

KARYA TULIS ILMIAH

**PENERAPAN TERAPI SPIRITUAL DENGAN CARA SHOLAT
DAN BERDOA PADA PASIEN JIWA RESIKO PERILAKU
KEKERASAN di RSJ Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG**



Amela Nur Istiqomah

17.1952.P

**PROGRAM STUDI DIPOLMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

PENERAPAN TERAPI SPIRITUAL DENGAN CARA SHOLAT DAN BERDOA PADA PASIEN JIWA RESIKO PERILAKU KEKERASAN di RSJ Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG



**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Menyelesaikan Progam Studi Dipolma Tiga Keperawatan
Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Pekajangan Pekalongan**

Amela Nur Istiqomah

17.1952.P

**PROGRAM STUDI DIPOLMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Amela Nur Istiqomah

Nim : 17.1952.P

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain (plagiasi), falsifikasi, dan fabrikasi yang saya aku sebagai hasil tulis atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiasi, falsifikasi atau fabrikasi maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Pekalongan, 12 Mei 2020
Yang membuat pernyataan,

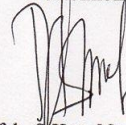


Amela Nur Istiqomah

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Oleh Amela Nur Istiqomah NIM 17.1952.P dengan judul “Penerapan Terapi Spiritual Dengan Cara Sholat dan Berdoa Pada Pasien Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pekalongan, 12 Mei, 2020
Pembimbing



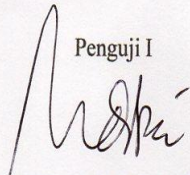
Nurul Aktifah, S.Kep.,Ns.M.Si.Med
NIK. 1980123120071058

**LEMBARPERSETUJUAN
PENGAMBILAN KASUS**

Karya Tulis Ilmiah Oleh Amela Nur Istiqomah NIM 17.1952.P dengan judul
“Penerapan Terapi Spiritual Dengan Cara Sholat dan Berdoa Pada Pasien Jiwa
Resiko Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang” telah diperiksa
dan disetujui untuk pengambilan kasus.

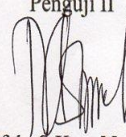
Pekalongan, 2 November 2019

Penguji I



Mokhammad Arifin, M.Kep
NIK: 1969071619921006

Penguji II



Nurul Aktifah, S.Kep.,Ns.M.Si.Med
NIK : 198.012.312.007.1058

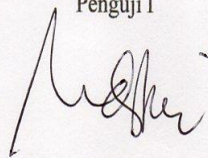
LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Oleh Amela Nur Istiqomah NIM 17.1952.P dengan judul
 “Penerapan Terapi Spiritual Sholat dan Berdoa Pasa Pasien Jiwa Resiko Perilaku
 Kekerasan” telah dipertahan di depan penguji pada tanggal 12 Mei 2020 dan telah
 dilakukan perbaikan

Pekalongan, 12 Mei 2020

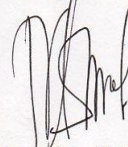
Dewan Penguji

Penguji I



Mokhammad Arifin, M.Kep
 NIK. 1969071619921006

Penguji II



Nurul Aktifah, S.Kep.,Ns.M.Si.Med
 NIK. 197605212012090

Mengetahui,
 Dekan

Fakultas Ilmu Kesehatan
 Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan



Hermi Rejeki M.Kep.,Sp.Kep.Kom
 NIK. 196805251996101

Abstrak

Penerapan Terapi Spiritual Dengan Cara Sholat dan Berdoa Pada Pasien Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di Rsj. Prof. Dr. Soerojo Magelang

Amela Nur Istiqomah, Nurul Aktifah

Progam Studi Dipolma Tiga Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Jl. Raya Ambokembang No.8
Kedungwuni Pekalongan

Permasalahan utama yang sering terjadi pada pasien gangguan jiwa adalah resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan merupakan seseorang beresiko melakukan tindakan secara fisik, baik dengan dirinya maupun oranglain yang disertai gaduh dan amuk yang tidak dapat terkontrol. Salah satu intervensi dari resiko perilaku kekerasan adalah terapi spiritual sholat dan berdoa, yang merupakan salah satu bentuk pendekatan aspek religius pada pasien resiko perilaku kekerasan. Tujuan dari kasus studi ini menggambarkan penerapan terapi spiritual sholat dan berdoa untuk mengontrol gangguan resiko perilaku kekerasan. Metode menggunakan penelitian studi kasus dengan subyek dua pasien gangguan jiwa dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan. Hasil studi kasus menunjukan setelah dilakukan terapi spiritual sholat dan berdoa selama 5 kali pertemuan menunjukan masalah keperawatan tidak teratasi. Saran perawat bagi pasien menggunakan terapi spiritual sholat dan berdoa sebagai salah satu alternatif untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan

Kata kunci : Terapi Spiritual, Resiko Perilaku Kekerasan.

.

The Application of Praying Strategy as the Spiritual Healing among Patients-at-Risk of Violent Behavior in RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

Amela Nur Istiqomah, Nurul Aktifah

The Vocational Program in Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Jl. Raya Ambokembang No.8
Kedungwuni Pekalongan

Abstract

The main problem that often occurs in schizophrenia patients is the risk of violent behavior. It is a person at risk of taking action physically, both with himself and other represented by uncontrollable rowdy and rage. Spiritual healing with prayer strategy is an alternative intervention for the risk of violent behavior. The purpose of this study was to describe the application of spiritual healing with a prayer strategy to control the risk of violent behavior disorder participated in this study. The results show that after five times of intervention, the violent behavior was not resolved. Nurses advise implementing spiritual therapy with prayer strategy as an alternative to control the risk of violent behavior.

Keyword: risk of violent behavior, spiritual therapy

PRAKATA

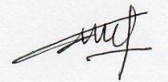
Puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas segala nikmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Penerapan Terapi Spiritual Dengan Cara Sholat dan Berdoa Pada Pasien Jiwa Resiko Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang”

Karya Tulis Ilmiah ini disusun guna memenuhi sebagian syarat menyelesaikan Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari hambatan serta kesulitan. Namun berkat tekad kuat, bimbingan, bantuan, serta saran dari berbagai pihak. Alhamdulillah segala hambatan serta kesulitan dapat teratasi. Pada kesempatan ini pula penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Nur Izzah, M.Kes selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
2. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan yang telah memberikan izin dalam melakukan pengambilan kasus.
3. Siti Rofiqoh, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An selaku Ketua Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan yang telah memberikan izin serta motivasi dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Nurul Aktifah, S.Kep.,Ns.M.Si, Medselaku Dosen Pembimbing serta Penguji II yang telah membimbing penulis dengan memberikan dedikasi yang tinggi
5. M. Arifin, M.Kep selaku Dosen Penguji I yang telah bersedia hadir dan menjadi dewan penguji.
6. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdapat adanya kekurangan, dikarenakan keterbatasan pengetahuan sehingga, Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penulisan. Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak yang membutuhkan.

Pekalongan, 12 Mei 2020



Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Judul.....	ii
Lembar Penulisan Keaslian Penulisan	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Persetujuan kasus.....	v
Lembar Pengesahan	vi
Abstrak	vii
Prakata	ix
Daftar Isi.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Studi Kasus	4
1.4. Manfaat Penulisan.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1. Konsep Strategi Pelaksanaan	5
2.1.1. Pengertian Strategi Pelaksanaan	5
2.1.2. Indikasi Dan Kontraindikasi	5
2.1.3. Prosedur Strategi Pelaksanaan	6
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	7
2.2.1. Pengertian Perilaku Kekerasan	7
2.2.2. Etiologi.....	7
2.2.3. Manifestasi Klinik.....	9
2.2.4. Akibat.....	10

2.2.5. Penatalaksanaan	10
2.2.6. Pohon Masalah	11
2.2.7. Masalah Yang Mungkin Muncul	11
2.2.8 Pengkajian	11
2.2.9. Diagnosa Keperawatan.....	12
2.2.10. Intervensi.....	12
BAB 3 METODOLOGI.....	14
3.1. Rancangan Karya Tulis Ilmiah.....	14
3.2. Subyek Studi Kasus.....	14
3.3. Fokus Studi.....	15
3.4. Definisi Operasional.....	15
3.5. Tempat Dan Waktu Pengambilan Kasus.....	16
3.6. Prosedur Pengumpulan Data dan Instrumen Studi Kasus	16
3.7. Pengolahan Data dan Penyajian Data	16
3.8. Etika Penelitian	17
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil Studi kasus	19
4.2. Pembahasan Studi kasus	30
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	36
5.2.. Saran.....	37
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan suatu hal yang sangat penting dan dicari semua orang, tanpa kesehatan yang baik kualitas hidup manusia akan menurun dan menimbulkan gangguan dalam melaksanakan aktivitas. Seseorang dikatakan sehat apabila batin dalam keadaan tenang, menggunakan kemampuan atau potensi dirinya secara maksimal serta menjalin hubungan positif dengan orang lain. Jadi, kesehatan merupakan kesinambungan fisik, psikis dan sosial pada tubuh dimana seseorang dapat menyimpulkan bahwa kesehatan juga mengarah pada makna sehat secara jiwa, dengan itu kesehatan merupakan bagian dari kesehatan jiwa.

Kesehatan jiwa di Indonesia baru-baru ini mulai mendapatkan perhatian dari masyarakat, terutama sejak munculnya kasus-kasus kesehatan yang pada akhirnya menyebabkan hal-hal berdampak negatif. Sering kali persepsi sehat, sakit hanya diartikan apabila kita tidak mampu melakukan sesuatu. Padahal kesehatan jiwa sama halnya dengan kesehatan fisik, apabila tidak ditangani gangguan kejiwaan dapat mengancam kehidupan seseorang. Kesehatan jiwa merupakan dimana kondisi seorang individu mampu menyadari kemampuan diri sendiri, dapat bekerja secara produktif, memberikan kontribusi untuk komunitasnya dan dapat mengatasi tekanan (Ardani, 2103 dalam Pratiwi, Mutya & Andriyani, 2019). Salah satu yang menjadi sorotan media dalam kesehatan jiwa adalah kasus kekerasan dikarenakan tidak mampu mengontrol diri sendiri yang dapat mengakibatkan gangguan jiwa.

Gangguan jiwa merupakan gejala dan tanda dari bentuk perilaku penyimpangan, seseorang dikatakan mengalami gangguan jiwa apabila terdapat gangguan mental meliputi pola pikir, perilaku emosi, daya tarik diri, keinginan motivasi, persepsi dan kemauan sehingga dapat mengganggu dirinya di kehidupan masyarakat (Nasir, 2011). Stigma yang berkembang dimasyarakat terhadap orang dengan

gangguan jiwa memunculkan gejala-gejala seperti penurunan bersosialisasi, penurunan motivasi, dengan gejala tersebut sering terjadi pada pasien skizofrenia. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa dimana terdapat penurunan kemampuan seseorang dalam membedakan realita dengan isi pemikirannya sendiri (Huguelet 2011 dalam Triyani, Dwidiyanti & Suerai, 2019). Skizofrenia menunjukkan coping maladaptifnya dengan cara menunjukkan emosionalnya yang berdampak pada spiritual dan menurunkan kualitas hidup pasien, rendahnya kualitas hidup akan memicu kekambuhan pasien atau penurunan kondisi pasien (Ariyani 2014 dalam Triyani, Dwidiyanti & Suerai, 2019).

Prevalensi gangguan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO, 2013) secara global lebih dari 450 juta orang dewasa mengalami gangguan jiwa, di Indonesia angka kejadian gangguan jiwa seperti skizofrenia 1,7 per mil penduduk Indonesia, jumlah gangguan jiwa di Jawa Tengah di Indonesia mencapai 14% pada tahun 2013 (Riskesdas, 2013). Data yang didapatkan dari RSJ Prof.dr. Soerojo Magelang pada tahun 2019 menyebutkan jumlah pasien gangguan jiwa sebanyak 9614 orang. Dari data tersebut didapatkan jumlah pasien dengan gangguan halusinansi sebanyak 5024 pasien, resiko perilaku kekerasan sebanyak 1298, perilaku kekerasan sebanyak 1273 pasien.

Perilaku kekerasan merupakan dimana seseorang dengan melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik, baik dengan dirinya maupun orang lain, dan disertai gaduh dan amuk yang tidak dapat terkontrol (Kusumati & Hartono, 2010 dalam Direja 2017). Perilaku kekerasan sendiri sering disebut sebagai suatu perilaku agresif verbal di suatu sisi dan perilaku kekerasan di sisi yang lain. Sedangkan kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul akibat respon kecemasan yang dirasakan sebagai suatu ancaman pada dirinya (Sari, 2015).

Diperlukan upaya untuk menangani pasien gangguan jiwa salah satunya menerapkan asuhan keperawatan jiwa secara holistik dengan mencakup semua aspek yang diperlukan untuk mengatasi dampak negatif yang timbul pada pasien. Salah satu terapi yang dapat dilakukan dengan cara strategi pelaksanaan. Strategi

pelaksanaan merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya kepada perawat antar pasien dan akan berdampak apabila strategi pelaksanaan tidak diberikan akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungan (Sujarwo & Livana, 2018). Seseorang yang mengalami perilaku kekerasan perlu dilakukan strategi pelaksanaan terapi, terapi tersebut meliputi verbal, fisik, spiritual dan obat (Dermawan & Rusdi, 2013).

Terapi spiritual merupakan terapi yang paling efektif karena terapi spiritual dapat membangun rasa penerimaan diri, mampu meredakan emosi, memberikan ketenangan, mendorong individu tersebut untuk lebih dekat dengan Allah SWT dan menerima penyakitnya sebagai cobaan dari Allah SWT. Spiritual merupakan bentuk keyakinan yang berhubungan dengan Yang Maha Esa, keyakinan spiritual dapat menjadikan individu mempertahankan keharmonisan, keselaran dengan dunia luar. Keyakinan spiritual mempengaruhi perilaku dalam perawatan dan tingkat kesehatan, kebutuhan spiritual dapat terpenuhi apabila individu tersebut mampu mengembangkan rasa syukur, ikhlas, dan sabar (Yusuf, 2016 dalam Triyani, Dwidiyanti & Suerai, 2019). Hal tersebut menunjukkan bahwa spiritual dapat meningkatkan dampak positif dalam kesejahteraan, dan memiliki peran penting meningkatkan harapan hidup pasien dan kesembuhan pasien. Manfaat spiritual bagi individu pada gangguan jiwa dapat mengurangi kontribusi dan gejala dengan meningkatkan kualitas hidup dari segi psikologi (Sari, 2014). Intervensi pemenuhan spiritual yang diberikan kepada pasien skizofrenia dengan cara memberikan kesempatan kepada pasien untuk melaksanakan sholat dan berdoa, intervensi sholat yaitu dengan cara-cara mengerjakan sholat beserta memperagakan sholat dan mengajarkan berdoa setelah selesai sholat, dengan itu dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien (Aryanu & Mamnu'ah, 2014). Berdasarkan peningkatan pasien dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan serta tingginya jumlah pasien dengan masalah resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah studi kasus tentang "Penerapan terapi spiritual

dengan cara sholat dan berdo'a dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien jiwa".

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah penerapan terapi spiritual sholat dan berdo'a dapat mengontrol resiko perilaku kekerasan?

