ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WISMA HARJUNA RSJ PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:
Agus Catur Prabowo, S.Kep
A31600860

PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA

PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
2017

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Agus Catur Prabowo, S.Kep

NIM : A31600860

Tanda Tangan :

Tanggal : 16 Agustus 2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Hasil Ujian Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners telah Diterima dan Disetujui oleh Pembimbing Ujian Program Ners Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong pada:

Hari/ Tanggal : 16 Agustus 2017

Tempat : STIKes Muhammadiyah Gombong

Pembimbing

(Tri Sumarsih, S. Kep., Ns, MNS)

Mengetahui,
Ketua Program Studi
STIKes Muhammadiyah Gombong

Isma Yuniar, M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama	: Agus Catur Prabowo, S.Kep
NIM	: A31600860
Program Studi	: Program Ners Keperawatan
Judul KIA-N	: Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia Dengan Resiko Perilaku Kekerasan Di Wisma Harjuna RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong.

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Abdul Jalil, M.Kep.,Sp.Kep.J

(.....)

Penguji II : Tri Sumarsih, S. Kep., Ns, MNS.

(.....)

Tanggal : 16 Agustus 2017

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik STIKes Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	: Agus Catur Prabowo, S.Kep
NIM	: A31600860
Program Studi	: Program Ners Keperawatan
Jenis Karya	: Karya Ilmiah Ners

Dengan pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif *(Non-Execlusive Royalty-Free Right)* atas karya ilmiah saya yang berjudul:

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WISMA HARJUNA RSJ PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen
Pada Tanggal : 16 Agustus 2017
Yang Menyatakan

(Agus Catur Prabowo, S.Kep)

Program Ners Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTA, 16 Agustus 2017

Agus Catur Prabowo, Tri Sumarsih

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA DENGAN RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WISMA HARJUNA RSJ PROF. DR. SOEROJO MAGELANG

Latar Belakang: Prevalensi skizofrenia berjumlah 11,6 % dari populasi orang dewasa. Sebagian besar pasien skizofrenia memiliki resiko perilaku kekerasan. Tindakan keperawatan untuk mengatasi klien dengan resiko perilaku kekerasan, perawat perlu menggunakan standar model asuhan keperawatan jiwa untuk mengajarkan mekanisme koping guna mencegah perilaku kekerasan.
Tujuan : menganalisis asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di Wisma Harjuna RSJ Prof.DR.Soerojo Magelang.
Hasil: Masalah keperawatan utama pada kelima pasien adalah resiko perilaku keperawatan. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan meliputi nafas dalam, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara penyaluran energi olah raga volly, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan verbal yang baik. Evaluasi hasil tindakan yaitu masalah resiko perilaku pada kelima pasien belum teratasi.
Rekomendasi: Tindakan terapi individu dengan nafas dalam dan penyaluran energi olah raga perlu dilakukan untuk memandirikan dan menurunkan tanda dan gejala pasien resiko perilaku kekerasan di Wisma Harjuna RSJ Prof.DR.Soerojo Magelang.
Kata Kunci: asuhan keperawatan, skizofrenia, resiko perilaku kekerasan

NURSING STUDY PROGRAM

MUHAMMADIYAH HEALTH SCIENCE INSTITUTE OF

GOMBONG

KTA, 16 AUGUST 2017

Agus Catur Prabowo, Tri Sumarsih

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING ASSURANCE IN SKIZOFRENIA PATIENTS WITH RISK OF VIOLENCE BEHAVIOR IN WISMA HARJUNA RSJ PROF.DR.SOEROJO MAGELANG

Background : The prevalence of schizophrenia amounted to 11.6% of the adult population. most schizophrenic patients have a risk of violence. Nursing actions to deal with clients at risk of violent behavior, nurses need to use standard nursing care models to teach coping mechanisms to prevent violent behavior.
Objective : analyzing the nursing care of clients with the risk of violent behavior in the homes of Harjuna RSJ Prof.DR.Soerojo Magelang. The main nursing problem among the five patients is the risk of violent behavior. the actions taken include deep breathing, train clients to control violent behavior by volly sporting energy, training clients to control violent behavior with good verbal. evaluation of outcomes of the actions performed on all five patients indicates that the nursing problem has not been resolved.
Recommendation : Individual therapy action with deep breath and sport energy distribution needs to be done to independence and reduce signs and symptoms of patient risk of violent behavior in homes harjuna RSJ Prof.DR Soerojo Magelang
Keywords : nursing care, schizophrenia, risk of violent behavior

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Alloh SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Ners ini dengan judul "Analisis asuhan keperawatan pada pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan di Wisma Harjuna RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang". Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sehingga penulis mendapat kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Sehubungan dengan itu penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Herniyatun, S. Kp., M.Kep Sp., Mat, selaku Ketua STIKes Muhammadiyah Gombong.
2. Isma Yuniar, M.Kep, selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong
3. Dadi Santoso, M.Kep., Ns, selaku Kordinator Program Ners Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong.
4. Tri Sumarsih, S. Kep., Ns, MNS selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
5. Ns. Abdul Jalil, M.Kep.,Sp. Kep.J selaku penguji yang telah berkenan memberikan saran perbaikan.
6. Bapak Soim Khambali dan Ibu Sudarni, kakak dan adik serta Definta Dwi Yuninda yang telah mendukung penulis baik moril maupun spiritual sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan KTA dengan lancar.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdiannya dari Alloh SWT. Tiada gading yang tak retak, maka penulis mengharap saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca dalam rangka perbaikan selanjutnya. Akhir kata semoga karya Karya Ilmiah Ners ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Gombong, 16 Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ii
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING iii
HALAMAN PENGESAHAN iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS v
ABSTRAK vi
ABSTRACT vii
KATA PENGANTAR viii
DAFTAR ISI ix
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
C. Manfaat Penulisan 4
BAB II KONSEP DASAR 6
A. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan 6
B. Proses Keperawatan 10
BAB III LAPORAN MANAJEMEN KASUS KELOLAAN 20
A. Profil Lahan Praktek 20
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan 21
BAB IV HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN 38
A. Analisis Karakteristik Klien 38
B Analisis Intervensi 39
C Inovasi Tindakan Keperawatan 40
BAB V PENUTUP 41
A. Kesimpulan 41
B. Saran 41
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN-LAMPIRAN

\BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penderita gangguan jiwa di dunia diperkirakan akan semakin meningkat seiring dengan dinamisnya kehidupan masyarakat. Masalah ini merupakan masalah yang sangat serius. Hampir 400 juta penduduk dunia menderita masalah gangguan jiwa, diantaranya skizofrenia yang merupakan gangguan jiwa berat atau kronis. Pada tahun 2016 prevalensi skizofrenia mencapai 21 juta orang. Satu dari empat anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dan seringkali tidak terdiagnosis secara tepat, sehingga tidak memperoleh perawatan dan pengobatan dengan tepat *(World Health Organization/ WHO, 2016).* Hal tersebut menunjukkan bahwa masalah gangguan jiwa di dunia menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global.

