ol>	<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 1 pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat mengidentifikasi penyebab isolasi social : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat dan apa sebabnya.</li> <li>2. Dapat menyebutkan keuntungan punya teman dan bercakap-cakap.</li> <li>3. Dapat menyebutkan kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap cakap.</li> </ol>	<p><b>SP 1 Pasien:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan Tindakan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien.</li> <li>b. Perkenalkan diri.</li> <li>c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini.</li> <li>d. Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan Bersama pasien,</li> </ol> </li> <li>2. Waktu dan tempat <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi.</li> <li>b. Tunjukkan sikap empati.</li> <li>c. Penuhi kebutuhan dasar pasien.</li> </ol> </li> <li>3. Diskusikan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penyebab isolasi social : siapa yang serumah, siapa yang dekat, yang tidak dekat dan apa sebabnya.</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>SP 1 Keluarga:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien.</li> <li>2. Jelaskan pengertian, tanda &amp; gejala, dan proses terjadinya isolasi social</li> <li>3. Jelaskan cara merawat isolasi social.</li> <li>4. Latih dua cara merawat berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian.</li> <li>5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberikan pujian saat besuk</li> </ol>
----	----------------	---	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Keuntungan punya teman dan bercakap cakap.</li> <li>c. Kerugian tidak punya teman dan tidak bercakap-cakap.</li> <li>d. Latih cara berkenalan dengan pasien dan perawat atau tamu.</li> <li>e. Masukan pada jadwal kegiatan untuk kegiatan berkenalan.</li> </ul>	
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 2 Pasien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Mampu melatiha cara berkenalan dengan 2-3 orang pasien dan perawat atau tamu.</li> </ul>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan berkenalan (berapa orang). Beri pujian.</li> <li>2. Latiha cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (latih 2 kegiatan)</li> <li>3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk kegiatan berkenalan 2-3 orang pasien, perawat dan tamu, berbicara saat melakukan kegiatan harian</li> </ul>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan dan berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan kegiatan rumah tangga yang dapat melibatkan pasien berbicara (makan, sholat) di rumah</li> <li>3. Latih cara membimbing pasien dan member pujian</li> </ul>

					4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal saat besuk.
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 3 pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan.</li> <li>2. Mampu melatih cara berkenalan dengan 4- 5 orang pasien perawat atau tamu, dengan melakukan 4 kegiatan.</li> </ol>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan berkenalan (beberapa orang) &amp; bicara saat melakukan dua kegiatan harian. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara berbicara saat melakukan kegiatan harian (2 kegiatan baru)</li> <li>3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk kegiatan berkenalan 4-5 orang, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian</li> </ol>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara melatih pasien melakukan kegiatan social seperti berbelanja, meminta sesuatu dll.</li> <li>3. Latih keluarga mengajak pasien belanja saat besuk.</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian saat besuk</li> </ol>
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan berkenalan, berbicara saat melakukan 4 kegiatan harian. Beri pujian.</li> <li>2. Latih cara berbicara social: meminta sesuatu, menjawab pertanyaan.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat atau melatih pasien berkenalan, berbicara saat melakukan kegiatan harian</li> </ol>

			2. Mampu melatih cara berkenalan dengan > 5 orang lebih, atau orang baru berbicara saat melakukan kegiatan harian sosialisasi.	3. Masukan pada jadwal kegiatan untuk 46ambar berkenalan > 5 orang. Orang baru berbicara saat melakukan kegiatan harian dan sosialisasi.	2. Jelaskan follow up ke RSJ/PKM, tanda kambuh, rujukan. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal kegiatan dan memberikan pujian.
4.	Harga Diri Rendah	<b>Pasien mampu :</b> 1. Mengidentifikasi kemampuan dengan aspek positif yang dimiliki. 2. Dapat menilai kemampuan yang digunakan. 3. Dapat menetapkan kegiatan yang sesuai kemampuan. 4. Dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai dengan kemampuan. 5. Dapat Menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih.	<b>Setelah dilakukan pertemuan ke 1 :</b> 1. Klien dapat melakukan kegiatan pertama yang sudah dipilih.	<b>SP 1 Pasien :</b> 1. Bina hubungan saling percaya dengan Tindakan : a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. b. Perkenalkan diri. c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. d. Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan Bersama pasien, 2. waktu dan tempat a. Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi.	<b>SP 1 Keluarga :</b> 1. Diskusikan masalah yang dirasakan dalam merawat pasien. 2. Jelaskan pengertian tanda dan gejala, proses terjadinya harga diri rendah 3. Diskusikan kemampuan atau aspek positif pasien yang pernah dimiliki sebelum dan setelah sakit. 4. Jelaskan cara merawat harga diri rendah terutama memberikan pujian semua hal yang positif pada pasien. 5. Latih keluarga memberi tanggung jawab kegiatan