1.3 Tujuan

Menggambarkan penerapan terapi spiritual sholat dan berdo'a untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan

1.4 Manfaat Penulisan

a. Bagi pasien

Mampu mengontrol emosi setelah diberikan terapi spiritual sholat dan berdo'a dan terapi tersebut merupakan salah satu alternatif untuk mengontrol pasien resiko perilaku kekerasan.

b. Perkembangan ilmu teknologi dan perkembangan keperawatan

Menambah pengetahuan pada keperawatan jiwa terutama pada teknologi keperawatan dalam melakukan penerapan terapi spiritual sholat dan berdo'a pada pasien gangguan resiko perilaku kekerasan.

c. Penulis berikutnya, yang mungkin akan dikembangkan untuk studi kasus lebih lanjut

Diharapkan dapat sebagai bahan referensi dalam upaya mengembangkan prosedur penerapan terapi spiritual sholat dan berdo'a pada pasien gangguan resiko perilaku kekerasan.

d. Bagi tenaga keperawatan

Diharapkan bermanfaat bagi tenaga keperawatan untuk menambah keterampilan dan pengetahuan dalam melakukan proses keperawatan terkait penerapan terapi spiritual sholat dan berdo'a pada pasien resiko perilaku kekerasan

BAB 2

TI N.JAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Strategi Pelaksanaan

2.1.1 Pengertian Strategi Pelaksanaan

Strategi pelaksanaan merupakan pendekatan yang bersifat membina hubungan saling percaya kepada perawat antar pasien dan akan berdampak apabila strategi pelaksanaan tidak diberikan akan membahayakan diri sendiri maupun lingkungan (Sujarwo & Livana, 2018). Strategi pelaksanaan merupakan percakapan berupa komunikasi terapeutik yang dilakukan pada perawat dengan perawat (Fitriana, 2009). Dapat disimpulkan dari kedua pengertian diatas, strategi pelaksanaan merupakan panduan pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan perawat untuk melakukan interaksi atau komunikasi kepada pasien.

2.1.2 Indikasi dan Kontraindikasi

Tindakan keperawatan dengan menggunakan pendekatan strategi pelaksanaan ada beberapa jenis, diantaranya yaitu : SP 1 : mengidentifikasi penyebab, tanda gejala, serta akibat dari perilaku kekerasan, melatih cara fisik 1, SP 2 : mengevaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1, melatih cara fisik 2 dengan cara memukul bantal/kasur, SP 3 : mengevaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1, SP 2, melatih dengan cara verbal/sosial (menerima dengan baik dan menolak dengan baik), SP 4 : mengevaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1, SP 2, SP 3, melatih kegiatan secara spiritual (sholat dan berdo'a), SP 5 : mengevaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1, SP 2, SP 3, SP 4, melatih patuh minum obat (minum obat secara teratur) (Keliat,2017).Terkait ke lima SP tersebut, Tindakan keperawatan Penggunaan strategi pelaksanaan yang ke empat yaitu melatih spiritual menjadi salah satu indikator untuk mengontrol marah secara psikologis yang dihadapi pasien resiko perilaku kekerasan, tindakan tersebut berisi Sholat dan berdoa. Penggunaan strategi pelaksanaan tersebut dapat diterapkan kepada pasien dengan resiko perilaku kekerasan yang ditandai dengan tanda gejala

berupapandangan tajam, muka merah, mengepalkan tangan, mengatupkan rahang dengan kuat, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak, mengancam, melempar atau memukul orang lain/benda, merusak barang atau benda, tidak dapat mengontrol perilaku kekerasan (Dermawan & Rusdi, 2013)

2.1.3 Prosedur Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan

prosedur strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan menurut Direja (2017) terdapat lima strategi pelaksanaan diantaranya sebagai berikut

2.1.3.1 Strategi pelaksanaan satu

Strategi pelaksanaan satu berisi untuk membantu pasien dengan cara

- a. mengidentifikasi penyebab, tanda gejala, serta akibat dari perilaku kekerasan
- b. melatih cara fisik 1 dengan cara tarik nafas dalam
- c. memasukan kedalam jadwal harian pasien

2.1.3.2 Strategi pelaksanaan dua

Strategi pelaksanaan dua berisi untuk membantu pasien dengan cara

- a. Memberikan penilaian dan evaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1
- b. Melatih cara fisik 2 dengan cara pukul bantal/kasur
- c. Memasukan kedalam jadwal harian pasien

2.1.3.3 Strategi pelaksanaan tiga

Strategi pelaksanaan tiga berisi untuk membantu pasien dengan cara

- a. Memberikan penilaian dan evaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1 dan SP 2
- b. Melatih secara verbal/sosial (menolak dengan cara baik, meminta dengan cara baik, mengungkapkan dengan baik)
- c. Memasukan kedalam jadwal haria pasien

2.1.3.4 Stategi pelaksanaan empat

Strategi pelaksanaan tiga berisi untuk membantu pasien dengan cara

- a. Memberikan penilainan dan evaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1, SP 2, SP 3

- b. Melatih secara spiritual (Sholat dan berdoa)
- c. Memasukan kedalam jadwal harian pasien

2.1.3.5 Strategi pelaksanaan lima

Strategi pelaksanaan empat berisi untuk membantu pasien dengan cara

- a. Memberikan penilaian dan evaluasi kegiatan yang dilakukan pada SP 1, SP 2, SP 3, SP 4
- b. Melatih patuh minum obat (meminum obat secara tertatur dengan prinsip 5 B, menyusun jadwal minum obat secara teratur)
- c. Memasukan kedalam jadwal harian

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengertian

Perilaku kekerasan merupakan dimana seseorang dengan melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik, baik dengan dirinya maupun orang lain, dan disertai gaduh dan amuk yang tidak dapat terkontrol (Kusumati & Hartono, 2010 dalam Direja 2017). Perilaku kekerasan merupakan respon terhadap stresor yang di hadapi seseorang yang dapat menimbulkan kerugian pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar. Melihat dampak tersebut, perlu dilakukan penanganan secara profesional (Keliat, 2010). Perilaku kekerasan merupakan perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Dermawan & Rusdi, 2013). Berdasarkan kesimpulan pengertian diatas, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dapat membahayakan/merugikan fisik, psikis bagi seseorang.

2.2.2 Etiologi

Proses terjadinya resiko perilaku kekerasan disebabkan oleh dua faktor, faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Keliat, 2017)

2.2.2.1 Faktor predisposisi

- a. Faktor Psikologis

1. Terdapat asumsi seseorang mengalami hambatan yang timbul dorongan agresif
2. Masa kecil yang kurang menyenangkan
3. Adanya kekerasan dalam keluarga, dan lingkungan
4. Rasa frustrasi
5. Teori Psikoanalitik, menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan yang menimbulkan membuat konsep diri yang rendah dan tidak berkembangnya ego. Kekerasan dan agresif ini dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam hidupnya dan memberikan kekuatan.
6. Teori Pembelajaran, menjelaskan individu memiliki pengaruh biologik terhadap perilaku kekerasan yang cenderung dapat dipengaruhi

b. Faktor Sosial dan Budaya

Peningkatan emosionalnya terjadi secara agresif sesuai respon yang dipelajarinya, agresif tidak berbeda dengan respon-respon yang lain, faktor ini dipelajari dengan melalui observasi dan sering mendapatkan penguatan kemungkinan semakin besar dapat terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan, dengan adanya dapat membantu mendefinisikan marah yang diterima dan tidak diterima. Masyarakat yang rendah, cenderung menerima perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan masalah yang merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan

c. Faktor biologi

Berdasarkan teori biologi, beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang pada pasien perilaku kekerasan yaitu :

1. Pengaruh Genetik, genetik pada umumnya dimiliki oleh narapidana (tindakan kriminal) dan perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik
2. Gangguan Otak, pengaruh dari perilaku agresif dan tindakan kekerasan bisa terjadi pada sindrom otak organik berhubungan

dengan berbagai gangguan serebral, trauma otak, penyakit epilepsy, ensefalitis dan tumor otak

3. Pengaruh Neurofisiologik, sistem neurologi mempunyai dampak dalam mengambat impuls agresif, sistem limbik dapat mempengaruhi timbulnya respon agresif dan perilaku bermusuhan.

2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi menurut Fitria (2009), dibedakan menjadi 2 yaitu

- a) Internal merupakan faktor yang menimbulkan penurunan percaya diri, rasa takut sakit, kelemahan, tidak dapat mengontrol diri, dan lain-lain.
- b) Eksternal merupakan faktor yang menimbulkan penganiayaan secara fisik.

Shives (1998) dalam Fitria (2009), hal-hal yang dapat mempengaruhi perilaku kekerasan yaitu:

- a) Kesulitan berkomunikasi mengenai sesuatu.
- b) Kesulitan dalam kondisi ekonomi.
- c) Ketidaksiapan diri menjadi orang tua dalam merawat anak-anaknya.
- d) Mempunyai riwayat penyalahgunaan obat terlarang sehingga tidak dapat mengendalikan emosi pada saat menghadapi masalah.
- e) Kematian anggota keluarga yang terpenting, menjadikan kehilangan pekerjaan dan perubahan tahapan berkembang keluarga.

2.2.3 Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala menurut Keliat (2017) yaitu:

- a. Fisik

Tangan mengepal, rahang mengatup, pandangan tajam, postur tubuh kaku, dan wajah memerah dan tegang

b. Verbal

Mengucap dengan kata-kata kotor, kasar, mengancam, berbicara dengan nada keras

c. Perilaku

Merusak lingkungan, menyerang orang lain, agresif, melukai diri sendiri dan orang lain :

1. Emosi

Dendam, merasa terganggu, ingin berkelahi, mengamuk, menyalahkan, tidak berdaya, bermusuhan, menuntut, tidak aman dan nyaman

2. Intelektual

Kasar, cerewet, berdebat, tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme, meremehkan, dan mendominasi

3. Spiritual

Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, tidak bermoral, kreativitas terhambat, dan ragu-ragu

4. Sosial

Kekerasan, pengasingan, menarik diri, ejekan, sindiran dan penolakan

5. Perhatian

Melarikan diri, melakukan tindakan menyimpang

2.2.4 Akibat

Cemas, stres, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Respon marah dapat diekspresikan secara internal (depresi dan penyakit fisik) maupun eksternal (perilaku kekerasan). Kemarahan tersebut akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat dapat menimbulkan perasaan destruktif yang ditujukan kepada diri sendiri. (Dermawan & Rusdi, 2013)

2.2.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan menurut Dermawan & Rusdi (2013) melalui psikofarma berupa obata-obatan yaitu:

a. Chlorpromazine

Dapat mengurangi gejala psikosis berupa perilaku agresif yang dapat membahayakan diri dan menjadikan pikiran tenang

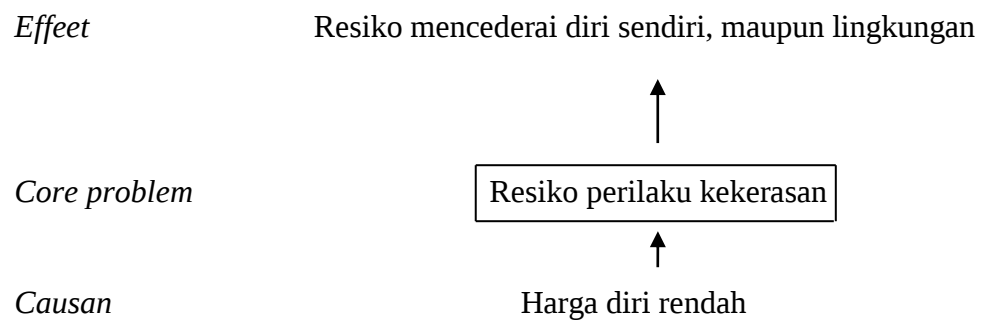
b. Trihexphenidyl

Dapat membantu masalah pergerakan diluar kontrol, menjadikan pikiran rilek dan tenang

c. Haloperidol

Dapat mengatasi gejala psikosis, obat ini berfungsi memberikan ketenangan, pikiran menjadi teratur, serta mengurangi perilaku agresif dan keinginan untuk menyakiti orang lain

2.2.6 Pohon masalah



2.2.7 Masalah yang mungkin muncul

Masalah keperawatan yang mungkin muncul yaitu: perilaku kekerasan, resiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, perubahan persepsi sensori : halusinasi, harga diri rendah kronis, isolasi sosial, berduka disfungsi, penatalaksanaan regimen terapeutik tidak efektif, coping keluarga tidak efektif (Keliat, 2017)

2.2.8 Data yang perlu dikaji

Data yang perlu dikaji menurut Keliat (2017) terdapat dua data yaitu data subyektif dan data obyektif. Data subyektif meliputi : Pasien mengatakan ingin

berkelahi, pasien menyalahkan dan menuntut, pasien mengatakan dendam dan jengkel, pasien mengupat dengan kata-kata kotor, pasien mengancam, pasien meremehkan. Data obyektif meliputi : Tangan mengepal, pandangan tajam, wajah memerah dan tegang, postur tubuh kaku, rahang mengatup, suara keras

2.2.9 Diagnosa keperawatan

Perilaku kekerasan

2.2.10 Fokus intervensi

Fokus intervensi menurut Dermawan & Rusdi (2013)

2.2.10.1 Tindakan keperawatan untuk pasien

a. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi :

1. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
2. Pasien mampu mengidentifikasi tanda gejala perilaku kekerasan
3. Pasien mampu menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
4. Pasien mampu menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
5. Pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, spiritual dengan terapi psikofarmaka

b. Tindakan keperawatan

1. Bina hubungan saling percaya

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dilakukan komunikasi secara baik agar dapat memberikan kenyamanan. Tindakan yang harus dilakukan dalam membina hubungan saling percaya meliputi : mengucapkan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan berinteraksi, membuat kontrak, topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu dengan pasien

2. Diskusikan bersama pasien penyebab dari perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu

3. Diskusikan perasaan bersama pasien jika terjadi perilaku kekerasan meliputi : mendiskusikan tanda gejala perilaku kekerasan secara fisik, mendiskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis, mendiskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial, mendiskusikan tanda gejala perilaku kekerasan secara spiritual, mendiskusikan tanda gejala perilaku kekerasan secara intelektual
4. Diskusikan dengan pasien perilaku yang biasa dilakukan pada saat marah secara : verbal, terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan
5. Diskusikan dengan pasien akibat dari perilakunya
6. Diskusikan dengan pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara : fisik (nafas dalam dan pukul bantal/kasur), spiritual (sholat dan berdoa), obat
7. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik dengan : melatih nafas dalam dan pukul bantal/kasur, menyusun jadwal latihan nafas dalam dan pukul bantal/kasur
8. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal/sosial dengan : melatih mengungkapkan rasa marah secara verbal (meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik), menyusun jadwal latihan mengungkapkan perasaan secara verbal
9. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual dengan : melatih mengontrol secara spiritual (sholat dan berdoa), membuat jadwal sholat dan berdoa
10. Melatih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat dengan cara : melatih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip 5B (benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis obat benar waktu minum obat, benar cara minum) serta menjelaskan fungsi obat dan akibat berhenti jika minum obat, menyusun jadwal minum obat secara teratur.

BAB 3

METODOLOGI PENULISAN

Bab ini berisi tentang pemaparan metode studi kasus, digunakan sebagai dasar dalam penyusunan metodologi penulisan yang ditetapkan meliputi : rancangan karya tulis ilmiah, subyek studi kasus, fokus studi yang akan diteliti, definisi operasional, cara pengumpulan data, instrumen pengumpulan data, cara pengolahan data dan etika penulisan.

3.1 Rancangan studi kasus

Rancangan karya tulis ilmiah merupakan studi kasus yang dimaknai sebagai suatu proses pengumpulan dan analisis data. Rancangan penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran dengan suatu keadaan secara obyektif dan dapat digunakan untuk memecahkan atau menjawab yang berkaitan dengan permasalahan (Setiadi, 2013). Metode deskriptif yang penulis tulis menggambarkan asuhan keperawatan dengan menggunakan strategi pelaksanaan: sholat dan berdoa untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

3.2 Subyek studi kasus

Subyek studi kasus merupakan individu, keluarga, masyarakat, kelompok khusus yang diamati secara mendalam dan dilakukan asuhan keperawatan secara komprehensif. Subyek yang digunakan yaitu dua pasien dengan gangguan jiwa serta terdiagnosa resiko perilaku kekerasan. di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Soerojo Magelang. Kriteria inklusi yaitu : pasien gangguan jiwa, pasien terdiagnosa resiko perilaku kekerasan, dapat membaca, bersedia menjadi respon peneliti. Kriteria eksklusi yaitu pasien tidak bersedia menjadi responden peneliti di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo. Magelang.