Setiap tahun lebih dari satu juta orang mengalami gangguan jiwa diseluruh dunia menurut *World Health Organization (WHO).* Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), prevalensi gangguan mental emosional berjumlah 11,6 % dari populasi orang dewasa. Bila dihitung menurut jumlah populasi orang dewasa Indonesia saat ini sebanyak lebih kurang 150.000.000 berarti terdapat 1.740.000 orang yang mengalami gangguan mental emosional (Depkes RI, 2010).

Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu propinsi yang menempati urutan ke lima terbanyak jumlah penderita skizofrenia (Riskesdas, 2013). Prevalensi skizofrenia di Jawa Tengah yaitu 0.23% dari jumlah penduduk melebihi angka nasional 0.17% (Riskesdas, 2013). Jumlah kunjungan gangguan jiwa tahun 2016 di sarana pelayanan kesehatan Provinsi Jawa Tengah sebanyak 224.617, mengalami peningkatan dibanding tahun 2015 yang mencapai 198.387 kunjungan. Kunjungan terbanyak yaitu di rumah sakit sebanyak 138.399 kunjungan (61,62%) (Dinas Kesehatan/ Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2016).

Sebagian besar pasien skizofrenia memiliki resiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan suatu tanda dan gejala dari gangguan skizofrenia akut yang tidak lebih dari satu persen,penyebabnya di antara lain riwayat penganiaayaan pada masa kanak-kanak misal fisik,psikologis,seksual dan riwayat penyalahgunaan zat atau pola kesulitan dalam keluarga misal kekacauan atau konflik, riwayat bunuh diri (Purba dkk, 2008). Sedangkan dari kasus kedaruratan psikiatrik, data yang paling banyak ditemukan adalah bunuh diri dan perilaku kekerasan. Adapun menurut Yosep (2009), perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada sendiri maupun orang lain. Sering disebut juga gaduh gelisah atau amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi klien dengan perilaku kekerasan ini, perawat perlu untuk menggunakan strategi-strategi tertentu seperti: strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengekangan. Strategi preventif meliputi: kesadaran diri, pendidikan kesehatan dan latihan asertif, sedangkan strategi antisipasi meliputi: komunikasi terapeutik, perubahan lingkungan, tindakan perilaku dan psikofarmaka. Kemudian strategi pengekangan yang meliputi: fiksasi dan isolasi (Sustrami & Sukmono, 2008).

Penanganan skizofrenia, selain penggunaan psikofarmaka, terapi dengan olahraga juga sangat membantu dalam mengatasi gejala–gejala gangguan ini, sehingga akan menurunkan tingkat kekambuhan dan jumlah rawat inap di Rumah Sakit juga akan menurun (Kaplan, 2007; Sung, 2008; Gilmer et al., 2004).

Beberapa penelitian sebelumnya Gorcynski et al (2010), membandingkan efek olahraga yang ditambahkan pada pengobatan standar dibandingkan pengobatan standar saja, dengan hasil terjadi perbaikan gejala klinis yang nyata pada pasien dengan gangguan jiwa berat, perbaikan gejala paling signifikan terlihat pada pasien yang diberikan terapi olahraga dengan dosis berkisar 30 menit per sesi yang dilakukan seminggu 2 kali selama 8 minggu (Gold et al., 2005)

Rumah sakit jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang merupakan pusat rujukan nasional di kesehatan jiwa. Saat ini, dari kapasitas 700 pasien, RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang sudah menampung 726 pasien. Jika rata-rata kapasitas per bangsal berisi 30 tempat tidur,maka beberapa bangsal kini diisi hingga 33 tempat tidur. Salah satu bangsal di RSJ Prof. Dr. Soerojo yaitu Wisma Harjuna, yang merupakan bangsal rawat inap kelas III khusus laki-laki. Berdasarkan data terakhir pada bulan Desember 2016 klien di ruang tersebut total 36 orang, dengan masalah utama halusinasi 29 orang, resiko perilaku kekerasan 6 orang, dan selebihnya ada gangguan kosep diri harga diri rendah 1. Salah satu tindakan keperawatan pada pasien skizofrenia yaitu menggunakan terapi individu berupa strategi perencanaan(SP) yang telah dibuktikan bahwa terapi tersebut dapat menurunkan tingkat kekerasan khususnya masalah resiko perilaku kekerasan pada pasien jiwa. (Gorlaey, Lyan dan Howard, 2011)

Menurut data tersebut, jumlah pasien resiko perilaku kekerasan di Wisma Harjuna RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang pada bulan Desember 2016 menempati urutan ke dua yang berjumlah 6 orang. Peran dari tenaga medis terutama perawat di bangsal tersebut tentunya sangat diperlukan, karena orang yang mengalami gangguan jiwa sangat membutuhkan terapi komunikasi strategi perencanaan yang optimal. Dari pengamatan penulis, bahwa perawat di Wisma Harjuna kurang maksimal dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan, wawancara serta pendekatan yang kurang, dan hanya mengandalkan terapi obat dokter. Maka dari itu, penulis berusaha memaksimalkan terapi individu pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan strategi perencanaan(SP) menurut standar operasional pelaksanaan yang benar. Sedangkan penelitian di Indonesia, diperoleh hasil bahwa pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien dengan perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor berpengaruh secara bermakna dalam memperpendek lama hari rawat dan memperpanjang jarak kekambuhan (Keliat, 2012).

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, kurangnya kesadaran serta pentingnya seorang perawat untuk melaksanakan tugasnya secara profesional

karena pasien pada gangguan jiwa juga membutuhkan perhatian dari kita sebagai salah satu tenaga kesehatan, dengan harapan bahwa terapi tersebut dapat menurunkan tingkat kekerasan khususnya masalah resiko perilaku bermakna dalam memperpendek lama hari rawat dan memperpanjang jarak kekambuhan kekerasan pada pasien jiwa, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan di Wisma Harjuna RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk menganalisis asuhan keperawatan pada klien dengan resiko perilaku kekerasan di Wisma Harjuna RSJ Prof.DR. Soerojo Magelang.

2. Tujuan Khusus
   a. Memaparkan pengkajian pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan
   b. Memaparkan analisa data pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan
   c. Memaparkan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan
   d. Memaparkan implementasi rencana tindakan pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan
   e. Memaparkan tindakan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan
   f. Memaparkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan
   g. Memaparkan hasil inovasi tindakan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan

C. Manfaat Penulisan

1. Keilmuan

   Hasil penulisan ini dapat menambah wawasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan SP.

2. Aplikatif

   a. Bagi keluarga atau klien
      Hasil dari asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai ilmu pengetahuan dalam merawat klien dengan gangguan perilaku kekerasan

   b. Mahasiswa
      Hasil asuhan keperawatan ini dapat sebagai pengetahuan dan masukan dalam perawatan pada pada klien dengan masalah keperawatan utama resiko perilaku kekerasan

3. Metodologi

   Diharapkan pada asuhan keperawatan selanjutnya menggunakan metode pemecahan masalah yang berbeda dari asuhan keperawatan ini.