				<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Tunjukkan sikap empati.</li> <li>c. Penuhi kebutuhan dasar pasien.</li> </ul> <p>3. Diskusikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kemampuan melakukan kegiatan dan aspek positif pasien (buat daftar kegiatan).</li> <li>b. Bantu pasien menilai kegiatan yang dapat dilakukan saat ini (pilih dari daftar kegiatan).</li> <li>c. Bantu pasien memilih salah satu kegiatan yang dapat dilakukan saat ini untuk dilatih.</li> <li>d. Latih kegiatan yang dipilih (alat dan cara).</li> <li>e. Masukkan pada jadwal kegiatan harian klien</li> </ul>	<p>pertama yang dipilih oleh pasien : bimbing dan beri pujian</p> <p>6. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal</p>
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 2 :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat melakukan kegiatan kedua yang sudah dipilih.</li> </ol>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan pertama klien (SP 1 ), beri pujian.</li> <li>2. Bantu pasien memilih kegiatan kedua.</li> <li>3. Latih kegiatan kedua (alat dan cara).</li> </ol>	<p><b>SP 2 Keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama yang dipilih dan dilatih pasien. Beri pujian</li> </ol>

				4. Masukkan kedalam jadwal kegiatan.	2. Bersama keluarga melatih pasien dalam melakukan kegiatan kedua yang dipilih pasien. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memberi pujian.
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 3 :</b></p> <p>1. Klien dapat melakukan kegiatan ketiga yang sudah dipilih.</p>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi kegiatan pertama, kedua klien dan berikan pujian.</li> <li>- Latih kegiatan ketiga.</li> <li>- Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian klien.</li> </ul>	<p><b>SP 3 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama dan kedua yang telah dilatih. Beri pujian</p> <p>2. Bersama keluarga melatih pasien melatih kegiatan ketiga yang dipilih.</p> <p>3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian</p>
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan ke 4 :</b></p> <p>1. Klien dapat melakukan kegiatan keempat</p>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <p>1. Evaluasi semua kegiatan pertama, kedua, dan ketiga dan berikan pujian.</p> <p>2. Latih kegiatan keempat (alat dan cara).</p>	<p><b>SP 4 Keluarga :</b></p> <p>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam membimbing pasien melaksanakan kegiatan pertama, kedua, ketiga. Beri pujian</p>

			yang sudah dipilih.	3. Masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian.	2. Bersama keluarga melatih pasien melatih kegiatan keempat yang dipilih. 3. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan berikan pujian
5.	Defisit Perawatan diri	<b>Pasien mampu :</b> 1. Mengidentifikasi masalah perawatan diri, berdanda, makan/minum, BAB /BAK 2. Pasien mampu melakukan kebersihan diri	<b>Setelah Pertemuan 1:</b> 1. Klien dapat menyebutkan pentingnya kebersihan diri 2. Klien dapat menjelaskan cara dan alat untuk kebersihan diri 3. Klien mampu menjelaskan cara menjaga kebersihan diri seperti : mandi dan ganti pakaian	<b>SP 1 Pasien :</b> 1. Bina hubungan saling percaya dengan tindakan : a. Ucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien. b. Perkenalkan diri. c. Tanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini. d. Membuat kontrak asuhan : apa yang akan perawat lakukan bersama pasien, waktu dan tempat. e. Jelaskan perawat akan merahasiakan informasi yang akan diperoleh untuk kepentingan terapi. f. Tunjukkan sikap empati. g. Penuhi kebutuhan dasar pasien.	<b>SP 1 keluarga :</b> 1. Diskusikan masalah dalam merawat pasien 2. Jelaskan pengertian, tanda dan gejala, proses terjadinya defisit perawatan diri 3. Latih cara merawat defisit perawatan diri 4. Latih dua cara merawat : Kebersihan diri dan berdandan 5. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memeberikan pujian