3.3 Fokus studi

Fokus studi kasus yang dibahas pada Karya Tulis Ilmiah yaitu penerapan terapi spiritual dengan cara sholat dan berdo'a dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien jiwa di Rumah Sakit Jiwa Prof.Dr. Soerojo Magelang.

3.4 Definisi operasional

Definisi operasional merupakan variabel didefinisikan secara operasional yang meliputi upaya untuk mendeskripsikan atau memberikan variabel penelitian yang spesifik dan terukur (Rachmat, 2016). Definisi operasional merupakan penjelasan dari variabel yang dapat digunakan secara operasional sehingga mempermudah pembaca dalam mengartikan makna tersebut (Setiadi, 2013). Definisi operasional dalam studi kasus yang disajikan meliputi :

- 3.4.1 Strategi pelaksanaan merupakan panduan pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan perawat untuk melakukan interaksi atau komunikasi kepada pasien.
- 3.4.2 Strategi pelaksanaan terapi spiritual merupakan sebuah terapi dengan pendekatan terhadap kepercayaan yang dianut oleh pasien yang berupa sholat dan berdoa berguna untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan kepada pasien.
- 3.4.3 Perilaku kekerasan merupakan sifat agresif yang bertujuan untuk melukai diri sendiri maupun orang lain secara fisik maupun psikologis.
- 3.4.4 Sholat dan berdo'a merupakan suatu tindakan yang dapat menenangkan hati.
- 3.4.5 Hasil penelitian didapatkan terapi spiritual sholat dan berdoa efektif dilakukan selama 5 pertemuan, kedua responden tersebut memiliki kesamaan dalam menghafal bacaan sholat dan berdoa yaitu selama 5 pertemuan.

3.5 Tempat dan Waktu Pengambilan Kasus

Tempat yang digunakan dalam melaksanakan studi kasus yaitu Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang Jawa Tengah serta untuk lokasi waktu pengambilan studi kasus dimulai dari tanggal 18 November 2019 sampai 7 Desember 2019.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data dan Instrumen Studi Kasus

Pengumpulan data merupakan upaya perawat dalam menggali informasi kepada pasien melalui memberikan pertanyaan, pengukuran dan observasi, data yang dibutuhkan berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi pasien data tersebut mencakup tentang biospsikososial dan spiritual. Untuk memperoleh data tersebut diperlukan dengan adanya wawancara dengan pasien, wawancara merupakan bentuk komunikasi lisan yang bertujuan untuk menggali informasi. Selama wawancara berlangsung perlu dilakukan observasi bertujuan untuk menambah ketajaman data yang diperoleh, observasi terhadap perilaku pasien sangat diperlukan untuk memastikan apakah data yang diberikan sesuai apa yang dikatakan oleh pasien. Kajian subyek observasi meliputi dua pasien skizofrenia dengan gangguan resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Alat bantu yang digunakan untuk proses penelitian dinamakan instrumen, instrumen studi kasus yang digunakan meliputi :

3.6.1 SOP Strategi Pelaksanaan Sholat dan Berdoa

3.6.2 Lembar asuhan keperawatan

3.6.3 Lembar *informed consent*

1.7 Pengolahan Data dan Penyajian Data

Melakukan pengolahan data, penulis menggunakan lima tahapan dalam proses keperawatan meliputi melaksanakan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi/perencanaan, melakukan implementasi dan evaluasi, selain itu pedoman untuk mengolah data diperlukan data dari pasien, data dari keluarga, dari rekam medis, data dari catatan lain dan literatur. Untuk penyajian data menggunakan dalam bentuk narasi diungkapkan secara verbal, alur

penyajian data di gunakan dari pengumpulan data sampai merumuskan kesimpulan.

3.8 Etika Penelitian

Etika dalam keperawatan merupakan hal yang paling fundamental dengan prinsip menghargai atas sesama dan mempunyai empat prinsip, prinsip tersebut bermula dari prinsip dasar ini menghargai keadilan, otonomi, *maleficiene*, dan kedermawanan. Asas etika keperawatan tidak dapat diubah yang bersifat permanen, asas etika keperawatan dijabarkan menjadi enam meliputi :

3.8.1 Asas menghormati otonomi pasien

3.8.2 Menghormati otonomi pasien artinya kebebasan pasien sangat dijunjung tinggi oleh dunia keperawatan, perawat harus mempertimbangkan dan menghargai pendapat pasien ketika dirawat dirumah sakit.

3.8.3 Asas manfaat

Dalam asas tersebut menekankan bahwa pasien bukan menjadi uji coba yang dapat merugikan pasien dan cenderung menjadi korban, semua tindakan yang dilakukan kepada perawat harus mengandung unsur manfaat yang sudah teruji kemanfaatannya dengan menunjukkan manfaat dari tindakan yang diberikan kepada pasien.

3.8.4 Asas tidak merugikan

Semua perawat dalam menjalankan tugasnya harus bisa bekerja secara profesional dan harus menghindari hal-hal yang dapat merugikan pasien.

3.8.5 Asas kejujuran

Memiliki sifat kejujuran hal yang harus dimiliki bagi setiap perawat, dengan adanya kejujuran informasi yang disampaikan kepada pasien mudah dipahami sehingga dapat mengurangi hal-hal yang tidak diinginkan. Ketika memberi informasi kepada pasien terlebih dahulu harus menyesuaikan tingkat pendidikan dan pemahaman dari pasien tersebut. Ketika memberikan informasi kepada pasien, perawat harus menggunakan

bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien dengan menggunakan bahasa sederhana.

3.8.6 Asas kerahasiaan

Setiap orang pasti memiliki kerahasiaan yang tidak ingin orang lain tau tentang rahasianya, begitupun dengan pasien pasti memiliki kerahasiaan. Oleh karena itu sifat kerahasiaan pasien harus selalu dihormati kepada perawat dan jangan sampai informasi tersebut sampai bocor ke publik.

3.8.7 Asas keadilan

Setiap perawat harus memperlakukan pasien secara adil karena sama-sama harus mendapatkan pertolongan, artinya harus melayani dengan profesional sesuai ilmu keperawatan dan tidak membedakan antara kelas 3 dan kelas VIP.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penerapan studi kasus resiko perilaku kekerasan dengan strategi pelaksanaan sholat dan berdoa di Wisma Drupada Rumah Sakit Jiwa.Prof.dr.Soerojo Magelang. Pengkajian yang dilakukan pada dua pasien gangguan jiwa resiko perilaku kekerasan dilakukan pada tanggal 21 November sampai dengan 3 Desember 2019 dengan menggunakan metode melalui wawancara serta pengumpulan data dari rekam medik.

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1.Pengkajian

a. Kasus 1

Pengkajian pertama dilakukan pada hari Senin 21 November 2019 pukul 15.30 WIB di Wisma Drupada Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang. Hasil pengkajian yang telah dilakukan diperoleh data pasien bernama Tn.M, umur 40 tahun, jenis kelamin laki-laki, alamat magelang, beragama islam,bekerja sebagai serabutan, pendidikan SMP, tanggal masuk 18 November 2019, diagnosa medis F.20.3, No RM : 0018 51 50, penanggung jawab Ny. A sebagai adik kandung pasien.

Alasan masuk pasien dibawa oleh adiknya, pasien mengamuk, merusak barang bicara sendiri susah tidur dan keluyuran keluarga mengatasi masalah tersebut dengan membawanya ke Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang pada tanggal 18 November 2019. Sementara faktor predisposisi pasien pernah mengamuk dan adu mulut kepada polisi, pada tanggal 17 november 2019 berusia 40 tahun, dikeluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat kejang. Sedangkan untuk faktor presipitasi pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami pasien adalah istri selalu menuntut jika pasien belum memberikan uang

karena pasien tidak memiliki pekerjaan yang tetap, faktor yang menyebabkan pasien mengalami gangguan jiwa adalah tidak jelas. Untuk hasil pemeriksaan fisik didapatkan data meliputi TD 110/80 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 22x/menit, S 36°C, TB 165 cm, BB 65 kg.

Aktivitas motorik pasien tegang, gelisah, terkadang pasien tidak bisa tenang, sering mondar-mandir, afek Labil, dimana ditemukan pasien kadang-kadang marah-marah tanpa sebab, data subyektif pasien mengatakan bahwa dirinya dibawa ke RSJ karena mengamuk, merusak barang, memukul orang lain dan mudah tersinggung, data obyektif pasien terlihat wajah tegang, berbicara dengan nada tinggi, berbicara kotor berbicara ketus dan kontak mata mudah beralih.

b. Kasus 2

Pengkajian kedua dilakukan pada hari Kamis 28 November 2019 pukul 15.30 WIB di Wisma Drupada Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang. Hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan data pasien bernama Tn. P, berumur 36 tahun, jenis kelamin laki-laki, alamat Magelang, beragama islam, pekerjaan serabutan, pendidikan SMP, tanggal masuk 24 Desember 2019, diagnosa medis F.20.2 (skizofrenia tak terina), No RM : 00 0021, penanggung jawab Tn. T kakak kandung pasien.

Alasan masuk pasien masuk RSJ karena pasien marah-marah, mengamuk, merusak barang, tertawa sendiri, bicara tidak nyambung sejak 2 hari yang lalu, keluarga mengatasi dengan membawa ke RSJ Prof. Dr, Soerjono Magelang. Sedangkan faktor predisposisi pasien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalunya hasil pengobatan sebelumnya kurang berhasil, pasien kambuh untuk yang ke-3 kalinya dan sempat putus obat tetapi tidak terkaji berapa lamanya, pasien hampir melakukan penganiayaan kekerasan kepada keluarganya pada bulan novemer 2019, keluarga pasien mempunyai riwayat gangguan jiwa yaitu keturunan dari kakak kandungnya, pasien tidak mempunyai riwayat penyakit kejang, sedangkan faktor presipitasi pasien adalah pasien marah, mengamuk, sempat putus obat dan tidak terkaji berapa lamanya, dengan kondisi tersebut

pasien kembali di rawat ke RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang, dan hasil pemeriksaan fisik diperoleh data yaitu TD : 107/60 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,5°C, TB : 160 cm, BB : 50 kg.

Aktivitas motorik pasien gelisah, tegang, pasien mondar mandir, Persepsi meliputi data subyektif pasien mengatakan dirinya dibawa ke RSJ karena mengamuk, merusak barang, hampir mencederai orang lain dan mudah tersinggung, data obyektif wajah tegang, afek labil, bicara dengan suara meninggi, bicara kotor, biacara ketus, dan mata mudah beralih.

1.1.2. Diagnosa keperawatan

Hasil pengkajian yang dilakukan terhadap Tn.M dan Tn S didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu, resiko perilaku kekerasan, gangguan persepsi sensori halusinasi penglihatan dan gangguan konsep diri harga diri rendah.

1.1.3. Perencanaan

A. Kasus 1

Rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada kasus 1, dengan tujuan diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 kali pertemuan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil meliputi ekspresi wajah bersahabat, adanya kontak mata saat berkomunikasi, pasien dapat mengidentifikasi tanda gejala dan akibat dari perilaku kekerasan. Rencana tindakan keperawatan yang disusun untuk Tn. M meliputi bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik, jelaskan tujuan pertemuan, diskusikan dengan pasien penyebab, tanda gejala serta cara mengontrol emosi saat pasien marah. Identifikasi bersama pasien cara atau tindakan yang dilakukan pada saat mengontrol emosi, diskusikan cara baru untuk mengontrol emosi dengan cara (sholat dan berdoa) menanyakan kepada pasien bagaimana sholat dan berdoa yang biasa dilakukan sehari-hari, beri kesempatan pada pasien untuk memperagakan cara mengontrol emosi/marah tersebut dan pantau dalam penerapan pelaksanaan cara mengontrol emosi/marah.

B. Kasus 2

Rencana tindakan keperawatan yang diberikan pada kasus 2 dengan tujuan diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 kali pertemuan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan kriteria hasil meliputi ekspresi wajah bersahabat, adanya kontak mata saat berkomunikasi, pasien dapat mengidentifikasi tanda gejala dan akibat dari perilaku kekerasan. Rencana tindakan keperawatan yang disusun untuk Tn. P meliputi bina hubungan saling percaya dengan menggunakan komunikasi terapeutik, jelaskan tujuan pertemuan, diskusikan dengan pasien penyebab, tanda gejala, akibat serta cara mengontrol emosi saat pasien marah. Identifikasi bersama pasien cara atau tindakan yang dilakukan pada saat mengontrol emosi, diskusikan cara baru untuk mengontrol emosi dengan cara (sholat dan berdoa) menanyakan kepada pasien bagaimana sholat dan berdoa yang biasa dilakukan sehari-hari, beri kesempatan pada pasien untuk memperagakan cara mengontrol emosi/marah tersebut dan pantau dalam penerapan pelaksanaan cara mengontrol emosi/marah.

Implementasi

a. Kasus 1

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari pertama yaitu pada hari Kamis 21 November 2019 jam 10.00 WIB dengan memberikan SP 4 sholat dan berdoa yang terdiri Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrol marah/emosi sebelumnya, Melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara sholat berdoa, dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, dan diperoleh data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah bisa sholat dan ada beberapa bacaan yang tidak hafal seperti bacaan sholat i'tidal, duduk diantara dua sujud, tahiyat awal dan akhir, dan pasien mengatakan bingung, karena ingin berdoa setelah selesai sholat dengan bacaan yang singkat dan mudah dihafal tetapi pasien belum mengetahui dengan doa tersebut, pasien mengatakan setelah sholat hati terasa lebih tenang. Sedangkan untuk data obyektif

pasien kurang berkonsentrasi dalam menghafal bacaan sholat, pasien terlihat bingung, pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan sholat dan dengan panduan buku tuntutan sholat dan membimbing doa selesai melakukan sholat yaitu dengan doa sapu jagat.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari kedua yang dilakukan pada hari jumat 22 November 2019 jam 10.00 WIB masih memberikan SP 4 sholat dan berdoa diantaranya Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrol marah/emosi sebelumnya, Melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, Menyusun jadwal aktivitas klien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, sehingga didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat tetapi belum terlalu hafal dengan bacaan duduk diantara dua sujud, tahyat awal dan akhir, sementara untuk data obyektif meliputi mulai bersemangat untuk menghafal dengan bacaan duduk diantara 2 sujud, pasien mengucapkan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat secara mandiri tanpa bantuan buku tuntutan sholat, pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari ketiga pada hari sabtu 23 November 2019 jam 10.00 WIB, dengan memberikan SP 4 sholat dan berdoa diantaranya Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrol marah/emosi sebelumnya, Melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, sehingga didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat dan bacaan duduk diantara dua sujud, dan belum hafal bacaan tahiyat awal dan akhir, dan untuk data obyektif meliputi mulai bersemangat untuk menghafal bacaan tahiyat awal dan akhir, pasien dibimbing dan diarahkan oleh

perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari keempat pada hari senin 25 November 2019 jam 10.00 WIB dengan memberikan kembalimemberikan SP 4 sholat dan berdoa diantaranya Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrol marah/emosi sebelumnya, melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, sehingga didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat, bacaan duduk diantara dua sujud, dan bacaan tahiyat awal dan akhir, dan untuk data obyekatif meliputi pasien mengucapkan lafal bacaan sholat tanpa buku panduan, pasien dimbing dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari kelima pada hari selasa26November 2019 jam 10.00 WIB dengan memberikan kembali SP 4sholat dan berdoa meliputi Membantu pasien dalam mengontrol marah/emosi, Mengevaluasi latih mengontrol marah/emosi, Membimbing pasien terkait memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian cara mengontrol marah/emosi dengan diperoleh data subyektif pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaa-bacaan sholat dan doa ketika selesai sholat, sedangkan untuk data obyektif pasien tenang kooperatif, pasien mampu mendemonstrasikan kembali bagaimana sholat dan berdoa secara benar.

b. Kasus 2

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari pertama yaitu pada hari kamis 28 November 2019 jam 10.00 WIB dengan memberikan SP 4sholat dan berdoa yang terdiri : Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrolmarah/emosi sebelumnya, Melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara sholat berdoa, dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, dan diperoleh data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah bisa sholat dan ada beberapa bacaan yang tidak hafal seperti bacaan sholat tahiyat awal dan tahiyat akhir, pasien mengatakan belum mengerti perbedaan tahiyat awal dan tahiyat akhir dan pasien mengatakan setelah sholat tidak pernah berdoa. sedangkan untuk data obyektif pasien kurang berkonsentrasi dalam menghafal bacaan sholat dan doa, kontak mata mudah beralih, pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan sholat dan dengan panduan buku tuntutan sholat dan membimbing doa selesai melakukan sholat yaitu dengan doa sapu jagat.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari kedua dilakukan pada hari jumat Senin 29 November jam 10.00 WIB, masih memberikan SP 4 sholat dan berdoa diantaranya Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrol marah/emosi sebelumnya, Melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, sehingga didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan, tahyat awal dan doa sapu jagat, pasien mengatakan belum hafal dengan bacaan tahiyat akhir, sementara untuk data obeyektif meliputi pasien terlihat fokus dalam mengafal bacaan sholat, pasien mengucapkan bacaan tahiyat awal dan doa sapu jagat secara mandiri tanpa bantuan buku tuntutan sholat, pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan

sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari ketiga yang dilakukan pada hari Sabtu 30 November 2019 jam 10.00 WIB, dengan memberikan SP 4 sholat dan berdoa diantaranya Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrol marah/emosi sebelumnya, Melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, sehingga didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah hafal doa sapu jagat, hafal bacaan tahiyat awal dan akhir, dan untuk data obyektif meliputi pasien mengucapkan bacaan sholat tahiyat awal dan akhir dan doa sapu jagat secara mandiri, pasien dibimbing oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari keempat pada hari Senin 2 Desember 2019 jam 10.00 WIB dengan memberikan kembalimemberikan SP 4 sholat dan berdoa diantaranya Memvalidasi masalah dan latihan cara mengontrol marah/emosi sebelumnya, Melatih pasien dalam mengontrol marah/emosi dengan cara melakukan aktivitas terjadwal, Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih, sehingga didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan sholat dan doa secara lancar, pasien mengatakan lebih tenang setelah melakukan sholat dan berdoa, dan untuk data obyektif pasien terlihat tenang, pasien mengucapkan lafal bacaan sholat tanpa buku panduan, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih.

Pelaksanaan tindakan keperawatan hari kelima pada hari Selasa 3 Desember 2019 jam 10.00 WIB dengan memberikan kembali SP 4 sholat dan berdoa meliputi : membantu pasien dalam mengontrol marah/emosi, mengevaluasi latihan mengontrol marah/emosi, membimbing pasien terkait memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian cara mengontrol marah/emosi dengan diperoleh data subyektif pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan-bacaan sholat dan doa ketika selesai sholat, sedangkan untuk data obyektif pasien tenang kooperatif, pasien mampu mendemonstrasikan kembali bagaimana sholat dan berdoa secara benar.

1.1.4. Evaluasi

a. Kasus 1

Evaluasi hari pertama dilakukan pada Kamis 21 November 2019 jam 11.00 WIB, diperoleh data S : pasien mengatakan sudah bisa sholat dan ada beberapa bacaan yang tidak hafal seperti bacaan sholat i'tidal, duduk diantara dua sujud, tahiyat awal dan akhir, dan pasien mengatakan bingung, karena ingin berdoa setelah selesai sholat dengan bacaan yang singkat dan mudah dihafal tetapi pasien belum mengetahui dengan doa tersebut, pasien mengatakan setelah sholat hati terasa lebih tenang, O : pasien terlihat tidak konsentrasi dalam menghafal bacaan sholat, pasien terlihat bingung dalam menyusun dan memasukkan jadwal aktivitas harian, pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam melakukan aktivitas, A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan SP 4 belum teratasi, P : Ulangi intervensi cara mengontrol marah/emosi dengan melakukan aktivitas terjadwal, anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mencegah terjadinya marah/emosi yang tidak terkendali.

Evaluasi hari kedua dilakukan pada Jumat 22 November 2019 jam 11.00 WIB, selain itu ditemukan data S : pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat tetapi belum terlalu hafal dengan bacaan duduk diantara dua sujud, tahiyat awal dan akhir, sementara untuk data obyektif meliputi mulai bersemangat untuk menghafal dengan bacaan duduk diantara 2 sujud, pasien mengucapkan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat secara mandiri tanpa bantuan buku tuntutan sholat, pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal

bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, O : pasien mulai bersemangat untuk menghafal dengan bacaan duduk diantara 2 sujud, pasien mengucapkan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat secara mandiri tanpa bantuan buku tuntutan sholat, pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan belum teratasi, P : Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi..

Evaluasi hari ketiga dilakukan pada Sabtu 23 November 2019 jam 11.00 WIB, sehingga diperoleh data S : pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat dan bacaan duduk diantara dua sujud, dan belum hafal bacaan tahiyat awal dan akhir, O : mulai bersemangat untuk menghafal bacaan tahiyat awal dan akhir, pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan belum teratasi, P : Anjurkan pasien untuk menghafal bacaan sholat yang belum hafal, masukan aktivitas terjadwal yang sudah dilatih.

Evaluasi hari keempat dilakukan pada Senin 25 November 2019 jam 11.00 WIB, sehingga diperoleh data S : pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat, bacaan duduk diantara dua sujud, dan bacaan tahiyat awal dan akhir, O : pasien mengucapkan lafal bacaan sholat tanpa buku panduan, pasien dimbing dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, A : masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan belum teratasi, P : pertahankan intervensi.

Evaluasi hari kelima dilakukan pada Selasa 26 November 2019 jam 11.00 WIB, sehingga diperoleh data S : pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan sholat dan doa ketika selesai sholat, O : intansi suara meninggi berkurang, marah-marah berkurang, dan pasien mendemonstrasikan sholat beserta

gerakannya dan berdoa ketika selesai sholat, A : masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan tidak teratasi karena marah- marah terkadang masih muncul dan berbicara kotor P : pertahankan intervensi.

b. Kasus 2

Evaluasi hari pertama yang dilakukan pada kamis 28 November 2019 jam 10.00 WIB, diperoleh S :pasien mengatakan sudah bisa sholat dan ada beberapa bacaan yang tidak hafal seperti bacaan sholat tahiyat awal dan tahiyat akhir, pasien mengatakan belum mengerti perbedaan tahiyat awal dan tahiyat akhir dan pasien mengatakan setelah sholat tidak pernah berdoa, O :pasien terlihat tidak konsentrasi dalam menghafal bacaan sholat, pasien terlihat bingung dalam menyusun dan memasukkan jadwal aktivitas harian, pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam melakukan aktivitas,A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan SP 4 belum teratasi, P : Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, lanjutkan SP 4 sholat dan berdoa.

Evaluasi hari kedua yang dilakukan pada jumat 29 November 2019 jam 10.00 WIB, didapatkan S : pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan, tahyat awal dan doa sapu jagat, pasien mengatakan belum hafal dengan bacaan tahiyat akhir,O : pasien terlihat fokus dalam mengafal bacaan sholat, pasien mengucapkan lafal bacaan tahiyat awal dan doa sapu jagat secara mandiri tanpa bantuan buku tuntutan sholat, pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah, A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan SP 4 belum teratasi, P : Ulangi intervensi dengan menghafal bacaan sholat, anjurkanpasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emosi, lanjutkan SP 4 sholat dan berdoa.

Evaluasi hari ketiga yang dilakukan pada Selasa30 Desember 2019 jam 10.00 WIB, meliputi S : pasien mengatakan sudah hafal doa sapu jagat, hafal bacaan tahiyat awal dan akhir, O : pasien mengucapkan bacaan sholat tahiyat awal dan akhir

dan doa sapu jagat secara mandiri tetapi belum lancar, pasien dimbing oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan teratasi, P : Pertahankan intervensi, Anjurkan pasien mengucapkan lafal sholat dan berdoa secara lancar.

Evaluasi hari keempat yang dilakukan pada senin 2 Desember 2019 jam 10.00 WIB, meliputi S : pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan sholat dan doa secara lancar, pasien mengatakan lebih tenang setelah melakukan sholat dan berdoa, O : pasien terlihat tenang, pasien mengucapkan lafal bacaan sholat tanpa buku panduan, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan belum teratasi, P : Pertahankan intervensi., Anjurkan pasien mendemonstrasikan gerakan sholat serta bacaan sholat dengan benar.

Evaluasi hari kelima yang dilakukan pada Selasa 3 Desember 2019 jam 10.00 WIB, meliputi S : pasien mengatakan sudah hafal doa sapu jagat, hafal bacaan tahiyat awal dan akhir, O : marah-marah berkurang, intonasi suara meninggi berkurang, dan pasien mendemonstrasikan gerakan sholat dan bacaan sholat dan berdoa secara benar, dan pasien memasukkan jadwal kegiatan sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah dilatih, A : Masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan belum teratasi, P : Pertahankan intervensi.

4.2. Pembahasan Studi Kasus

Bab ini penulis menguraikan pembahasan terkait sejauh mana kesenjangan antara konsep teori dengan kenyataan di lapangan mengenai studi kasus pada dua pasien dengan resiko perilaku kekerasan di Wisma Drupada Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang. Penulis menggunakan konsep teori Direja (2017) dan Dermawan & Rusdi (2013) melalui lima rangkaian proses keperawatan yang terdiri : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

4.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dasar dari serangkaian proses keperawatan dalam keperawatan jiwa, pengkajian dapat dikelompokkan meliputi unsur faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap kemampuan stressor, sumber koping, serta kemampuan pasien terhadap koping yang dimiliki (Direja, 2017). Studi kasus dilakukan dengan melaksanakan pengkajian sebagai bentuk observasi maupun pengumpulan data terkait sebelum dilakukan tindakan keperawatan baik terhadap kasus 1 maupun kasus 2, berdasarkan hasil pengkajian didapatkan kedua pasien mengalami masalah resiko perilaku kekerasan, Direja (2017) menyatakan bahwa resiko perilaku kekerasan merupakan dimana seseorang hampir melakukan tindakan yang membahayakan secara fisik, baik dengan dirinya maupun orang lain, dan disertai gaduh dan amuk yang tidak dapat terkontrol (Kusumati & Hartono, 2010 dalam Direja 2017), hal tersebut dibuktikan pada saat dilakukan pengkajian ditemukan tanda dan gejala dilahan praktek sesuai dengan konsep teori dari Sutejo (2017) dimana meliputi pasien marah tanpa sebab, mengamuk, merusak barang, hampir melakukan kekerasan secara fisik kepada seseorang, intonasi suara tinggi, dan berbicara kotor.

Faktor yang menyebabkan terjadinya masalah gangguan jiwa terhadap kasus 1 dan kasus 2, mengalami perbedaan adapun pada kasus 1 pasien mengamuk dan adu mulut dengan polisi dan pasien baru pertama kali masuk ke rumah sakit jiwa sehingga faktor yang menyebabkan pasien mengalami gangguan jiwa tidak jelas, hal ini sesuai pernyataan teori Keliat (2017) bahwa penyebab gangguan jiwa terutama resiko perilaku kekerasan adalah faktor sosial dan budaya dimana masyarakat cenderung menerima perilaku menyimpang/ perilaku kekerasan sebagai cara untuk menyelesaikan masalah.

Adapun faktor penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan pada kasus 2 dimana pasien memiliki riwayat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, yaitu keturunan dari kakak kandungnya sehingga hal ini sesuai dengan teori

Yosep dan Sutini (2016), penyebab gangguan jiwa terutama pada diagnosa resiko perilaku kekerasan adalah faktor dari genetika dimana seorang individu dapat mengalami gangguan jiwa lebih tinggi dibandingkan keluarga tanpa faktor herediter, serta ditunjang dengan pengalaman kekerasan pada anggota keluarga dan lingkungan.

4.2.2. Diagnosa keperawatan

Hasil pengkajian pada kasus 1 dan kasus 2 didapatkan diagnosa keperawatan berupa masalah resiko perilaku kekerasan, gangguan konsep diri : harga diri rendah, dan gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan pendengaran. Penulis memilih resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama yang harus ditangani sesuai dengan kebutuhan, dimana masalah resiko perilaku kekerasan paling sering muncul dialami pasien diantara masalah keperawatan yang lain. Hal tersebut dibuktikan pada saat melakukan pengkajian tanda dan gejala yang muncul sesuai antara konsep teori ditemukan dilahan praktek meliputi pasien marah- marah tanpa sebab, merusak barang, mudah tersinggung, wajah tegang, berbicara kotor, intonasi suara meninggi (Keliat, 2017).

Hasil kasus 1 dan kasus 2 terdapat persamaan terkait diagnosa, dimana Fitria (2009) menjelaskan bahwa harga diri rendah dan halusinasi (*causa*) dapat menyebabkan resiko perilaku kekerasan (*core problem*) kemudian akan menimbulkan resiko mencederai diri sendiri maupun lingkungan (*effect*).

Kasus 1 dan 2 ditemukan harga diri rendah, meliputi data yang ditemukan pasien mengatakan dirinya merasa minder karena masuk ke RSJ, ia berfikir bahwa ia orang yang gagal atau tidak berhasil dalam melakukan suatu hal, pasien mengatakan tidak puas dengan kondisi tubuhnya dan menyukai bagian rambutnya. Hal tersebut selaras dengan konsep teori Sutejo (2017), teori ini menjelaskan bahwa harga diri rendah merupakan bentuk penilaian negatif terkait dengan perasaan yang tidak berharga, tidak berarti, dan ditemukan diagnosa gangguan persepsi sensori : halusinasi penglihatan dan pendengaran, selain itu diperoleh data pasien berbicara sendiri, pasien tampak menyendiri dan pasien mondar

mandir. Sehingga tanda dan gejala tersebut sesuai yang dipaparkan oleh Sutejo (2017).

4.2.3. Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan pada kasus 1 dan kasus 2 memiliki kesamaan yaitu dengan memberikan strategi pelaksanaan resiko perilaku kekerasan, penulis terfokus pada pemberian SP 4 spiritual dengan cara sholat dan berdoa, spiritual sholat dan berdoa mampu memberikan ketenangan, meredakan emosi dan dapat mengontrol marah (Yusuf, 2016 dalam Triyani, Dwidiyanti & Suerai 2019). Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Aryanu & Mamnuah (2014) memperoleh hasil dengan adanya intervensi pemenuhan spiritual yang diberikan kepada pasien skizofrenia dengan cara memberikan kesempatan kepada pasien untuk melaksanakan sholat dan berdoa, intervensi sholat dan berdoa yaitu dengan cara-cara mengerjakan sholat beserta memperagakan sholat dan mengajarkan berdoa setelah selesai sholat, dengan itu dapat mententramkan jiwa dan ketenangan.

4.2.4. Implementasi

Implementasi diberikan kepada kasus 1 dan kasus 2 dalam bentuk SP IV terlaksana, penulis memberikan tindakan spiritual sholat dan berdoa selama 5 kali pertemuan, hal ini sesuai pernyataan Sujarwo & Liviana PH(2018), adapun perbedaan yang ditemukan penulis selama dilakukan tindakan spiritual dengan cara sholat dan berdoa yaitu pada kasus 1 dan kasus 2 memerlukan waktu selama 5 kali pertemuan untuk melatih dan membimbing dalam melakukan aktivitas seperti sholat dan berdoa, pernyataan Sujarwo dan Liviana PH (2018) menjelaskan bahwa peneliti membimbing melatih berupa kata-kata tertulis maupun lisan untuk mengetahui seberapa pemahaman pasien tentang bacaan sholat dan berdoa. Hal tersebut sesuai pemaparan Imelisa (2016) menjelaskan bahwa lamanya melakukan penerapan spiritual sholat dan berdoa terhadap kemampuan pasien, sehingga didapatkan hasil yang berbeda-beda.

4.2.5. Evaluasi

Penulis melakukan proses keperawatan dengan melakukan evaluasi, dari penerapan studi kasus yang dilakukan pada dua pasien masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan, selama masing-masing 5 kali pertemuan, menunjukkan bahwa terjadi perubahan pada tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan yang dialami antara sebelum dan sesudah diberikan tindakan spiritual sholat dan berdoa, berdasarkan hasil observasi dan wawancara kedua pasien intonasi suara dengan nada tinggi sudah berkurang, marah-marah sudah berkurang. Sementara pada kasus 1 hasil evaluasi yang diperoleh menunjukkan bahwa terjadi perubahan terkait resiko perilaku kekerasan yang dialami, dimana pasien pada pertemuan kelima mengatakan marah-marah sudah berkurang dan selalu melakukan hal-hal positif seperti beribadah dengan melaksanakan sholat tepat waktu, dan pada saat pasien dibimbing mengenai spiritual sholat berdoa, pasien mampu mendemonstrasikan gerakan sholat beserta bacaan setelah selesai sholat. Hal ini sesuai konsep kerja dari SP 4 yaitu dimana resiko perilaku kekerasan tidak dapat dihilangkan melainkan hanya dapat dikontrol. Sehingga hal ini jelaskan oleh teori Zainul (2007) dalam Sujarwo & Liviana PH (2018) menyatakan bahwa hubungan yang signifikan antara kesehatan dan agama, yaitu seseorang yang mampu menjalankan ajaran agama lebih relatif lebih sehat dan mampu mengatasi penyakitnya sehingga proses penyembuhan lebih cepat.

Hasil kasus 2 mengalami penurunan terkait tanda dan gejala dari resiko perilaku kekerasan, meliputi ketika pertemuan pertama berdasarkan hasil observasi dan wawancara sebelum dibimbing mengenai spiritual sholat dan berdoa pasien mengatakan belum hafal dengan beberapa bacaan sholat dan berdoa, kemudian setelah dibimbing mengenai spiritual sholat dan berdoa pada pertemuan kelima menunjukkan hasil bahwa pasien mampu mendemonstrasikan gerakan sholat dan berdoa selesai sholat dengan benar dan intonasi suara meninggi berkurang. Hasil diatas sesuai dengan penelitian oleh teori Sulistyowati & Prihantini (2015)

menyatakan bahwa adanya terapi spiritual sholat dan berdoa dapat berpengaruh dalam mengontrol marah bagi pasien skizofrenia.

4.2.6. Keterbatasan

Keterbatasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada kasus 1 yaitu dimana pasien mengalami kecewa terhadap istrinya dikarenakan istri selalu menuntut bahwa dirinya tidak memberikan uang sehingga pasien meluapkan emosi dengan marah-marah tidak jelas dari rutinitas normal. Kekecewaan yang dialami pasien menimbulkan perasaan tertekan pada pasien. Dari segi afektif, penyebab emosi muncul diakibatkan seseorang mengalami sakit hati yang tersimpan. Reaksi pada kasus 1 dibuktikan pada saat observasi pasien selalu marah dengan diri sendiri dan merasa gelisah.

BAB V

KESIMPULAN

5.1. SIMPULAN

Penulis dapat menarik kesimpulan berdasarkan seluruh uraian yang telah dipaparkan sebagai berikut :

5.1.1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang telah dilakukan bahawa masalah utama yang dialami oleh kedua pasien yaitu resiko perilaku kekerasan, berdasarkan data yang didapatkan pada kasus 1 meliputi data subyektif pasien mengatakan bahwa dirinya dibawa ke RSJ karena mengamuk, merusak barang, memukul orang lain dan mudah tersinggung, sedangkan data obyektif pasien terlihat wajah tegang, berbicara dengan nada tinggi, berbicara kotor berbicara ketus dan kontak mata mudah beralih. Sedangkan pada kasus 2 data subyektif pasien mengatakan mudah marah, mudah tersinggung saat orang lain berbicara, data obyektif wajah tegang, afek labil, intonasi suara meninggi saat bicara, mudah terstimulasi dengan orang lain, dan bicara cepat.

5.1.2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian pada kasus 1 dan kasus 2 yaitu resiko perilaku kekerasan, gangguan konsep diri : harga diri rendah dan gangguan persepsi sensori halusinasi, dengan itu penulis memilih resiko perilaku kekerasan sebagai prioritas utama yang ditangani, sebab masalah tersebut paling nampak diantara masalah lainnya.

5.1.3. Intervensi

Intervensi yang disusun pada kedua kasus memiliki kesamaan berdasarkan teori meliputi pemberian strategi pelaksanaan (SP) 1 resiko perilaku kekerasan, yang

meliputi latihan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian, SP (2) latihan prinsip 5 benar obat, SP (3) latihan verbal (menerima dengan baik dan menolak dengan baik), dan SP 4 latihan spiritual dengan cara sholat dan berdoa.

5.1.4. Implementasi

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan pada kasus 1 dan kasus 2 yaitu memberikan (SP) 1 resiko perilaku kekerasan, yang meliputi latihan teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal, dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian, SP (2) latihan prinsip 5 benar obat, SP (3) latihan verbal (menerima dengan baik dan menolak dengan baik), dan SP (4) latihan spiritual dengan cara sholat dan berdoa.

5.1.5. Evaluasi

Evaluasi akhir yang telah dilaksanakan selama 5 kali pertemuan yaitu mengajarkan SP 4 tidak teratasi dengan itu menunjukkan hasil penurunan terkait resiko perilaku kekerasan.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat meningkatkan kemampuan dalam proses pemberian asuhan keperawatan serta mengajarkan strategi pelaksanaan dan memotivasi pasien dalam melakukan kegiatan sesuai jadwal yang telah diberikan dan memberikan pujian atas keberhasilannya.

5.2.2. Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa dapat belajar secara mendalam mengenai teori dan keterampilan keperawatan jiwa terutama pada teori resiko perilaku kekerasan

dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa dapat berjalan secara maksimal dan sesuai yang diharapkan.

5.2.3. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan dapat meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa mengenai penanganan pada pasien jiwa terutama pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan tujuan mampu mengontrol emosi pada pasien resiko perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Makki, Abu thalib. (2005) Buku Panduan Tuntutan Sholat, Bandung :MizanPustaka,
- Dermawan, D & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publising.
- Direja, A.H.S. (2017). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Fitria, ,N. (2009). Prinsip Dasar dan Aplikasi *Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP) untuk 7 Diagnosis Keperawatan Jiwa Berat*. Jakarta : Salemba Medika.
- Induniasih & Hendrasih, S. (2017). *Metodologi Keperawatan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Pratiwi A., Mutya E., & Andriyani H. (2019). Pengalaman Pasien Gangguan Jiwa Ketika Diberikan Terapi Guided Imagery. *Jurnal Ilmu Keperawatan Volume 2 No 2, Hal 89-96*. Diambil dari <https://journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/311>
- Rachmat, M. (2018). *Metodologi Penelitian Gizi & Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Kedokteran EGC.
- Riskesdes.(2013). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta : Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.
- Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. (Edisi 2). Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Soetejo, NS. (2017). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Sujarwo & Liviana P.H. (2018). *Studi Fenomenologi : Strategi pelaksanaan Yang Efektif Untuk Mengontrol Perilaku Kekerasan Menurut Pasien Di Ruang Rawat Inap Laki Laki*. *Jurnal Keperawatan Volume 6 No 1, Hal 29-35*. Diambil dari <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/4421>.

Triyani, F.A., Dwidiyanti M., & Suerni T., (2019). *Gambaran Terapi Spiritual Pada Pasien Skizofrenia : Literatur Review*. Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa Volume 2 No 1, Hal 19-24. Diambil dari <https:journal.ppnijateng.org/index.php/jikj/article/view/250>.

PROSEDUR STRATEGI PELAKSANAAN SHOLAT DAN BERDO'A

Langkah kegiatan

Persiapan

1. Memilih pasien sesuai dengan indikasi yaitu pasien resiko perilaku kekerasan
2. Membuat kontrak dengan pasien minimal satu hari sebelum pelaksanaan
3. Mempersiapkan alat dan tempat

Fase orientasi

1. Sampaikan salam terapeutik dan bina hubungan saling percaya kepada pasien
 - Memperkenalkan diri
 - Menanyakan nama pasien
2. Menjelaskan tujuan serta memvalidasi data
 - Menanyakan perasaan hari ini
3. Melakukan kontrak waktu terkait :
 - Topik
 - Waktu
 - Tempat

Fase kerja

1. Menanyakan ibadah yang biasa dilakukan kepada pasien
2. Mendiskusikan bersama pasien cara mengontrol emosi
3. Mengajarkan pasien sholat dan berdoa
4. Memperagakan cara sholat meliputi :
 - Berdiri tegak menghadap ke arah kiblat
 - Kemudian mengangkat kedua belah tangan hingga sejajar
 - Setelah takbiratul ihram diteruskan dengan mendesepkan kedua belah tangan pada dada
 - Ruku'
 - I'tidal

- Sujud
 - Duduk antara dua sujud
 - Tasyahud Akhir
 - Salam
5. Mengajarkan do'a
- do'a sapu jagat

Fase terminasi

1. mengkaji perasaan pasien setelah diajarkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan
2. memasukan kedalam kegiatan jadwal kegiatan harian pasien
3. melakukan kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN Tn. M DENGAN
MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI WISMA DRUPADA RUMAH SAKIT JIWA PROF.
DR.SOEROJO MAGELANG**



Amela Nur Istiqomah

17.1952.P

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
2020**

ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa pada klien Tn. M dengan
Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan
di Wisma Drupada Rumah Sakit Jiwa Prof.
Dr. Soerojo Magelang

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Nama	: Tn.M
Umur	: 40 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Alamat	: Magelang
Pekerjaan	: Serbutan
Pendidikan	: SMP
Tanggal di rawat	: 18 November 2019
Tanggal pengkajian	: 21 November 2019
Bangsar di rawat	: Wisma Drupada
No rekam medik	: 00 18 51 50
Diagnose medis	: F.20.3

2. Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny.A
Umur	: 35 tahun
Alamat	: Magelang
Pekerjaan	: Serabutan
Hubungan dengan pasien	: Adik kandung

3. Alasan masuk

Pasien dibawa oleh adiknya, pasien mengamuk, merusak barang bicara sendiri susah tidur dan keluyuran keluarga mengatasi masalah tersebut

dengan membawanya ke Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang pada tanggal 18 November 2019.

4. Faktor predisposisi

pasien pernah mengamuk dan adu mulut kepada polisi, pada tanggal 17 november 2019 berusia 40 tahun, dikeluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat kejang, riwayat trauma kepala, dan riwayat menderita sakit panas tinggi.

5. Faktor presipitasi

Pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami pasien adalah istri selalu menuntut jika pasien belum memberikan uang karena pasien tidak memiliki pekerjaan yang tetap, faktor yang menyebabkan pasien mengalami gangguan jiwa adalah tidak jelas.

6. Pemeriksaan fisik

a. Tanda vital :

- 1) TD : 110/80 mmHg
- 2) N : 80 x/menit
- 3) P : 22 x/menit
- 4) S : 36 ° C

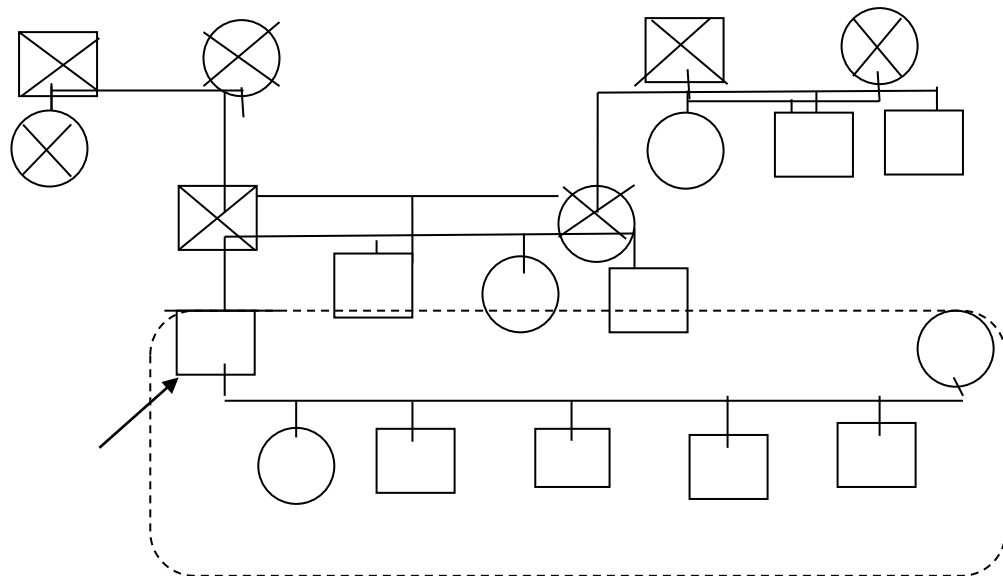
b. Ukur

- 1) TB : 165 cm
- 2) BB : 65 kg

Keluhan fisik : Tidak ada

7. Psikososial

1) Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



: Tinggal 1 rumah



: Perempuan



: Usia



: Menikah



: Pasien



: Meninggal

- 1) Pasien mengatakan tinggal bersama keluarga yang terdiri dari istri dan kelima anaknya
- 2) Pengambilan keputusan berada pasien sendiri sebagai kepala keluarga
- 3) Riwayat menderita gangguan jiwa
keluarga pasien tidak memiliki riwayat menderita gangguan jiwa

8. Konsep diri

a. Gambaran diri

pasien tidak puas dengan kondisi tubuhnya dan menyukai bagian rambutnya.

b. Identitas diri

pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki berusia 40 tahun menikah dan mempunyai anak 5 (lima).

c. Peran diri

pasien mengatakan selama dirumah aktivitas yang biasa dilakukan adalah bekerja dan membersihkan rumah, namun selama di wisma dirinya mengikuti yang sudah dijadwalkan meliputi bersih-bersih (mencuci piring, mengepel, menyapu), senam pagi, pendidikan kesehatan bahkan kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK), sebagai anggota masyarakat pasien dapat mengikuti kemasyarakatan yang ada dimasyarkat.

d. Ideal diri

harapan pasien di usia yang sekarang, pasien dapat bekerja keras mendapatkan upah demi memenuhi kebutuhan keluarganya dan pasien mengatakan minder karena masuk ke RSJ, ia berfikir bahwa ia orang yang gagal atau tidak berhasil dalam melakukan suatu hal.

e. Harga diri

Pasien mengatakan memiliki hubungan baik dengan anggota keluarganya

9. Hubungan sosial

a. Orang terdekat dirumah

Pasien mengatakan pada saat dirumah pasien mengatakan orang yang berarti dan dekat dirinya adalah istrinya.

b. Orang terdekat dirumah sakit

pasien mengatakan orang yang paling dekat dirumah sakit yaitu Tn. P, merupakan teman diwisma drupada

c. Kegiatan dirumah atau masyarakat

Kegiatan sosial di masyarakat pasien mengatakan jarang ikut serta dalam kegiatan yang ada di desanya

d. Kegiatan dirumah sakit

dirinya mengikuti yang sudah dijadwalkan meliputi bersih-bersih (mencuci piring, mengepel, menyapu), senam pagi, pendidikan kesehatan bahkan kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK)

e. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengalami hambatan dalam menjalin interaksi dengan orang lain dikarenakan pasien mengatakan minder dengan teman-temannya sehingga pasien cenderung menyendiri

10. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

agama yang dianut pasien adalah agama islam, serta pasien memiliki keyakinan bahwa penyakitnya merupakan cobaan yang harus dihadapi

b. Kegiatan ibadah

pasien jarang melakukan aktivitas ibadah seperti sholat pada saat dirumah, dan pada saat dirumah sakit pasien selalu beribadah sholat 5 waktu

11. Status mental

1) Penampilan

Rambut rapi, kuku tidak panjang, kulit sawo matang, gigi tidak kotor, cara berpakaian pasien sesuai

2) Pembicaraan

Tenang, kontak matamenghindar , afek labil dan dapat berinteraksi dengan teman lainnya diwisma drupada

3) Aktivitas motorik

Pasien tegang, gelisah, dan terkadang pasien tidak bisa tenang, Pasien sering mondar-mandir

4) Alam perasaan

Pasien mengatakan merasa sedih karena tidak nyaman berada di RSJ

5) Afek

Labil, ditemukan pasien kadang-kadang marah-marah tanpa sebab

6) Interaksi selama wawancara

Kontak mata pasien mudah beralih

7) Persepsi

DS : pasien mengatakan bahwa dirinya dibawa ke RSJ karena mengamuk, merusak barang, memukul orang lain dan mudah tersinggung

DO : pasien terlihat wajah tegang, berbicara dengan nada tinggi, berbicara kotor berbicara ketus dan kontak mata mudah beralih

8) Proses pikir

Flight of ideas (pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya tetapi masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan)

9) Isi pikir

Didapatkan dari hasil wawancara dan observasi pasien mempunyai masalah yang dianggapnya terlalu berat yang akhirnya membuat mudah marah

10) Tingkat kesadaran dan orientasi

Pasien dalam keadaan composmentis, orientasi waktu jelas, orientasi tempat jelas dan orientasi orang jelas

11) Memori

Pasien tidak mengalami gangguan daya ingat jangka panjang maupun pendek dibuktikan dengan pasien mengatakan satu bulan yang lalu pasien tinggal bersama anak dan istrinya, dan empat hari yang lalu beradanya dengan polisi

12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mudah beralih saat diajak untuk fokus dalam wawancara, namun saat diberi pertanyaan berhitung pasien mampu menjawab pertanyaan dan dalam mengaplikasikan kehidupan sehari-hari dirinya mampu membuktikannya

13) Kemampuan penilaian

Pasien mengalami gangguan penilaian ringan, dimana pasien mampu mengambil keputusan secara sederhana dengan bantuan orang lain

14) Daya tilik diri

Baik, pasien mengatakan bahwa sekarang berada di RSJ , dan dibawa ke RSJ oleh adiknya karena di rumah mengamuk

12. Kebutuhan persiapan pulang

1) Makan

Pasien mampu menyiapkan makanan, dan membersihkan alat-alat makan secara mandiri

2) BAK/BAB

Pasien dapat mengontrol BAK/BAB ditempatnya secara mandiri

3) Mandi

Pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

4) Berpakaian

Pasien mampu mengambil, serta memakai pakaian secara sendiri

5) Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur siang kurang lebih dua jam (13.00-15.00)

sementara tidur malam kurang lebih delapan jam (20.00-04.00)

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur

6) Penggunaan obat

Penggunaan obat diawasi dan dibimbing perawat

7) Pemeliharaan kesehatan

Menggunakan fasilitas kesehatan untuk kontrol, berobat seperti di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang untuk mencegah kekambuhan

8) Aktivitas didalam rumah

Pasien mengatakan di rumah membersihkan rumah, mencuci pakaian secara mandiri

9) Aktivitas diluar rumah

Pasien mengatakan untuk belanja keperluan sehari-hari dengan menggunakan kendaraan bermotor

13. Mekanisme koping

Maladaptif, reaksi berlebihan

14. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mengatakan takut untuk berinteraksi dengan warganya

15. Pengetahuan

Pasien mengatakan kurang paham mengenai penyakit gangguan jiwa, faktor pencetus terjadinya kekambuhan tidak jelas karena pasien baru pertama kali dirawat di rumah sakit jiwa

16. Aspek medik

a. Diagnosa medik :

F.20.2 (Skizofrenia tak terina)

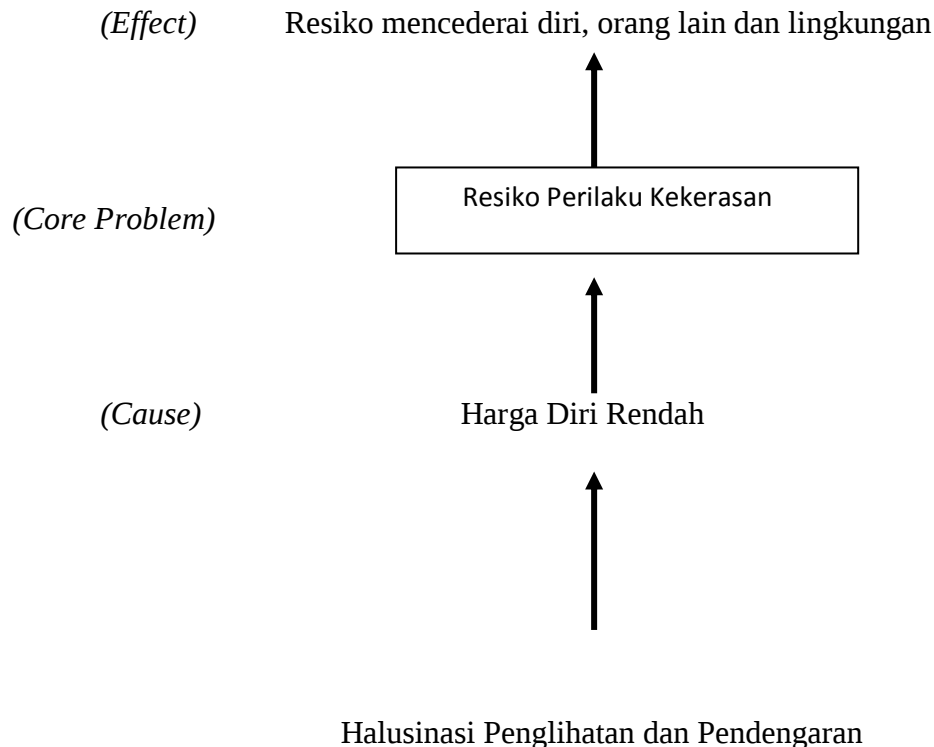
b. Terapi medik :

Haloperidol 2mg x 12 jam (2x1)

Clozapine 25 mg x 24 jam (1x1)

Trihexypenidyl 2mg x 12 jam (2x1)

B. Pohon masalah



C. Diagnose keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan dan Pendengaran

D. Analisa data

Data	Masalah
DS : Pasien mengatakan bahwa dirinya dibawa kerumah sakit karena mengamuk, teriak-teriak, merusak barang, memukul orang lain, dan mudah tersinggung DO : Wajah tegang Afek labil Mata mudah beralih Bicara ketus Berbicara kotor	Resiko perilaku kekerasan
DS : Pasien mengatakan bahwa dirinya jelek tidak berguna bagi keluarga, bodoh Pasien mengatakan dia merasa malu saat masuk RSJ Pasien mengatakan minder kepada orang-orang DO : Wajah terkadang murung Kontak mata menghindar Sikap duduk bersandar	Harga diri rendah
DS : pasien mengatakan terkadang ada orang mengajak ngobrol pada saat pasien sedang sendiri, bayangan tersebut adalah seorang laki-laki, dan bayangan datang pada pagi hari pukul 06.00 WIB	Halusinasi penglihatan dan pendengaran

DO : Pasien berbicara sendiri Pasien tampak menyendiri	
--	--

E. Rencana Tindakan Keperawatan (Intervensi)

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan		Rasional
	Tujuan	Tindakan	
Kasus I dan Kasus II Resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 kali pertemuan dengan kriteria hasil pasien mampu : a. pasien dapat membina hubungan saling percaya b. pasien dapat mengenali penyebab, tanda gejala dan cara mengontrol marah/emosi	1. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi : a. Sapa pasien dengan ramah, baik secara verbal maupun non verbal b. Perkenalkan diri meliputi nama, nama panggilan, dan tujuan dari pengenalan c. Tanyakan mengenai nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien d. Jelaskan tujuan pertemuan e. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali	a. Agar dapat terbuka selama proses berkomunikasi b. Untuk dapat melakukan komunikasi dua arah c. Untuk membantu proses identifikasi d. Untuk menjalin komunikasi terapeutik e. Untuk dapat memberikan rasa aman serta kepercayaan lebih terkait proses interaksi

	c. pasien mampu meminum obat secara rutin tanpa putus obat d. pasien mampu mengontrol marah/emosi yang sudah diajarkan oleh perawat.	melakukan interaksi f. Beri perhatian kepada pasien dan memperhatikan kebutuhan dasar pasien 2. Adakan kontak mata sering dan singkat secara bertahap : a. Observasi tingkah laku pasien mengenai permasalahannya yang sedang pasien alami, diskusikan terkait permasalahan yang sedang dialami pasien. b. Diskusikan dengan pasien tindakan yang dilakukan pada saat marah/emosi c. Diskusikan dengan pasien mengenai dampak yang akan dialami apabila pasien terus menerus marah/ melakukan tindakan	f. Menunjukkan rasa empati serta penuhi KDM pasien 2. Untuk dapat mengetahui tingkat konsentrasi pasien a. Untuk mengidentifikasi permasalahan yang sedang pasien alami b. Untuk membantu proses mengontrol marah c. Untuk membantu pasien mengontrol marah d. Untuk dapat mengurangi perilaku maladaptive terkait resiko perilaku kekerasan 3. Untuk membantu
--	--	--	---

		perilaku kekerasan kepada seseorang 3. Identifikasi bersama pasien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi marah/emosi a. pasien dapat menyebutkan beberapa cara untuk mengontrol marah/emosi b. pasien dapat menggunakan salah satu cara untuk mengontrol marah/emosi, jika adaptif berikan pujian, apabila maladaptive diskusikan mengenai kerugian dari perilaku tersebut c. Evaluasi dengan pasien cara mengontrol marah/emosi yang sudah diajarkan oleh perawat.	proses mengontrol halusinasi a. Untuk membantu pasien mengontrol marah dengan beberapa cara yang dapat dilakukan b. Untuk mencegah timbulnya kekambuhan c. Untuk mengingatkan kembali cara-cara mengontrol yang sudah pernah diajarkan d. Untuk dapat membantu pasien melatih mengontrol marah secara teratur e. Untuk memberikan sikap positif terkait cara
--	--	---	--

		d. Beri kesempatan pada pasien untuk memperagakan cara mengontrol marah/emosi e. Ajarkan cara baru mengontrol marah kepada pasien. f. Berikan kesempatan bertanya kepada pasien terkait cara baru mengontrol marah g. Berikan pujian, apabila pasien dapat mendemonstrasikan dengan benar	mengontrol marah f. Agar pasien tidak bingung dengan cara baru tersebut g. Untuk meningkatkan semangat pasien
--	--	---	--

F. Implementasi

Tanggal/Jam	Diagnosa/SP	Implementasi	Evaluasi
25 November 2019 16.00 WIB	Resiko perilaku kekerasan SP I	1. Memberikan validasi dan evaluasi pasien dalam mengontrol marah dengan strategi pelaksanaan dengan cara fisik yaitu nafas dalam dan pukul bantal 2. Memberikan pujian kepada pasien 3. Membimbing pasien terkait memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien cara mengontrol marah melalui nafas dalam dan pukul bantal	S : -pasien mengatakan sudah bisa mengontrol marah dengan cara melakukan tindakan nafas dalam dan pukul bantal -pasien mengatakan saat marah tindakan yang pertama dilakukan adalah nafas dalam guna untuk menenangkan pikiran O : -pasien terlihat tenang -intonasi suara meninggi saat berbicara -pasien mampu mendemonstrasikan kembali bagaimana cara mengontrol marah/emosi dengan SP 1 A : -pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik dengan nafas dalam dan pukul bantal -SP 1 tercapai P :

			-Anjurkan pasien untuk melakukan nafas dalam terlebih dahulu pada saat emosi muncul -Lanjutkan evaluasi SP 2 prinsip 5 benar obat dan SP 3 verbal
26 November 2019 15.30 WIB	Resiko perilaku kekerasan SP II dan SP III	1. Memberikan validasi serta evaluasi pasien dengan mengontrol marah dengan SP 2 dan SP 3 2. Memberikan pujian kepada pasien 3. Membimbing pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	S: -pasien mengatakan sudah mengetahui prinsip 5 benar obat yaitu benar nama, benar dosis, benar waktu, rute dan benar dokumentasi -pasien mengatakan mampu bercakap-cakap dengan orang lain dengan baik dan menggunakan nada sedang O : -pasien mampu menyebutkan 5 benar obat -pada saat sendiri terkadang pasien marah-marah tidak jelas, bicara sendiri dan berbicara kotor -pada saat berbicara dengan orang lain pasien mampu mengontrol nada suara dengan nada sedang A : -pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan verbal dan patuh minum obat

			-SP 2 dan SP 3 tercapai P : -Bimbing dan arahkan pasien dalam memasukkan jadwal kegiatan harian -Lanjutkan SP 4, mengontrol marah dengan cara sholat dan berdoa
27 November 2019 16.30	Resiko perilaku kekerasan SP IV	1. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 2. Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emodi 3. Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih	S : -pasien mengatakan sudah bisa sholat dan ada beberapa bacaan yang tidak hafal seperti bacaan i'tidal, duduk diantara dua sujud, tahiyat awal dan tahiyat akhir -pasien mengatakan bingung, karena ingin berdoa setelah selesai sholat dengan bacaan yang singkat dan mudah dihafal tetapi pasien belum mengetahui dengan doa tersebut O : -pasien kurang berkontrasi dalam menghafal bacaan sholat -pasien terlihat bingung -pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam melakukan aktivitas

			A : -pasien belum mampu mengontrol dengan SP 4 -SP 4 belum tercapai P : -Ulangi intervensi cara mengontrol marah dengan melakukan aktivitas terjadwal -Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol terjadinya emosi
28 November 2019 16.30	Resiko perilaku kekerasan SP IV	1. Memvalidasi masalah dan menanyakan bacaan sholat yang sudah dihafalkan hari sebelumnya 2. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 3. Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol emosi 4. Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih	S: -pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat tetapi belum terlalu hafal dengan bacaan duduk diantara dua sujud, tahiyat awal dan akhir O : -Mulai bersemangat untuk menghafal dengan bacaan duduk diantara 2 sujud, pasien mengucapkan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat secara mandiri tanpa bantuan buku tuntutan sholat -pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat A : -Pasien mampu menghafal bacaan sholat

			demi sedikit -SP 4 belum tercapai P : -Ulangi intervensi cara mengontrol marah dengan melakukan aktivitas terjadwal -Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol terjadinya emosi
29 November 2019 16.00 WIB	Resiko perilaku kekerasan SP IV	1. Memvalidasi masalah dan menanyakan bacaan sholat yang sudah dihafalkan hari sebelumnya 2. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 3. Membimbing pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	S : -Pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat dan bacaan duduk diantara dua sujud, dan belum hafal bacaan tahiyat awal dan akhir -Pasien mengatakan senang karena sudah hafal dengan bacaan sholat meskipun belajar sedikit sedikit demi sedikit O : -Mulai bersemangat untuk mengafal bacaan tahiyat awal dan akhir, pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat A : -Pasien mampu menghafal bacaan sholat demi sedikit

			-SP 4 belum tercapai P : -Ulangi intervensi cara mengontrol marah dengan melakukan aktivitas terjadwal - Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol terjadinya emosi
	Resiko perilaku kekerasan SP IV	1. Memvalidasi masalah dan menanyakan bacaan sholat yang sudah dihafalkan hari sebelumnya 2. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 3. Membimbing pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	S : Pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat, bacaan duduk diantara dua sujud, bacaan tahiyat awal dan akhir O : Pasien mengucapkan bacaan sholat tanpa buku panduan A : Pasien mampu menghafal bacaan sholat dan berdoa SP 4 tercapai P : Anjurkan pasien mendemonstrasikan gerakan sholat dan bacaan sholat secara mandiri
	Resiko perilaku kekerasan	1. Memvalidasi masalah dan mengevaluasi SP 4 sholat dan berdoa yang sudah dihafalkan 2. Membimbing pasien	S : Pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan-bacaan sholat dan doa ketika selesai sholat O : pasien mampu mendemonstrasikan kembali bagaimana

		untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	sholat dan berdoa secara benar A : pasien mampu melaksanakan sholat dan berdoa secara mandiri SP 4 tercapai P : Pertahankan intervensi
--	--	--	---

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN Tn. M DENGAN
MASALAH UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN
DI WISMA DRUPADA RUMAH SAKIT JIWA PROF.
DR.SOEROJO MAGELANG**



Amela Nur Istiqomah

17.1952.P

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN
2020**

ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa pada klien Tn. M dengan
Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan
di Wisma Drupada Rumah Sakit Jiwa Prof.
Dr. Soerojo Magelang

G. Pengkajian

17. Identitas klien

Nama	: Tn.M
Umur	: 40 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Alamat	: Magelang
Pekerjaan	: Serbutan
Pendidikan	: SMP
Tanggal di rawat	: 18 November 2019
Tanggal pengkajian	: 21 November 2019
Bangsar di rawat	: Wisma Drupada
No rekam medik	: 00 18 51 50
Diagnose medis	: F.20.3

18. Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny.A
Umur	: 35 tahun
Alamat	: Magelang
Pekerjaan	: Serabutan
Hubungan dengan pasien	: Adik kandung

19. Alasan masuk

Pasien dibawa oleh adiknya, pasien mengamuk, merusak barang bicara sendiri susah tidur dan keluyuran keluarga mengatasi masalah tersebut

dengan membawanya ke Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soerojo Magelang pada tanggal 18 November 2019.

20. Faktor predisposisi

pasien pernah mengamuk dan adu mulut kepada polisi, pada tanggal 17 november 2019 berusia 40 tahun, dikeluarga pasien tidak ada yang mempunyai riwayat kejang, riwayat trauma kepala, dan riwayat menderita sakit panas tinggi.

21. Faktor presipitasi

Pengalaman yang tidak menyenangkan yang dialami pasien adalah istri selalu menuntut jika pasien belum memberikan uang karena pasien tidak memiliki pekerjaan yang tetap, faktor yang menyebabkan pasien mengalami gangguan jiwa adalah tidak jelas.

22. Pemeriksaan fisik

c. Tanda vital :

5) TD : 110/80 mmHg

6) N : 80 x/menit

7) P : 22 x/menit

8) S : 36 ° C

d. Ukur

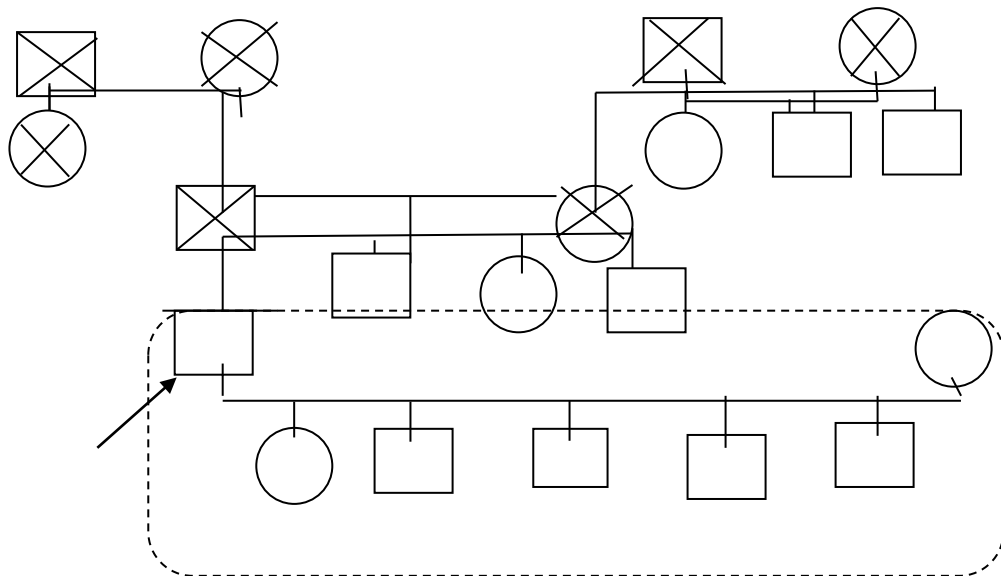
3) TB : 165 cm

4) BB : 65 kg

Keluhan fisik : Tidak ada

23. Psikososial

2) Genogram



Keterangan :



: Laki-laki



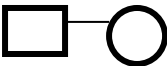
: Tinggal 1 rumah



: Perempuan



: Usia



: Menikah



: Pasien



: Meninggal

- 4) Pasien mengatakan tinggal bersama keluarga yang terdiri dari istri dan kelima anaknya
- 5) Pengambilan keputusan berada pasien sendiri sebagai kepala keluarga
- 6) Riwayat menderita gangguan jiwa
keluarga pasien tidak memiliki riwayat menderita gangguan jiwa

24. Konsep diri

f. Gambaran diri

pasien tidak puas dengan kondisi tubuhnya dan menyukai bagian rambutnya.

g. Identitas diri

pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki berusia 40 tahun menikah dan mempunyai anak 5 (lima).

h. Peran diri

pasien mengatakan selama dirumah aktivitas yang biasa dilakukan adalah bekerja dan membersihkan rumah, namun selama di wisma dirinya mengikuti yang sudah dijadwalkan meliputi bersih-bersih (mencuci piring, mengepel, menyapu), senam pagi, pendidikan kesehatan bahkan kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK), sebagai anggota masyarakat pasien dapat mengikuti kemasyarakatan yang ada dimasyarkat.

i. Ideal diri

harapan pasien di usia yang sekarang, pasien dapat bekerja keras mendapatkan upah demi memenuhi kebutuhan keluarganya dan pasien mengatakan minder karena masuk ke RSJ, ia berfikir bahwa ia orang yang gagal atau tidak berhasil dalam melakukan suatu hal.

j. Harga diri

Pasien mengatakan memiliki hubungan baik dengan anggota keluarganya

25. Hubungan sosial

f. Orang terdekat dirumah

Pasien mengatakan pada saat dirumah pasien mengatakan orang yang berarti dan dekat dirinya adalah istrinya.

g. Orang terdekat dirumah sakit

pasien mengatakan orang yang paling dekat dirumah sakit yaitu Tn. P, merupakan teman diwisma drupada

h. Kegiatan dirumah atau masyarakat

Kegiatan sosial di masyarakat pasien mengatakan jarang ikut serta dalam kegiatan yang ada di desanya

- i. Kegiatan dirumah sakit
dirinya mengikuti yang sudah dijadwalkan meliputi bersih-bersih (mencuci piring, mengepel, menyapu), senam pagi, pendidikan kesehatan bahkan kegiatan terapi aktivitas kelompok (TAK)
- j. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
Pasien mengalami hambatan dalam menjalin interaksi dengan orang lain dikarenakan pasien mengatakan minder dengan teman-temannya sehingga pasien cenderung menyendiri

26. Spiritual

- c. Nilai dan keyakinan
agama yang dianut pasien adalah agama islam, serta pasien memiliki keyakinan bahwa penyakitnya merupakan cobaan yang harus dihadapi
- d. Kegiatan ibadah
pasien jarang melakukan aktivitas ibadah seperti sholat pada saat dirumah, dan pada saat dirumah sakit pasien selalu beribadah sholat 5 waktu

27. Status mental

15) Penampilan

Rambut rapi, kuku tidak panjang, kulit sawo matang, gigi tidak kotor, cara berpakaian pasien sesuai

16) Pembicaraan

Tenang, kontak matamenghindar , afek labil dan dapat berinteraksi dengan teman lainnya diwisma drupada

17) Aktivitas motorik

Pasien tegang, gelisah, dan terkadang pasien tidak bisa tenang, Pasien sering mondar-mandir

18) Alam perasaan

Pasien mengatakan merasa sedih karena tidak nyaman berada di RSJ

19) Afek

Labil, ditemukan pasien kadang-kadang marah-marah tanpa sebab

20) Interaksi selama wawancara

Kontak mata pasien mudah beralih

21) Persepsi

DS : pasien mengatakan bahwa dirinya dibawa ke RSJ karena mengamuk, merusak barang, memukul orang lain dan mudah tersinggung

DO : pasien terlihat wajah tegang, berbicara dengan nada tinggi, berbicara kotor berbicara ketus dan kontak mata mudah beralih

22) Proses pikir

Flight of ideas (pembicaraan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya tetapi masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan)

23) Isi pikir

Didapatkan dari hasil wawancara dan observasi pasien mempunyai masalah yang dianggapnya terlalu berat yang akhirnya membuat mudah marah

24) Tingkat kesadaran dan orientasi

Pasien dalam keadaan composmentis, orientasi waktu jelas, orientasi tempat jelas dan orientasi orang jelas

25) Memori

Pasien tidak mengalami gangguan daya ingat jangka panjang maupun pendek dibuktikan dengan pasien mengatakan satu bulan yang lalu pasien tinggal bersama anak dan istrinya, dan empat hari yang lalu beradanya dengan polisi

26) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Pasien mudah beralih saat diajak untuk fokus dalam wawancara, namun saat diberi pertanyaan berhitung pasien mampu menjawab pertanyaan dan dalam mengaplikasikan kehidupan sehari-hari dirinya mampu membuktikannya

27) Kemampuan penilaian

Pasien mengalami gangguan penilaian ringan, dimana pasien mampu mengambil keputusan secara sederhana dengan bantuan orang lain

28) Daya tilik diri

Baik, pasien mengatakan bahwa sekarang berada di RSJ , dan dibawa ke RSJ oleh adiknya karena di rumah mengamuk

28. Kebutuhan persiapan pulang

10) Makan

Pasien mampu menyiapkan makanan, dan membersihkan alat-alat makan secara mandiri

11) BAK/BAB

Pasien dapat mengontrol BAK/BAB ditempatnya secara mandiri

12) Mandi

Pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

13) Berpakaian

Pasien mampu mengambil, serta memakai pakaian secara sendiri

14) Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur siang kurang lebih dua jam (13.00-15.00)

sementara tidur malam kurang lebih delapan jam (20.00-04.00)

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur

15) Penggunaan obat

Penggunaan obat diawasi dan dibimbing perawat

16) Pemeliharaan kesehatan

Menggunakan fasilitas kesehatan untuk kontrol, berobat seperti di RSJ Prof.dr.Soerojo Magelang untuk mencegah kekambuhan

17) Aktivitas didalam rumah

Pasien mengatakan di rumah membersihkan rumah, mencuci pakaian secara mandiri

18) Aktivitas diluar rumah

Pasien mengatakan untuk belanja keperluan sehari-hari dengan menggunakan kendaraan bermotor

29. Mekanisme koping

Maladaptif, reaksi berlebihan

30. Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mengatakan takut untuk berinteraksi dengan warganya

31. Pengetahuan

Pasien mengatakan kurang paham mengenai penyakit gangguan jiwa, faktor pencetus terjadinya kekambuhan tidak jelas karena pasien baru pertama kali dirawat di rumah sakit jiwa

32. Aspek medik

c. Diagnosa medik :

F.20.2 (Skizofrenia tak terina)

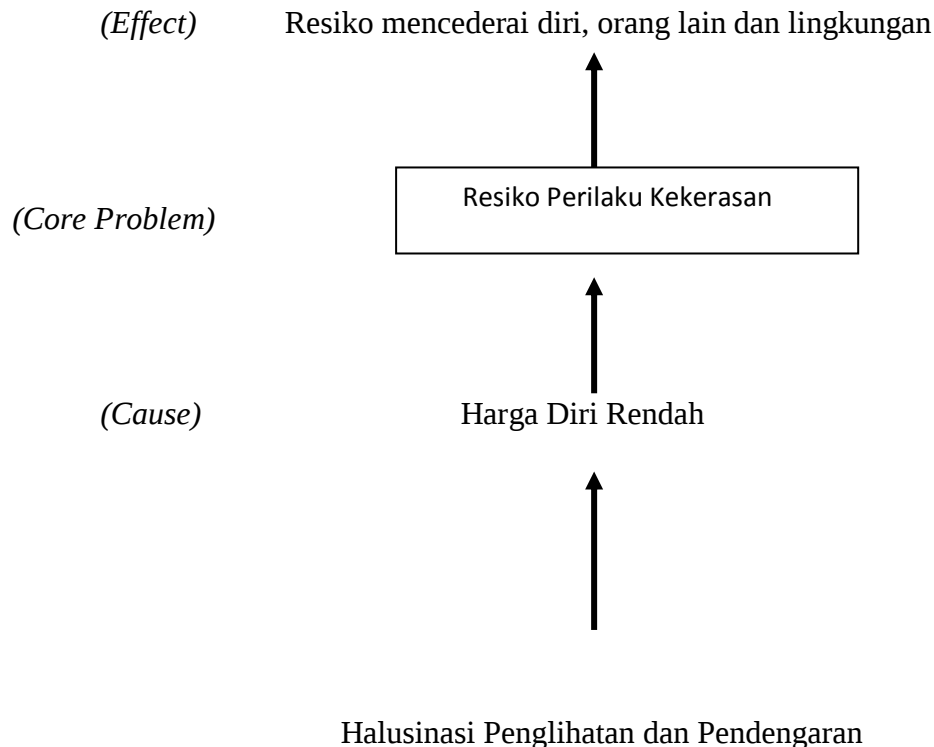
d. Terapi medik :

Haloperidol 2mg x 12 jam (2x1)

Clozapine 25 mg x 24 jam (1x1)

Trihexypenidyl 2mg x 12 jam (2x1)

H. Pohon masalah



I. Diagnose keperawatan

Resiko Perilaku Kekerasan

Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah

Gangguan Persepsi Sensori : Halusinasi Penglihatan dan Pendengaran

J. Analisa data

Data	Masalah
DS : Pasien mengatakan bahwa dirinya dibawa kerumah sakit karena mengamuk, teriak-teriak, merusak barang, memukul orang lain, dan mudah tersinggung DO : Wajah tegang Afek labil Mata mudah beralih Bicara ketus Berbicara kotor	Resiko perilaku kekerasan
DS : Pasien mengatakan bahwa dirinya jelek tidak berguna bagi keluarga, bodoh Pasien mengatakan dia merasa malu saat masuk RSJ Pasien mengatakan minder kepada orang-orang DO : Wajah terkadang murung Kontak mata menghindar Sikap duduk bersandar	Harga diri rendah
DS : pasien mengatakan terkadang ada orang mengajak ngobrol pada saat pasien sedang sendiri, bayangan tersebut adalah seorang laki-laki, dan bayangan datang pada pagi hari pukul 06.00 WIB	Halusinasi penglihatan dan pendengaran

DO : Pasien berbicara sendiri Pasien tampak menyendiri	
--	--

K. Rencana Tindakan Keperawatan (Intervensi)

Diagnosa	Rencana Tindakan Keperawatan		Rasional
	Tujuan	Tindakan	
Kasus I dan Kasus II Resiko perilaku kekerasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 kali pertemuan dengan kriteria hasil pasien mampu : e. pasien dapat membina hubungan saling percaya f. pasien dapat mengenali penyebab, tanda gejala dan cara mengontrol marah/emosi	4. Bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi : g. Sapa pasien dengan ramah, baik secara verbal maupun non verbal h. Perkenalkan diri meliputi nama, nama panggilan, dan tujuan dari pengenalan i. Tanyakan mengenai nama lengkap dan nama panggilan yang disukai pasien j. Jelaskan tujuan pertemuan k. Tunjukkan sikap jujur dan menepati janji setiap kali	g. Agar dapat terbuka selama proses berkomunikasi h. Untuk dapat melakukan komunikasi dua arah i. Untuk membantu proses identifikasi j. Untuk menjalin komunikasi terapeutik k. Untuk dapat memberikan rasa aman serta kepercayaan lebih terkait proses interaksi

	g. pasien mampu meminum obat secara rutin tanpa putus obat h. pasien mampu mengontrol marah/emosi yang sudah diajarkan oleh perawat.	melakukan interaksi 1. Beri perhatian kepada pasien dan memperhatikan kebutuhan dasar pasien 5. Adakan kontak mata sering dan singkat secara bertahap : d. Observasi tingkah laku pasien mengenai permasalahannya yang sedang pasien alami, diskusikan terkait permasalahan yang sedang dialami pasien. e. Diskusikan dengan pasien tindakan yang dilakukan pada saat marah/emosi f. Diskusikan dengan pasien mengenai dampak yang akan dialami apabila pasien terus menerus marah/ melakukan tindakan	1. Menunjukkan rasa empati sertaenuhi KDM pasien 2. Untuk dapat mengetahui tingkat konsentrasi pasien e. Untuk mengidentifikasi permasalahan yang sedang pasien alami f. Untuk membantu proses mengontrol marah g. Untuk membantu pasien mengontrol marah h. Untuk dapat mengurangi perilaku maladaptive terkait resiko perilaku kekerasan 4. Untuk membantu
--	--	--	---

		perilaku kekerasan kepada seseorang 6. Identifikasi bersama pasien cara atau tindakan yang dilakukan jika terjadi marah/emosi h. pasien dapat menyebutkan beberapa cara untuk mengontrol marah/emosi i. pasien dapat menggunakan salah satu cara untuk mengontrol marah/emosi, jika adaptif berikan pujian, apabila maladaptive diskusikan mengenai kerugian dari perilaku tersebut j. Evaluasi dengan pasien cara mengontrol marah/emosi yang sudah diajarkan oleh perawat.	proses mengontrol halusinasi h. Untuk membantu pasien mengontrol marah dengan beberapa cara yang dapat dilakukan i. Untuk mencegah timbulnya kekambuhan j. Untuk mengingatkan kembali cara-cara mengontrol yang sudah pernah diajarkan k. Untuk dapat membantu pasien melatih mengontrol marah secara teratur l. Untuk memberikan sikap positif terkait cara
--	--	---	--

		k. Beri kesempatan pada pasien untuk memperagakan cara mengontrol marah/emosi l. Ajarkan cara baru mengontrol marah kepada pasien. m. Berikan kesempatan bertanya kepada pasien terkait cara baru mengontrol marah n. Berikan pujian, apabila pasien dapat mendemonstrasikan dengan benar	mengontrol marah m. Agar pasien tidak bingung dengan cara baru tersebut n. Untuk meningkatkan semangat pasien
--	--	---	--

L. Implementasi

Tanggal/Jam	Diagnosa/SP	Implementasi	Evaluasi
25 November 2019 16.00 WIB	Resiko perilaku kekerasan SP I	4. Memberikan validasi dan evaluasi pasien dalam mengontrol marah dengan strategi pelaksanaan dengan cara fisik yaitu nafas dalam dan pukul bantal 5. Memberikan pujian kepada pasien 6. Membimbing pasien terkait memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian pasien cara mengontrol marah melalui nafas dalam dan pukul bantal	S : -pasien mengatakan sudah bisa mengontrol marah dengan cara melakukan tindakan nafas dalam dan pukul bantal -pasien mengatakan saat marah tindakan yang pertama dilakukan adalah nafas dalam guna untuk menenangkan pikiran O : -pasien terlihat tenang -intonasi suara meninggi saat berbicara -pasien mampu mendemonstrasikan kembali bagaimana cara mengontrol marah/emosi dengan SP 1 A : -pasien mampu mengontrol marah dengan cara fisik dengan nafas dalam dan pukul bantal -SP 1 tercapai P :

			-Anjurkan pasien untuk melakukan nafas dalam terlebih dahulu pada saat emosi muncul -Lanjutkan evaluasi SP 2 prinsip 5 benar obat dan SP 3 verbal
26 November 2019 15.30 WIB	Resiko perilaku kekerasan SP II dan SP III	4. Memberikan validasi serta evaluasi pasien dengan mengontrol marah dengan SP 2 dan SP 3 5. Memberikan pujian kepada pasien 6. Membimbing pasien memasukkan kedalam jadwal kegiatan harian	S: -pasien mengatakan sudah mengetahui prinsip 5 benar obat yaitu benar nama, benar dosis, benar waktu, rute dan benar dokumentasi -pasien mengatakan mampu bercakap-cakap dengan orang lain dengan baik dan menggunakan nada sedang O : -pasien mampu menyebutkan 5 benar obat -pada saat sendiri terkadang pasien marah-marah tidak jelas, bicara sendiri dan berbicara kotor -pada saat berbicara dengan orang lain pasien mampu mengontrol nada suara dengan nada sedang A : -pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan verbal dan patuh minum obat

			-SP 2 dan SP 3 tercapai P : -Bimbing dan arahkan pasien dalam memasukkan jadwal kegiatan harian -Lanjutkan SP 4, mengontrol marah dengan cara sholat dan berdoa
27 November 2019 16.30	Resiko perilaku kekerasan SP IV	4. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 5. Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol marah/emodi 6. Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih	S : -pasien mengatakan sudah bisa sholat dan ada beberapa bacaan yang tidak hafal seperti bacaan i'tidal, duduk diantara dua sujud, tahiyat awal dan tahiyat akhir -pasien mengatakan bingung, karena ingin berdoa setelah selesai sholat dengan bacaan yang singkat dan mudah dihafal tetapi pasien belum mengetahui dengan doa tersebut O : -pasien kurang berkontrasi dalam menghafal bacaan sholat -pasien terlihat bingung -pasien dibimbing dan diarahkan oleh perawat dalam melakukan aktivitas

			A : -pasien belum mampu mengontrol dengan SP 4 -SP 4 belum tercapai P : -Ulangi intervensi cara mengontrol marah dengan melakukan aktivitas terjadwal -Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol terjadinya emosi
28 November 2019 16.30	Resiko perilaku kekerasan SP IV	5. Memvalidasi masalah dan menanyakan bacaan sholat yang sudah dihafalkan hari sebelumnya 6. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 7. Menjelaskan serta membimbing pasien dalam melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol emosi 8. Menyusun jadwal aktivitas pasien dalam sehari-hari sesuai dengan kegiatan yang telah dilatih	S: -pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat tetapi belum terlalu hafal dengan bacaan duduk diantara dua sujud, tahiyat awal dan akhir O : -Mulai bersemangat untuk menghafal dengan bacaan duduk diantara 2 sujud, pasien mengucapkan bacaan i'tidal dan doa sapu jagat secara mandiri tanpa bantuan buku tuntutan sholat -pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat A : -Pasien mampu menghafal bacaan sholat

			demi sedikit -SP 4 belum tercapai P : -Ulangi intervensi cara mengontrol marah dengan melakukan aktivitas terjadwal -Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol terjadinya emosi
29 November 2019 16.00 WIB	Resiko perilaku kekerasan SP IV	4. Memvalidasi masalah dan menanyakan bacaan sholat yang sudah dihafalkan hari sebelumnya 5. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 6. Membimbing pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	S : -Pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat dan bacaan duduk diantara dua sujud, dan belum hafal bacaan tahiyat awal dan akhir -Pasien mengatakan senang karena sudah hafal dengan bacaan sholat meskipun belajar sedikit sedikit demi sedikit O : -Mulai bersemangat untuk mengafal bacaan tahiyat awal dan akhir, pasien dimbing dan diarahkan oleh perawat dalam menghafal bacaan dengan panduan buku tuntutan sholat A : -Pasien mampu menghafal bacaan sholat demi sedikit

			-SP 4 belum tercapai P : -Ulangi intervensi cara mengontrol marah dengan melakukan aktivitas terjadwal - Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas terjadwal untuk mengontrol terjadinya emosi
	Resiko perilaku kekerasan SP IV	4. Memvalidasi masalah dan menanyakan bacaan sholat yang sudah dihafalkan hari sebelumnya 5. Melatih pasien dalam mengontrol marah dengan cara melakukan aktivitas terjadwal 6. Membimbing pasien untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	S : Pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan i'tidal, doa sapu jagat, bacaan duduk diantara dua sujud, bacaan tahiyat awal dan akhir O : Pasien mengucapkan bacaan sholat tanpa buku panduan A : Pasien mampu menghafal bacaan sholat dan berdoa SP 4 tercapai P : Anjurkan pasien mendemonstrasikan gerakan sholat dan bacaan sholat secara mandiri
	Resiko perilaku kekerasan	3. Memvalidasi masalah dan mengevaluasi SP 4 sholat dan berdoa yang sudah dihafalkan 4. Membimbing pasien	S : Pasien mengatakan sudah hafal dengan bacaan-bacaan sholat dan doa ketika selesai sholat O : pasien mampu mendemonstrasikan kembali bagaimana

		untuk memasukkan dalam jadwal kegiatan harian	sholat dan berdoa secara benar A : pasien mampu melaksanakan sholat dan berdoa secara mandiri SP 4 tercapai P : Pertahankan intervensi
--	--	--	---

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanggung jawab dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penjelasan proses karya tulis ilmiah yang akan dilakukan oleh Amela Nur Istiqomah dengan judul “Penerapan Terapi Spiritual Sholat dan Berdoa Pada Pasiem Jiwa Resikp Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang”

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada karya tulis ilmiah ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama proses karya tulis ilmiah ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Magelang, 3 Desember 2019
Yang memberikan persetujuan

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. H. P.', is written below the text 'Yang memberikan persetujuan'.

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanggung jawab dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penjelasan proses karya tulis ilmiah yang akan dilakukan oleh Amela Nur Istiqomah dengan judul “Penerapan Terapi Spiritual Sholat dan Berdoa Pada Pasiem Jiwa Resikp Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang”

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada karya tulis ilmiah ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama proses karya tulis ilmiah ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Magelang, 3 Desember 2019
Yang memberikan persetujuan





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT JIWA Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

Jalan Jenderal Ahmad Yani 169 Magelang Kode Pos 56115 Tromol Pos 5

Telepon (0293) 363601 Faksimile (0293) 365183

Laman : www.rsjsorojo.co.id Surat Elektronik : admin@rsjsorojo.co.id



Nomor : LB.02.01/XXVI.2/1815/2019

20 November 2019

H a l : Permohonan Ijin Pengambilan Kasus

An. Esti Anindita Febriyani dkk

Yth. Wakil Dekan I

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Di Tempat.

Menjawab surat Saudari No.54/PK.01.06/FIKES/XI/2019 tanggal 14 November 2019, tentang permohonan Ijin pengambilan kasus dalam rangka penyusunan tugas KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa Prodi Diploma Tiga Keperawatan FIK Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, dengan ini diberitahukan bahwa kami dapat memfasilitasi mahasiswi Saudari sebanyak 9 mahasiswa adalah sebagai berikut :

No	Nama	NIM	Judul KTI
1	Esti Anindita Veronika	17.1981.P	Penerapan Prosedur Terapi aktifitas kelompok stimulasi persepsi halusinasi pada pasien gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
2	Liya Uliyatul Fuadah	17.2000.P	Penerapan Prosedur Terapi Psikoreligius Dzikir pada Pasien Halusinasi Pendengaran di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang
3	Naela Hidayati	17.2006.P	Penerapan prosedur Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi Perilaku Kekerasan Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.
4	Setiyo Adi Utomo	17.2030.P	Asuhan Keperawatan pada Klien Harga Diri Rendah Dengan Melatih Kemampuan Positif di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.
5	Amela Nur Istiqomah	17.1952.P	Penerapan Terapi Spiritual Dengan Cara Sholat dan Berdoa dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada pasien Jiwa di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.
6	Devi Tri Mardiyantiningsih	17.1969.P	Penerapan Melatih Kemampuan Positif pada Pasien Harga Diri Rendah.
7	Ella Arifatul Kholida	17.1979. P	Penerapan Prosedur Terapi Aktifitas Kelompok Peningkatan Harga Diri Rendah pada Pasien Harga Diri Rendah.
8	Khrisna Setyawan	17.1996.P	Penerapan Prosedur Strategi Pelaksanaan Menghardik pada pasien Skizofrenia dengan gangguan Persepsi Sensori Halusinasi Penglihatan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.
9	Landung Yusworo	17.1998.P	Penerapan Prosedur Strategi Pelaksanaan pada Pasien Isolasi Sosial.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT JIWA Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG
Jalan Jenderal Ahmad Yani 169 Magelang Kode Pos 56115 Tromol Pos 5
Telepon (0293) 363601 Faksimile (0293) 365183
Laman : www.rsjsorojo.co.id Surat Elektronik : admin@rsjsorojo.co.id



Untuk pelaksanaan pengambilan kasus dilaksanakan pada tanggal 18 November – 07 Desember 2019.

Adapun ketentuan yang berlaku adalah sebagai berikut:

1. Mentaati semua peraturan selama melakukan pengambilan kasus.
2. Membayar biaya pengambilan kasus sebesar: Rp. 80.000,-/orang
3. Mengajukan daftar data yang dibutuhkan/proposal TA
4. Menginformasikan hasil pengambilan kasus.

Atas perhatian dan kerjasama Saudari kami ucapkan terima kasih.

Plt. Direktur SDM dan Pendidikan



dr. Azizah Nuruliaty, MPH
NIP. 19750713200812016

Tembusan :

4. Direktur Utama RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang (sebagai laporan)
5. Kepala Instalasi Diklat RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.
6. Kepala Instalasi Rawat Inap I RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang
7. *Sdri. Esti Anindita Febriyani dkk*

LEMBAR KONSUL

NAMA : AMELA NUR ISTIQOMAH .
 NIM : 17.1552.P.
 DOSEN PEMBIMBING : NURUL AKTIFAH S. Kep., Ns, M. Si. Biomed.
 JUDUL KTI : PENERAPAN TERAPI SPIRITUAL DENGAN CARA SHOLAT DAN BERDOA PADA PASIEN RESIDU PERILAKU KEKERASAN .

NO	TANGGAL	TOPIK	SARAN PEMBIMBING	TTD MAHASISWA	TTD PEMBIMBING
1	Rabu, 23 Agustus 2015	Konsul Jurnal dan sop.	Mencari Jurnal terkait kep jiwa		
2	Kamis September 2015	Konsul BAB I	Didepan kalimat Jansen dikasih menurut. sehrs membaca KTI / skripsi.		
3	Jum'at 13 sep. 2015	Konsul Revisi BAB I	Memambatkan LB Bagaimana proses muncul RPK, dibuat menurut.		
4	Senin 30 sep. 2015	Konsul Revisi BAB I	Paragraf 1 dan 2 harus saling berkaitan. Perbaiki rumusan masalah.		

LEMBAR KONSUL

NAMA : AMELA NUFUS ISTIQOMAH
 NIM : 171552-P.
 DOSEN PEMBIMBING : NUCUL AKTIFAH S.Kep., Ns, M. Si. Biomed.
 JUDUL KTI : PENERAPAN TERAPI SPIRITUAL DENGAN CARA SHOLAT BERDOA.
 PADA PASIEN RETIKO PERILAKU KKERASAM.

NO	TANGGAL	TOPIK	SARAN PEMBIMBING	TTD MAHASISWA	TTD PEMBIMBING
5		Konsul Revisi BAB 1	lanjutkan BAB 2.		
6		Konsul BAB 2.	Perbaiki pohon mata lah.		
7		Konsul BAB 2 dan BAB 3.	kriteria inklusi dan eksklusi.		
8		Revisi BAB 3.	Daftar pustaka melihat panduan KTI. Perseolakan kata.		

LEMBAR KONSUL

NAMA : AMELA NUR ISTIQOMAH.
 NIM : 17.1552.P.
 DOSEN PEMBIMBING : NURUL AKTIFAH S.Kep., Ns, M.Si. Biomed.
 JUDUL KTI : PENERAPAN TERAPI SPIRITUAL DENGAN CARA SHOLAT DAN BERKATA PADA PASIEN RESIKO PERILAKU BENCANA.

NO	TANGGAL	TOPIK	SARAN PEMBIMBING	TTD MAHASISWA	TTD PEMBIMBING
9	Senin 28 Jan 2020.	Revisi BAB 3.	Perbaiki Penulisan. Kesalahan penulisan		
10	Senin 13 April 2020.	Konsul BAB 4 dan BAB 5.	Pengkajian - Paragraf Identitas - paragraf. Hasil pengkajian DO, DS, beserta kaur II, Diagnosis perencanaan.		
11	Kabu. 29 April 2020.	Konsul Revisi Lembar Pengkajian.	Lembar perse- sahan, Penulisan dan perbaikan		
12	Selasa 23 Juni 2020.	Konsul Revisi	Pengkajian di kelompokkan satu - satu. kalimat diper- baiki		