DAFTAR PUSTAKA

Balitbang Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI

Damaiyanti. (2012). Asuhan keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama

Darmojo & Martono. (2008). Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Jakarta: FKUI

Depkes, R. (2010). Keperawatan Jiwa : Teori dan Tindakan keperawatan Jiwa. Jakarta: Depkes RI.

Dixon. (2008). Instructional Control of Self-Control in Adults With Co-Morbid Developmental Disabilities and Mental Illness. J Dev Phys Disabil, 21, 457–471.

Erlinafsiah. (2010). *Modal Praktik Keperawatan Jiwa.* Jakarta : Trans Info Media.

Granholm, E. M. (2006). A randomimized, controlled, controlled trial of cognitif behavioral social skills training for middle-age and older outpatients with chronic schizophrenia. American Journal Psychiatry, 162 (3).

Kanas, N. (2008). Group Therapy and Schizophrenia. Epitomes-Psychiatry, 71-72.

Keliat, B.A. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa.* Jakarta: EGC

Keliat, BA. dan Akemat. (2005). Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas Kelompok. Cetakan I. Jakarta. EGC

Kosters, M. B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice : Vl. 10, (2), 146-163.

Lynda Jual. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 10*. Jakarta: EGC

NANDA. (2008). *Diagnosa Nanda NIC & NOC*. Jakarta : EGC

Potter dan Perry. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan volume 2. Edisi 4*, Jakarta : EGC

Riyadi, Suyono & Purwanto, Teguh, (2009). Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sadock BJ, Sadock VA. (2008). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry.* Behavior Sciences/Clinical Psychiatry. 10th

Shelley dkk. (2011). Psikologi Sosial : Edisi 12 th edition. Jakarta : Perpustakaan Nasional Katalog dalam Terbitan KDT.

Smeltzer, S. C., & Bare B. G. (2009). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth (Edisi 8 Volume 1). Jakarta: EGC

Stuart, G. W, (2009). *Keperwatan psikitrik: Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 5.Jakarta : EGC.

Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company

Varcarolis, E.M. 2010. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing : a clinical approach. 6th ed. Canada : Elsevier Inc.

Veenu. (2007). *Pelatihan keterampilan sosial dasar untuk pasien dengan gangguan skizofrenia.* Yogyakarta: Pascasarjana Universitas Gajah Mada

Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa.* Jakarta: EGC.

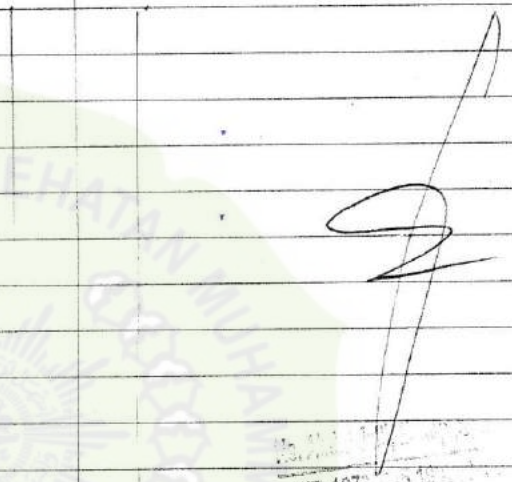
Wartonah, Tarwoto. (2008). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan.* Edisi Ketiga. Jakarta : Salemba Medika.

Wilkinson. (2006). Buku Saku Diagnosis Keperawatan (Edisi 7). Jakarta : EGC

Willy F. Maramis, Albert A.Maramis. (2008). Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi. Surabaya: Airlangga University Press.

Lampiran

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA SDR MF DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI WISMA HARJUNA RSJ DOKTOR SOEROJO MAGELANG



Di susun oleh :

Agus Catur Arabowo
A31600680

PRODI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2016/2017

Asuhan keperawatan pada Sdr. MF dengan masalah utama Resiko perilaku kekerasan di Wisma Harjuna

Ruang Rawat : Wisma Harjuna
Tanggal dirawat : 26 Januari 2017

a. Identitas klien
1) Inisial : Sdr. MF
Tanggal pengkajian : 26 Januari 2017
Umur : 20 th
No. RM : 14 44 96
Agama : Islam
Pendidikan : SMK
Jenis kelamin : Laki-laki
Status : Belum Menikah
Alamat : Kebumen

2) Identitas Penanggung Jawab
Inisial : Tn.
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Kebumen
Hubungan dengan klien : Kakak
Agama : Islam

b. Alasan Masuk
Klien dibawa ke RSJS magelang, karena dirumah mudah marah-marah dan mudah tersinggung, tidak bisa tidur dan mengamuk, suka bicara sendiri dan tertawa sendiri sejak ± 5 hari yang lalu dan sering keluyuran malam hari. Yang sudah di lakukan keluarga yaitu dengan dikurung dirumah agar tidak mengamuk lagi namun tindakan yang dilakukan kurang berhasil sehingga dibawa ke RSJ

c. Faktor Predisposisi
Klien tidak pernah masuk RSJ sebelumnya Riwayat keluarga ada yang mengalami gangguan jiwa yaitu kakaknya. Pengalaman yang tidak menyenangkan klien pernah meminta uang kepada orang tuanya tetapi hanya dijanjikan dan tidak pernah ditunuti

d. Faktor Presipitasi
Klien sering bertengkar dengan orang tuanya dan mengamuk

mengancam merusak barang-barang dirumah sampai memukuli keluarganya terutama bapak dan ibunya dan klien suka marah-marah yang tidak jelas.

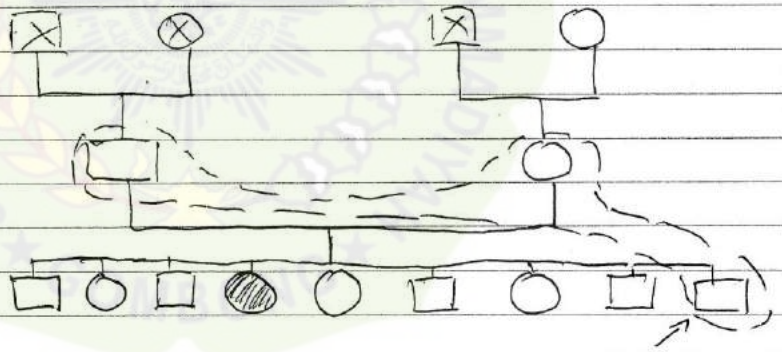
e. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital : TD : 120/70 mm Hg
N : 84 x/m
S : 36 °C
RR : 20 x/m
TB : 166 cm
BB : 52 kg

2) Kondisi Fisik
Klien tidak mengeluh sakit apa-apa jika ada anggota tubuhnya yang sakit langsung minta obat, tidak ada kelainan fisik

f. Psikososial

1) Genogram



keterangan :

- = Garis keturunan
- = Laki-Laki
- = meninggal
- = Tinggal serumah
- = klien
- = perempuan
- = keluarga mendeita gangguan jiwa

2) komunikasi klien dengan keluarga kurang baik, dimasyarakat klien dikenal anak nakal dan berandal dengan masyarakat (tetangga) klien termasuk yang susah diatur oleh keluargonya kecuali dengan teman-teman mainnya, bahasa yang digunakan dalam komunikasi sehari-sehari bahasa jawa dan bahasa Indonesia.

VISION

3) Pengambil keputusan
didalam keluarganya yang dianggap sebagai pengambil keputusan adalah bapaknya

4) Pola Asuh
dalam keluarga klien maka semuanya akan dibicarakan, jika ada salah satu anggota keluarganya yang melakukan kesalahan maka akan diingatkan dengan tegas supaya tidak mengulanginya lagi.

g. Konsep
1) Gambaran Diri
klien mengatakan senang dengan semua bagian tubuhnya. tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai karena menurutnya semua bagian tubuhnya adalah anugrah dari Allah, dan yang paling disukai adalah wajahnya (tampan menurut klien).

2) Identitas
klien berjenis kelamin laki-laki, belum pernah menikah. mampu mengenal dengan jelas ini dibuktikan dengan klien mampu menyebutkan nama lengkap dan alamat, rumahnya

3) Peran
klien adalah seorang anak laki-laki, dirumahnya sudah tidak bekerja dan hanya bergaul dengan teman-temannya

4) Ideal Diri
klien mengatakan merasa bersalah dan ingin bekerja setelah penyakitnya sembuh

5) Harga Diri
klien mengatakan tidak percaya diri karena keadaannya yang sekarang. Dan malu terhadap keluarga dan tetangganya.

6) Hubungan sosial
- Orang yang paling dekat dengan klien adalah Ibunya
- Peran serta dalam kelompok /masyarakat
klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan dimasyarakat
- Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
Hubungan dengan orang lain kurang baik karena klien merasinya tinggi kecuali dengan yang sudah dikenalnya.

- Spiritual
  - Nilai keyakinan
    Klien beragama Islam
  - Kegiatan Ibadah
    Klien jarang melakukan ibadah

h. Status Mental
1) Penampilan
   penampilan klien cukup rapi, namun rambut tidak rapi, pakaian sesuai dengan sarinya
2) Pembicaraan
   Klien mampu memulai pembicaraan, komunikasi verbal keras
3) Aktivitas motorik
   Klien terlihat letu, gelisah, sering komunikasi
4) Alam Perasaan
   Sedih, Emosi karena teringat akan masa sebelumnya
5) Afek
   Klien memiliki afek labil (emosi yang cepat berubah-ubah)
6) Interaksi selama wawancara
   kontak mata dapat beralih-alih
7) Persepsi
   Pasien pernah mengalami halusinasi penglihatan, namun setelah dikaji sekarang sudah tidak ada
8) Proses pikir
   Klien bisa mengendalikan pembicaraan dan sirkumtansial
9) Isi Pikir
   Obsesi, klien mempunyai pikiran yg selalu muncul walaupun klien berusaha menghilangkannya.
10) Waham
   kebesaran, klien mengatakan bahwa dirinya mempunyai kelebihan dan tidak bisa dikalahkan oleh benda apapun.
11) Tingkat kesadaran
   Sedasi, klien mengatakan merasa melayang-layang efek obat.
12) Memory
   klien tidak ada gangguan daya ingat
13) Tingkat konsentrasi dan berhitung
   Pasien mampu berkonsentrasi pada satu objek/orang.

VISION

4) Kemampuan Penilaian
klien tidak mengalami gangguan penilaian ringan

5) Daya Tilik diri
klien tidak menyangkal penyakit yg diderita (perubahan fisik, emosi) pada dirinya

i. Kebutuhan Persiapan Pulang

1) Makan
Pasien mampu makan mandiri, waktu beberapa-kadang sedikit dibantu, dg frekuensi 3x sehari, pasien makan menggunakan piring dan sendok, menu makan nasi, lauk dan sayur

2) BAB dan BAK
klien mampu melakukan BAB dan BAK secara mandiri setelah BAK/BAB bisa membersihkan toc/rm kembali

3) Mandi
pasien mandi 2x sehari (pagi dan sore) pasien menggunakan sabun mandi, kadang sehingga 2x menggunakan sampo, sikat gigi 2x setiap mandi, setelah makan dan sebelum tidur menggunakan pasta gigi dan sikat gigi

4) Berpakaian / Beralas
pasien menggunakan pakaian secara mandiri, penampilan cukup rapih, bergantian pakaian 1x

5) Istirahat dan tidur
pasien tidur malam dari jam 22.00 - 06.00 pagi. kadang tidur siang namun waktunya tidak tentu. sebelum tidur berdoa dan ketika bangun tidur selalu merapihkan tempat tidur

6) Penggunaan obat
pasien minum obat dengan bantuan total diawasi oleh perawat

7) Pemeliharaan kesehatan
- klien kurang mampu menjaga kesehatannya, minum obat secara teratur namun harus diawasi oleh perawat jika pasien pulang dan obat yang diresepkan habis maka yg pergi kontrol ke balai pengobatan yaitu kakaknya, pasien juga mendapat dukungan dari keluarganya untuk mendapat kesembuhannya.

VISION

4) Kemampuan Penilaian
klien tidak mengalami gangguan penilaian ringan
5) Daya Tilik diri
Klien tidak menyangkal penyakit yg diderita (perubahan fisik, emosi) pada dirinya

2. Kebutuhan Persiapan Pulang
1) Makan
Pasien mampu makan mandiri, makan kadang-kadang sedikit dibantu, dg frekuensi 3x sehari, pasien makan menggunakan piring dan sendok, menu makan nasi, lauk dan sayur
2) BAB dan BAK
klien mampu melakukan BAB dan BAK secara mandiri setelah BAK/BAB bisa membersihkan toc/RM kembali
3) Mandi
pasien mandi 2x sehari (pagi dan sore) pasien menggunakan sabun mandi, kebanyakan seminggu 2x menggunakan shampo, sikat gigi 2x setiap mandi, setelah makan dan sebelum tidur menggunakan pasta gigi dan sikat gigi
4) Berpakaian / Beralas
pasien menggunakan pakaian secara mandiri, penampilan cukup rapih, bergantian pakaian 1x
5) Istirahat dan tidur
pasien tidur malam dari jam 22.00 - 06.00 pagi. kadang tidur siang namun waktunya tidak tentu. sebelum tidur berdoa dan ketika bangun tidur selalu merapihkan tempat tidur
6) Penggunaan obat
pasien minum obat dengan bantuan total (diawasi oleh perawat)
7) Pemeliharaan kesehatan
- klien kurang mampu menjaga kesehatannya, minum obat secara teratur namun harus diawasi oleh perawat jika pasien pulang dan obat yang diberikan habis maka yg pergi kontrol ke balai pengobatan yaitu kakaknya, pasien juga mendapat dukungan dari keluarganya untuk mendapat kesembuhannya.

Analisa Data

Data	Masalah
Data Subjektif • klien mengatakan mudah marah, tersinggung dan jika marah suka mengamuk	Resiko perilaku kekerasan
Data Objektif • Tampak tegang, kooperatif • Kontak mata mudah beralih • Tampak mondar-mandir • Intonasi suara meninggi	
Data Subjektif • klien mengatakan tubuhnya mempunyai kekebalan dan tidak bisa dilukai benda apapun	waham
Data Objektif • Tampak mendominasi pembicaraan • Tampak dikatakan berulang-ulang	
Data Subjektif • klien mengatakan pernah melihat makhluk ghaib (syetan gendoruwo) sekali saat di RSJ	Halusinasi
Data Objektif • Tampak pembicaraan tidak masuk akal • Tampak ekspresi wajah bingung	

Aspek Medis

- Diagnosis Medik : F. 20.3
- Terapi Medik : Haloperidole 2 x 5 mg
  Chlorpromazine 2 x 50 mg
  Triheksifenidile 2 x 2 mg

Daftar Masalah Keperawatan

1) Resiko Perilaku kekerasan
2) Waham
3) Halusinasi

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Tgl	No Dx	Dx Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Kriteria Evaluasi	Intervensi
		Risiko Perilaku Kekerasan	TUM: Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya	1. Klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat: – Wajah cerah, tersenyum – Mau berkenalan – Ada kontak mata – Bersedia menceritakan perasaan	1. Bina hubungan saling percaya dengan: – Beri salam setiap berinteraksi. – Perkenalkan nama, nama panggilan perawat dan tujuan perawat berinteraksi – Tanyakan dan panggil nama kesukaan klien – Tunjukkan sikap empati, jujur dan menepati janji setiap kali berinteraksi – Tanyakan perasaan klien dan masalah yang dihadapi klien – Buat kontrak interaksi yang jelas – Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan perasaan klien
			2. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya	2. Klien mampu menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya: – Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya	2. Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya: – Motivasi klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau jengkelnya – Dengarkan tanpa menyela atau memberi penilaian setiap ungkapan perasaan klien
			3. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan	3. Klien mampu menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan – Tanda fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang, dan lain-lain. – Tanda emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar. – Tanda sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan.	3. Bantu klien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya: – Motivasi klien menceritakan kondisi fisik (tanda-tanda fisik) saat perilaku kekerasan terjadi – Motivasi klien menceritakan kondisi emosinya (tanda-tanda emosional) saat terjadi perilaku kekerasan – Motivasi klien menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain (tanda-tanda sosial) saat terjadi perilaku kekerasan

			mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya	mampu menjelaskan: – Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya – Perasaannya saat melakukan kekerasan – Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah	4. Diskusikan dengan klien perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini: – Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya. – Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi – Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya masalah yang dialami teratasi.
			5. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5. Klien mampu menjelaskan akibat tindak kekerasan yang dilakukannya – Diri sendiri : luka, dijauhi teman, dll – Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll – Lingkungan : barang atau benda rusak dll.	5. Diskusikan dengan klien akibat negatif (kerugian) cara yang dilakukan pada: – Diri sendiri – Orang lain/keluarga – Lingkungan
			6. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan kemarahan	6. Klien mampu menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah	6. Diskusikan dengan klien: – Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat – Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan marah selain perilaku kekerasan yang diketahui klien. – Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan marah: ▪ Cara fisik: nafas dalam, pukul bantal atau kasur, olah raga. ▪ Verbal: mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal kepada orang lain. ▪ Sosial: latihan asertif dengan orang lain. ▪ Spiritual: sembahyang / doa, zikir, meditasi, dsb.
			7. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	7. Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: – Fisik: tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur – Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti – Spiritual: zikir/doa, meditasi sesuai agamanya	7. 1. Diskusikan cara yang mungkin dipilih dan anjurkan klien memilih cara yang mungkin untuk mengungkapkan kemarahan. 7.2. Latih klien memperagakan cara yang dipilih: – Peragakan cara melaksanakan cara yang dipilih. – Jelaskan manfaat cara tersebut – Anjurkan klien meniruk an peragaan yang sudah dilakukan. – Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna 7.3. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel

			8. Klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan	8. Keluarga mampu: – Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan – Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien	8.1. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien untuk mengatasi perilaku kekerasan. 8.2. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan 8.3. Jelaskan pengertian, penyebab, akibat dan cara merawat klien perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga. 8.4. Peragakan cara merawat klien (menangani perilaku kekerasan) 8.5. Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang 8.6. Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan 8.7. Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan.
			9. Klien menggunakan obat sesuai program yang telah ditetapkan	9.1. Klien mampu menjelaskan: – Manfaat minum obat – Kerugian tidak minum obat – Nama obat – Bentuk dan warna obat – Dosis yang diberikan kepadanya – Waktu pemakaian – Cara pemakaian – Efek yang dirasakan 9.2. Klien mampu menggunakan obat sesuai program	9.1. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat. 9.2. Jelaskan kepada klien: – Jenis obat (nama, warna dan bentuk obat) – Dosis yang tepat untuk klien – Waktu pemakaian – Cara pemakaian – Efek yang akan dirasakan klien 9.3. Anjurkan klien: – Minta dan menggunakan obat tepat waktu – Lapor ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa – Beri pujian terhadap kedisiplinan klien menggunakan obat.

Pohon Masalah

Resiko Mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (efek)

↑

RPK (core problem)

↑

Waham (causa)

↑

Halusinasi (causa)

Intervensi

VISION

CATATAN KEPERAWATAN

Tgl	diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
26/1/17	RPK	SP I • mengidentifikasi penyebab PK, PK yg sering dilakukan • menjelaskan akibat dari PK • melatih klien mengontrol PK/marah dengan nafas dalam	S: klien mengatakan mudah marah, dan tersinggung, karena dahulu pernah dianggap orang gila. klien mengatakan sering mengamuk alat perabotan dirumah dan merusak karena keinginannya tidak dipenuhi oleh ortunya O: kel (ibu), klien tampak tegang kontak mata beralih, intonasi meninggi A: klien belum mampu mengontrol marah dg nafas dalam P: Latih cara kontrol PK dg nafas dalam	
27/1/17	RPK	• mengevaluasi jadwal kegiatan • melatih klien mengontrol PK dg nafas dalam • melatih klien untuk mengikuti TAK penyaluran energi (olahraga voly)	S: klien mengatakan sudah mampu mengontrol marah dg nafas dalam & mengikuti olahraga (penyaluran energi) O: klien mampu mendemonstrasikan cara kontrol nafas dengan nafas dalam A: klien mampu mengontrol PK dg nafas dalam P: Latih klien untuk mengontrol PK dg minum obat	
28/1/17	RPK	SP II • melatih klien mengontrol pk dengan minum obat	S: klien mengatakan mampu mengontrol PK dengan minum obat O: klien mampu mendemonstrasikan mengontrol PK dengan minum obat A: klien mampu melakukan cara mengontrol PK dengan minum obat P: latih kembali klien untuk mengontrol PK dengan minum obat	

VISION

EVALUASI TANDA DAN GEJALA, dan KEMAMPUAN KLIEN DAN KELUARGA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : Laki-laki 20 tahun

Ruangan : Wisma Harjuna

Nama perawat : Agus

Penilai : Agus Catur Prabowo

NO	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi					
I	Tanda Gejala	31		1		2	
		Y	T	y	T	y	T
Kognitif							
1.	Tidak mampu mengontrol PK	√			√	√	
2.	Punya pikiran negatif dalam menghadapi stresor	√		√			√
3.	Mendominasi pembicaraan	√		√		√	
5.	Bawel		√		√		√
6.	Sarkasme		√		√		√
7.	Meremehkan keputusan		√		√		√
8.	Flight of idea		√		√		√
9.	Perubahan isi pikir	√			√	√	
10.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	
11.	Afek labil	√		√		√	
12.	Marah	√		√		√	
13.	Kecewa/ kesal	√		√		√	
14.	Curiga	√		√		√	
15.	Mudah tersinggung	√		√		√	
16.	Frustasi	√		√		√	
17.	Merasa tidak aman dan nyaman	√		√		√	
18.	Merasa jengkel	√		√		√	
19.	Dendam	√		√		√	
20.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	

Fisiologis							
21.	Muka merah	√			√		√
22.	Pandangan tajam	√		√		√	
23.	Mengatup rahang dengan kuat	√			√		√
24.	Mengepalkan tangan		√		√		√
25.	Tekanan darah meningkat		√		√		√
26.	Denyut nadi meningkat		√		√		√
27.	Pupil dilatasi		√		√		√
28.	Tonus otot meningkat		√		√		√
29.	Mual		√		√		√
30.	Frekuensi BAB meningkat		√		√		√
31.	Kadang konstipasi		√		√		√
32.	Kewaspadaan meningkat		√		√		√
33.	Wajah tegang	√			√		√
Perilaku							
34.	Mondar-mandir	√		√		√	
35.	Melempar/memukul benda/ orang lain		√		√		√
36.	Merusak barang	√			√		√
37.	Sikap bermusuhan	√			√		√
38.	Agresif/ pasif	√		√		√	
39.	Sinis		√		√		√
40.	Curiga	√		√	√		
41.	Perilaku verbal ingin memukul	√		√		√	
42.	Memberontak		√		√		√
43.	Nada suara keras	√		√		√	
44.	Bicara kasar	√		√		√	
45.	Suara tinggi, menjerit, berteriak	√		√		√	
46.	Mengancam secara verbal atau fisik	√		√		√	
47.	Pengasingan	√		√		√	
48.	Penolakan	√		√		√	
49.	Ejekan	√		√		√	
50.	Mentertawakan		√		√		√
51.	Menarik diri		√		√		√
Total Jumlah Tanda dan Gejala		**32**	**19**	**27**	**24**	**27**	**24**
II	**Kemampuan Pasien**						
1.	Melakukan relaksasi napas dalam	√		√		√	
2.	Melakukan pukul bantal / kasur dan		√	√		√	

	membereskan kembali tempat tidur / olah raga						
3.	Meminta dengan baik pada orang lain		√		√	√	
4.	Menolak dengan baik ajakan/ permintaan orang lain yang tidak masuk akal		√		√		√
5.	Mengungkapkan perasaan jengkel / marah pada orang lain dengan baik		√		√		√
6.	Meminta dan minum obat dengan prinsip 6 benar		√		√		√
7.	Mengontrol marah secara spritual : berdoa, istighfar, sembahyang		√		√		√
Total Jumlah Kemampuan Klien		**1**	**6**	**2**	**5**	**3**	**4**
III	**Kemampuan Keluarga**						
1.	Mampu mengungkapkan masalah dalam merawat klien						
2.	Mampu mengenal pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan						
3.	Mampu menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan (menarik nafas dalam dan memukul bantal						
4.	Mampu mempraktekkan 6 cara memberikan obat yang benar						
5.	Mampu membimbing klien mengungkapkan marah secara verbal						
6.	Mampu mengungkapkan cara follow up ke PKM, mengenal tanda-tanda kambuh dan rujukan						
Total Jumlah Kemampuan Keluarga							

EVALUASI TANDA DAN GEJALA, dan KEMAMPUAN KLIEN DAN KELUARGA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : Laki-laki 33 tahun

Ruangan : Wisma Harjuna

Nama perawat : Rita

Penilai : Agus Catur Prabowo

NO	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi					
I	Tanda Gejala	8		9		10	
		Y	T	y	T	Y	T
Kognitif							
1.	Tidak mampu mengontrol PK	√			√	√	
2.	Punya pikiran negatif dalam menghadapi stresor	√		√			√
3.	Mendominasi pembicaraan	√		√		√	
5.	Bawel		√		√		√
6.	Sarkasme		√		√		√
7.	Meremehkan keputusan	√			√		√
8.	Flight of idea		√		√		√
9.	Perubahan isi pikir	√			√	√	
10.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	
Afektif							
11.	Afek labil	√		√		√	
12.	Marah	√		√		√	
13.	Kecewa/ kesal	√		√		√	
14.	Curiga	√		√		√	
15.	Mudah tersinggung	√		√		√	
16.	Frustasi	√		√		√	
17.	Merasa tidak aman dan nyaman	√		√		√	
18.	Merasa jengkel	√		√		√	
19.	Dendam	√		√		√	
20.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	
Fisiologis							

21.	Muka merah	√		√			√
22.	Pandangan tajam	√		√			√
23.	Mengatup rahang dengan kuat	√			√		√
24.	Mengepalkan tangan	√		√			√
25.	Tekanan darah meningkat		√		√		√
26.	Denyut nadi meningkat		√		√		√
27.	Pupil dilatasi		√		√		√
28.	Tonus otot meningkat		√		√		√
29.	Mual		√		√		√
30.	Frekuensi BAB meningkat		√		√		√
31.	Kadang konstipasi		√		√		√
32.	Kewaspadaan meningkat		√		√		√
33.	Wajah tegang	√		√			√
Perilaku							
34.	Mondar-mandir	√		√		√	
35.	Melempar/memukul benda/ orang lain		√		√		√
36.	Merusak barang	√			√		√
37.	Sikap bermusuhan	√			√		√
38.	Agresif/ pasif	√		√		√	
39.	Sinis		√		√		√
40.	Curiga	√		√		√	
41.	Perilaku verbal ingin memukul	√		√		√	
42.	Memberontak		√		√		√
43.	Nada suara keras	√		√		√	
Sosial							
44.	Bicara kasar	√		√		√	
45.	Suara tinggi, menjerit, berteriak	√		√		√	
46.	Mengancam secara verbal atau fisik	√		√		√	
47.	Pengasingan	√		√		√	
48.	Penolakan	√		√		√	
49.	Ejekan	√		√		√	
50.	Mentertawakan		√		√		√
51.	Menarik diri		√		√		√
Total Jumlah Tanda dan Gejala		**34**	**17**	**28**	**23**	**25**	**26**
II	**Kemampuan Pasien**						
1.	Melakukan relaksasi napas dalam	√		√		√	
2.	Melakukan pukul bantal / kasur dan membereskan kembali tempat tidur /		√	√		√	

	olah raga						
3.	Meminta dengan baik pada orang lain		√		√	√	
4.	Menolak dengan baik ajakan/ permintaan orang lain yang tidak masuk akal		√		√		√
5.	Mengungkapkan perasaan jengkel / marah pada orang lain dengan baik		√		√		√
6.	Meminta dan minum obat dengan prinsip 6 benar		√		√		√
7.	Mengontrol marah secara spritual : berdoa, istighfar, sembahyang		√		√		√
Total Jumlah Kemampuan Klien		**1**	**6**	**2**	**5**	**3**	**4**
III	**Kemampuan Keluarga**						
1.	Mampu mengungkapkan masalah dalam merawat klien						
2.	Mampu mengenal pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan						
3.	Mampu menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan (menarik nafas dalam dan memukul bantal						
4.	Mampu mempraktekkan 6 cara memberikan obat yang benar						
5.	Mampu membimbing klien mengungkapkan marah secara verbal						
6.	Mampu mengungkapkan cara follow up ke PKM, mengenal tanda-tanda kambuh dan rujukan						
Total Jumlah Kemampuan Keluarga							

EVALUASI TANDA DAN GEJALA, dan KEMAMPUAN KLIEN DAN KELUARGA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : Laki-laki 34 tahun

Ruangan : Wisma Harjuna

Nama perawat : Agus

Penilai : Agus Catur Prabowo

NO	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi					
I	Tanda Gejala	14		15		16	
		Y	T	Y	T	y	T
Kognitif							
1.	Tidak mampu mengontrol PK	√			√	√	
2.	Punya pikiran negatif dalam menghadapi stresor	√		√			√
3.	Mendominasi pembicaraan	√		√		√	
5.	Bawel		√		√		√
6.	Sarkasme		√		√		√
7.	Meremehkan keputusan	√		√		√	
8.	Flight of idea		√		√		√
9.	Perubahan isi pikir	√			√	√	
10.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	
Afektif							
11.	Afek labil	√		√		√	
12.	Marah	√		√		√	
13.	Kecewa/ kesal	√		√		√	
14.	Curiga	√		√		√	
15.	Mudah tersinggung	√		√		√	
16.	Frustasi	√		√		√	
17.	Merasa tidak aman dan nyaman	√		√		√	
18.	Merasa jengkel	√		√		√	
19.	Dendam	√		√		√	
20.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	

Fisiologis							
21.	Muka merah	√			√		√
22.	Pandangan tajam	√		√		√	
23.	Mengatup rahang dengan kuat		√		√		√
24.	Mengepalkan tangan		√		√		√
25.	Tekanan darah meningkat		√		√		√
26.	Denyut nadi meningkat		√		√		√
27.	Pupil dilatasi		√		√		√
28.	Tonus otot meningkat		√		√		√
29.	Mual		√		√		√
30.	Frekuensi BAB meningkat		√		√		√
31.	Kadang konstipasi		√		√		√
32.	Kewaspadaan meningkat	√		√		√	
33.	Wajah tegang	√			√		√
Perilaku							
34.	Mondar-mandir	√		√		√	
35.	Melempar/memukul benda/ orang lain	√	√		√		√
36.	Merusak barang	√			√		√
37.	Sikap bermusuhan	√			√		√
38.	Agresif/ pasif	√		√		√	
39.	Sinis		√		√		√
40.	Curiga	√		√	√		
41.	Perilaku verbal ingin memukul	√		√		√	
42.	Memberontak	√			√		√
43.	Nada suara keras	√		√		√	
Sosial							
44.	Bicara kasar	√		√		√	
45.	Suara tinggi, menjerit, berteriak	√		√		√	
46.	Mengancam secara verbal atau fisik	√		√		√	
47.	Pengasingan	√		√		√	
48.	Penolakan	√		√		√	
49.	Ejekan	√		√		√	
50.	Mentertawakan		√		√		√
51.	Menarik diri		√		√		√
Total Jumlah Tanda dan Gejala		**35**	**16**	**27**	**24**	**30**	**21**
II	**Kemampuan Pasien**						
1.	Melakukan relaksasi napas dalam	√		√		√	
2.	Melakukan pukul bantal / kasur dan		√	√		√	

	membereskan kembali tempat tidur / olah raga						
3.	Meminta dengan baik pada orang lain		√		√	√	
4.	Menolak dengan baik ajakan/ permintaan orang lain yang tidak masuk akal		√		√		√
5.	Mengungkapkan perasaan jengkel / marah pada orang lain dengan baik		√		√		√
6.	Meminta dan minum obat dengan prinsip 6 benar		√		√		√
7.	Mengontrol marah secara spritual : berdoa, istighfar, sembahyang		√		√		√
Total Jumlah Kemampuan Klien		**1**	**6**	**2**	**5**	**3**	**4**
III	**Kemampuan Keluarga**						
1.	Mampu mengungkapkan masalah dalam merawat klien						
2.	Mampu mengenal pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan						
3.	Mampu menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan (menarik nafas dalam dan memukul bantal						
4.	Mampu mempraktekkan 6 cara memberikan obat yang benar						
5.	Mampu membimbing klien mengungkapkan marah secara verbal						
6.	Mampu mengungkapkan cara follow up ke PKM, mengenal tanda-tanda kambuh dan rujukan						
Total Jumlah Kemampuan Keluarga							

EVALUASI TANDA DAN GEJALA, dan KEMAMPUAN KLIEN DAN KELUARGA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : Laki-laki 41 tahun

Ruangan : Wisma Harjuna

Nama perawat : Rita

Penilai : Agus Catur Prabowo

NO	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi					
I	Tanda Gejala	12		13		14	
		Y	T	y	T	Y	T
Kognitif							
1.	Tidak mampu mengontrol PK	√		√			√
2.	Punya pikiran negatif dalam menghadapi stresor	√		√			√
3.	Mendominasi pembicaraan	√		√		√	
5.	Bawel		√		√		√
6.	Sarkasme		√		√		√
7.	Meremehkan keputusan	√			√		√
8.	Flight of idea		√		√		√
9.	Perubahan isi pikir	√			√	√	
10.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	
Afektif							
11.	Afek labil	√		√		√	
12.	Marah	√		√		√	
13.	Kecewa/ kesal	√		√		√	
14.	Curiga	√		√		√	
15.	Mudah tersinggung	√		√		√	
16.	Frustasi	√		√		√	
17.	Merasa tidak aman dan nyaman	√		√		√	
18.	Merasa jengkel	√		√		√	
19.	Dendam	√		√		√	
20.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	

Fisiologis							
21.	Muka merah	√		√			√
22.	Pandangan tajam	√		√			√
23.	Mengatup rahang dengan kuat	√		√			√
24.	Mengepalkan tangan	√		√			√
25.	Tekanan darah meningkat		√		√		√
26.	Denyut nadi meningkat		√		√		√
27.	Pupil dilatasi		√		√		√
28.	Tonus otot meningkat		√		√		√
29.	Mual		√		√		√
30.	Frekuensi BAB meningkat		√		√		√
31.	Kadang konstipasi		√		√		√
32.	Kewaspadaan meningkat		√	√			√
33.	Wajah tegang	√		√			√
Perilaku							
34.	Mondar-mandir	√		√		√	
35.	Melempar/memukul benda/ orang lain	√		√			√
36.	Merusak barang	√			√		√
37.	Sikap bermusuhan	√		√			√
38.	Agresif/ pasif	√		√		√	
39.	Sinis	√		√			√
40.	Curiga	√		√		√	
41.	Perilaku verbal ingin memukul	√		√		√	
42.	Memberontak	√			√		√
43.	Nada suara keras	√		√		√	
Sosial							
44.	Bicara kasar	√		√		√	
45.	Suara tinggi, menjerit, berteriak	√		√		√	
46.	Mengancam secara verbal atau fisik	√		√		√	
47.	Pengasingan	√		√		√	
48.	Penolakan	√		√		√	
49.	Ejekan	√		√		√	
50.	Mentertawakan		√		√		√
51.	Menarik diri		√		√		√
Total Jumlah Tanda dan Gejala		**37**	**17**	**35**	**16**	**24**	**27**
II	**Kemampuan Pasien**						
1.	Melakukan relaksasi napas dalam	√		√		√	
2.	Melakukan pukul bantal / kasur dan		√		√	√	

	membereskan kembali tempat tidur / olah raga						
3.	Meminta dengan baik pada orang lain		√		√		√
4.	Menolak dengan baik ajakan/ permintaan orang lain yang tidak masuk akal		√		√		√
5.	Mengungkapkan perasaan jengkel / marah pada orang lain dengan baik		√		√		√
6.	Meminta dan minum obat dengan prinsip 6 benar		√		√		√
7.	Mengontrol marah secara spritual : berdoa, istighfar, sembahyang		√		√		√
Total Jumlah Kemampuan Klien		**1**	**6**	**1**	**6**	**2**	**5**
III	**Kemampuan Keluarga**						
1.	Mampu mengungkapkan masalah dalam merawat klien						
2.	Mampu mengenal pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan						
3.	Mampu menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan (menarik nafas dalam dan memukul bantal						
4.	Mampu mempraktekkan 6 cara memberikan obat yang benar						
5.	Mampu membimbing klien mengungkapkan marah secara verbal						
6.	Mampu mengungkapkan cara follow up ke PKM, mengenal tanda-tanda kambuh dan rujukan						
Total Jumlah Kemampuan Keluarga							

EVALUASI TANDA DAN GEJALA, dan KEMAMPUAN KLIEN DAN KELUARGA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : Laki-laki 49 tahun

Ruangan : Wisma Harjuna

Nama perawat : Agus

Penilai : Agus Catur Prabowo

NO	Aspek Penilaian	Tanggal Evaluasi					
I	Tanda Gejala	31		1		2	
		Y	T	Y	T	Y	T
Kognitif							
1.	Tidak mampu mengontrol PK	√		√			√
2.	Punya pikiran negatif dalam menghadapi stresor	√		√			√
3.	Mendominasi pembicaraan	√		√		√	
5.	Bawel	√		√		√	√
6.	Sarkasme		√		√		
7.	Meremehkan keputusan	√			√		√
8.	Flight of idea		√		√		√
9.	Perubahan isi pikir	√		√		√	
10.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	
Afektif							
11.	Afek labil	√		√		√	
12.	Marah	√		√		√	
13.	Kecewa/ kesal	√		√		√	
14.	Curiga	√		√		√	
15.	Mudah tersinggung	√		√		√	
16.	Frustasi	√		√		√	
17.	Merasa tidak aman dan nyaman	√		√		√	
18.	Merasa jengkel	√		√		√	
19.	Dendam	√		√		√	
20.	Ingin memukul orang lain	√		√		√	
Fisiologis							

21.	Muka merah	√		√			√
22.	Pandangan tajam	√		√			√
23.	Mengatup rahang dengan kuat	√		√			√
24.	Mengepalkan tangan	√		√			√
25.	Tekanan darah meningkat		√		√		√
26.	Denyut nadi meningkat		√		√		√
27.	Pupil dilatasi		√		√		√
28.	Tonus otot meningkat		√		√		√
29.	Mual		√		√		√
30.	Frekuensi BAB meningkat		√		√		√
31.	Kadang konstipasi		√		√		√
32.	Kewaspadaan meningkat		√	√			√
33.	Wajah tegang	√		√		√	
Perilaku							
34.	Mondar-mandir	√		√		√	
35.	Melempar/memukul benda/ orang lain	√			√		√
36.	Merusak barang	√			√		√
37.	Sikap bermusuhan	√		√			√
38.	Agresif/ pasif	√		√		√	
39.	Sinis	√		√			√
40.	Curiga	√		√		√	
41.	Perilaku verbal ingin memukul	√		√		√	
42.	Memberontak	√			√		√
43.	Nada suara keras	√		√		√	
Sosial							
44.	Bicara kasar	√		√		√	
45.	Suara tinggi, menjerit, berteriak	√		√		√	
46.	Mengancam secara verbal atau fisik	√		√		√	
47.	Pengasingan	√		√		√	
48.	Penolakan	√		√		√	
49.	Ejekan	√		√		√	
50.	Mentertawakan		√		√		√
51.	Menarik diri	√		√		√	
Total Jumlah Tanda dan Gejala		**39**	**12**	**35**	**16**	**27**	**24**
II	**Kemampuan Pasien**						
1.	Melakukan relaksasi napas dalam	√		√		√	
2.	Melakukan pukul bantal / kasur dan membereskan kembali tempat tidur /		√		√	√	

	olah raga						
3.	Meminta dengan baik pada orang lain		√		√		√
4.	Menolak dengan baik ajakan/ permintaan orang lain yang tidak masuk akal		√		√		√
5.	Mengungkapkan perasaan jengkel / marah pada orang lain dengan baik		√		√		√
6.	Meminta dan minum obat dengan prinsip 6 benar		√		√		√
7.	Mengontrol marah secara spritual : berdoa, istighfar, sembahyang		√		√		√
Total Jumlah Kemampuan Klien		**1**	**6**	**1**	**6**	**2**	**5**
III	**Kemampuan Keluarga**						
1.	Mampu mengungkapkan masalah dalam merawat klien						
2.	Mampu mengenal pengertian, tanda dan gejala dan proses terjadinya perilaku kekerasan						
3.	Mampu menjelaskan cara merawat perilaku kekerasan (menarik nafas dalam dan memukul bantal						
4.	Mampu mempraktekkan 6 cara memberikan obat yang benar						
5.	Mampu membimbing klien mengungkapkan marah secara verbal						
6.	Mampu mengungkapkan cara follow up ke PKM, mengenal tanda-tanda kambuh dan rujukan						
Total Jumlah Kemampuan Keluarga							

LEMBAR KONSUL

Nama : Agus Catur Prabowo, S.Kep
Pembimbing : Tri Sumarsih, S. Kep., Ns, MNS

No	Hari/ Tanggal/ Waktu	Keterangan	Paraf
1	28 Juli 17	Perbaiki BAB I	
2	01 Agustus 2017	Perbaiki BAB I, II, Lanjut BAB III, IV	
3.	12 Agustus 2017	Perbaiki BAB IV	
4.	14 Agustus 2017	Perbaiki abstrak, BAB IV, V.	