				<p>2. Diskusikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi masalah perawatan diri : kebersihan diri, berdandan, makan/minum, BAB/BAK</li> <li>b. Jelaskan pentingnya kebersihan diri</li> <li>c. Jelaskan cara menjaga kebersihan diri : mandi dan ganti pakaian, sikat gigi, cuci rambut, potong kuku</li> <li>d. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan mandi, sikat gigi (2 kali sehari), potong kuku (satu kali satu minggu)</li> </ol>	
			<p><b>Setelah dilakukan pertemuan 2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menjelaskan cara dan alat berdandan.</li> <li>2. Klien mampu untuk berdandan</li> </ol>	<p><b>SP 2 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat berdandan</li> <li>3. Latih cara berdandan setelah kebersihan diri : sisiran, rias muka</li> <li>4. Masukan pada jadwal</li> </ol>	<p><b>SP 2 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri. Beri pujian</li> <li>2. Latih dua (yang lain) cara merawat : Makan dan minum, BAB dan BAK</li> <li>3. Anjurkan membantu pasien</li> </ol>

			setelah kebersihan diri.	kegiatan untuk kebersihan diri dan berdandan	sesuai jadwal dan berikan pujian
			<p><b>Setelah pertemuan 3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menjelaskan alat dan cara makan dan minum.</li> <li>2. Klien mampu melakukan makan dan minum yang baik.</li> </ol>	<p><b>SP 3 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan cara dan alat makan dan minum</li> <li>3. Latih cara makan dan minum yang baik</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum yang baik</li> </ol>	<p><b>SP 3 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri dan berdandan. Beri pujian</li> <li>1. Bimbing keluarga merawat kebersihan diri dan berdandan, makan dan minum</li> <li>1. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan beri pujian</li> </ol>
			<p><b>Setelah pertemuan 4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menjelaskan cara BAB dan BAK yang baik.</li> <li>2. Klien mampu melakukan BAB dan BAK yang baik.</li> </ol>	<p><b>SP 4 Pasien :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan kebersihan diri, berhias dan berdandan. Beri pujian</li> <li>2. Jelaskan BAB cara BAK yang baik</li> <li>3. Latih BAB dan BAK yang baik</li> <li>4. Masukkan pada jadwal kegiatan untuk latihan kebersihan diri, berdandan, makan dan minum, BAB dan BAK</li> </ol>	<p><b>SP 4 keluarga :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kegiatan keluarga dalam merawat/melatih pasien kebersihan diri, berdandan, makan dan minum. Beri pujian</li> <li>2. Bimbing keluarga merawat BAB dan BAK pasien</li> <li>3. jelaskan follow up ke RSJ, tanda kambuh, rujukan</li> <li>4. Anjurkan membantu pasien sesuai jadwal dan memeberikan pujian</li> </ol>

## **XVII. CATATAN PERKEMBANGAN**

### **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang aktual dan mengancam integritas klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan dengan pendekatan strategi pelaksanaan (SP) perilaku kekerasan terdiri dari: SP 1 (pasien): membantu klien mengontrol perilaku kekerasan dengan memukul bantal atau kasur. SP 2 (pasien): membantu klien dalam meminum obat secara teratur. SP 3 (pasien): Membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal seperti menolak dengan baik atau meminta dengan baik. SP 4 (pasien): baik membantu klien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan cara sholat atau berdoa.

### **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat:

- a. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan.
- b. Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal:
  - 1) Secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
  - 2) Secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
  - 3) Secara spiritual
  - 4) Terapi psikofarmaka
- c. Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan (Nurhalimah, 2016)

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respons klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi proses atau pormatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya.

S: Respon subjektif klien terhadap intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan.

O: Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A: Analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradikdif dengan masalah yang ada.

P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada espon klien.

Jika intervensi tidak berhasil maka dilanjutkan dengan evaluasi SOAPIER:

I: Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakuakn sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan).

E: Evaluasi adalah respond klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

R: Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilaukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi.