

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Sdr.S DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PUSKESMAS MUMBULSARI  
KABUPATEN JEMBER**

**(Ismi Azizah Irfani, 2019,76 Halaman)**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Gangguan jiwa juga dapat disebut gangguan psikiatri atau gangguan mental. Banyak gejala yang terjadi seorang dengan gangguan jiwa, baik dengan tingkah laku maupun yang hanya terdapat dalam pikirannya. Perilaku menghindar dari lingkungan, tidak mau berhubungan komunikasi dengan orang, mengamuk tanpa sebab hingga tidak mau makan adalah contoh gangguan jiwa yang terjadi.

**Tujuan:** Mendapatkan gambaran, mengambil keputusan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa sesuai dengan masalah utama gangguan perilaku kekerasan.

**Hasil:** Setelah dilakukan pengkajian selama 1 hari, diagnosa keperawatan pada Sdr.S adalah Resiko Perilaku Kekerasan, Harga Diri Rendah, Halusinasi, dan Isolasi Sosial. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 kali pertemuan sesuai rencana tindakan keperawatan didapatkan klien dapat mengidentifikasi PK, mempraktikkan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1: latihan nafas dalam, mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal, melatih klien mengontrol dengan cara minum obat secara teratur, melatih klien dengan mengontrol dengan cara verbal/sosial, dan melatih klien mengontrol dengan cara spiritual.

**Kesimpulan:** Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan membina hubungan saling percaya dapat menciptakan suasana terapeutik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga klien menjadi nyaman. Kehadiran keluarga sangat dibutuhkan dalam memberikan data yang diperlukan dan saling membina kerja sama dalam memberi perawatan pada klien.

**Kata kunci:** Perilaku Kekerasan.

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Sdr.S DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PUSKESMAS MUMBULSARI  
KABUPATEN JEMBER**

**PENDAHULUAN**

**A. Latar Belakang**

Sehat keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial tidak ada masalah atau kecacatan atau World Health Organization (WHO, 2017) . Menurut undang-undang No. 18 tahun 2014 pengertian kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang individu secara fisik, mental, spiritual, dan sosial dapat berkembang sehingga individu tersebut mengembangkan kemampuan, dapat mengatasi masalah, dapat bekerja dengan baik, dan mampu berperan penting didalam komunitasnya (Kemenkumham, 2014).

Sehat jiwa seseorang bisa diartikan jika kondisi mental sejahtera yang kehidupannya harmonis dan seorang itu mencukupi kualitas hidupnya sendiri (Afnuhazi, 2015 ). Gangguan jiwa juga dapat disebut gangguan psikiatri atau gangguan mental. Banyak gejala yang terjadi seorang dengan gangguan jiwa, baik dengan tingkah laku maupun yang hanya terdapat dalam pikirannya. Perilaku menghindar dari lingkungan, tidak mau berhubungan komunikasi dengan orang, mengamuk tanpa sebab hingga tidak mau makan adalah contoh gangguan jiwa yang terjadi. Dampak dari gangguan jiwa akan mengganggu aktifitas sehari-hari, gangguan interpersonal dan gangguan fungsi peran sosial (Lestari dkk, 2014). Kesehatan jiwa (mental health) menurut Undang-Undang No.3 tahun 1996 adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan psikis, intelektual dan emosional yang optimal.

Menurut data dari WHO pada tahun 2017 sekitar 450 juta orang mengalami gangguan jiwa ditemukan di dunia. Hasil prevalensi gangguan berat jiwa pada penduduk Indonesia 1,7 per 1000 penduduk yang menderita. Kurang lebih 14,8% pasien atau penderita pernah dipasung dalam masa hidupnya (Laporan Riskesdas, 2013). Beberapa daerah Indonesia, pasung digunakan sebagai alat atau suatu cara untuk menangani orang dengan gangguan jiwa. Hal ini menunjukkan wawasan atau tingkat pengetahuan warga terhadap pasung masih mengikuti tradisi setempat.

Data dari Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) 2013 menunjukkan 1,7 jiwa atau 1-2 orang dari 1.000 warga di Indonesia. Jumlah ini cukup besar, artinya 50 juta atau sekitar 25 % dari jumlah penduduk Indonesia mengalami gangguan kesehatan jiwa dan provinsi Jawa Timur menunjukkan angka 2,2 jiwa berdasarkan data jumlah penduduk Jawa Timur yaitu 38.005.413 jiwa, maka dapat disimpulkan 83.612 jiwa yang mengalami gangguan jiwa di Jawa Timur. Orang-orang gangguan jiwa (ODGJ) adalah sebutan resmi bagi penyandang gangguan jiwa berdasarkan undang-undang kesehatan jiwa nomor 18 tahun 2014. Para penderita gangguan jiwa belum sepenuhnya mendapat perilaku baik serta memenuhi kebutuhan hak asasi manusia pemerintah memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan kesehatan jiwa bagi orang dengan gangguan jiwa berdasarkan hak asasi manusia.

Upaya penanggulangan pasung adalah cara pencegahan, memberikan rehabilitasi dan peningkatan kesehatan dibidang kejiwaan.

Klien dengan perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditujukan untuk melukai diri sendiri dan individu lain yang tidak menginginkan tingkah laku tersebut yang disertai dengan perilaku mengamuk yang tidak dapat dibatasi (Kusumawati & Hartono, 2010). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mendefinisikan kekerasan sebagai penggunaan sengaja fisik kekuatan atau kekuasaan, terancam atau aktual, melawan diri sendiri, orang lain atau terhadap kelompok atau komunitas yang baik menghasilkan atau memiliki kemungkinan tinggi yang mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologi.

Menurut Keliat (2009) klien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan-tindakan berbahaya bagi diri sendiri, orang lain dan lingkungan seperti menyerang orang lain, memecahkan perabotan rumah, melempar dan membakar rumah. North American nursing diagnosis association (NANDA) menyatakan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu gangguan perilaku dimana seseorang berisiko melakukan tindakan yang menunjukkan bahwa tindakan individu dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain secara fisik, emosional, dan atau seksual yang tidak sesuai dengan norma lokal, kultural dan mengganggu fungsi sosial, kerja dan fisik individu (NANDA, 2014)

## **B. Identifikasi Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka penulis akan melakukan asuhan keperawatan dengan judul gangguan jiwa perilaku kekerasan di Puskesmas Mumbulsari dan mengidentifikasi sulitnya penanganan dari penderita gangguan jiwa dan tingginya angka kejadian penderita gangguan jiwa yang belum diketahui secara pasti penyebabnya. Maka dalam hal ini penulis menyajikan asuhan keperawatan dengan masalah utama gangguan jiwa perilaku kekerasan.

## **C. Tujuan Penulisan:**

### 1. Tujuan umum :

Mendapatkan gambaran, mengambil keputusan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien gangguan jiwa sesuai dengan masalah utama gangguan perilaku kekerasan.

### 2. Tujuan khusus :

- a. Melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan.
- b. Merumuskan dan menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan gangguan perilaku kekerasan.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan.
- e. Melaksanakan penilaian pada klien dengan gangguan jiwa perilaku kekerasan

## **D. Manfaat**

### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pemecahan masalah keperawatan jiwa tentang asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dan pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan pada keperawatan jiwa khususnya.

b. Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan acuan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan jiwa khususnya perilaku kekerasan.

c. Bagi Penulis

Sebagai sarana dan alat untuk menambah pengetahuan dan memperoleh pengalaman khususnya di bidang keperawatan jiwa.

d. Bagi Keluarga

Sebagai sarana untuk memperoleh pengetahuan tentang perawatan gangguan jiwa terutama pada anggota keluarga khususnya dengan klien yang mengalami gangguan jiwa perilaku kekerasan.



**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Sdr.S DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PUSKESMAS MUMBULSARI  
KABUPATEN JEMBER**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pembahasan asuhan keperawatan pada Sdr. S didesa mumbulsari dengan Risiko Perilaku Kekerasan yang meliputi beberapa proses dokumentasi keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi. Studi kasus ini dilakukan pada tanggal 12 Maret 2019 sampai dengan 20 Maret 2019 didesa mumbulsari, Jember.

**A. Pengkajian Asuhan Keperawatan**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien menurut Lyer et al (1996, dalam setiadi, 2012). Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya (Manurung, 2011). Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data rentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan menurut Effendy (1995, dalam dermawan, 2012).

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis kepada Sdr. S dengan metode *auto* anamnesa dan *allo* anamnesa diperoleh data subjektif dan data objektif yang sesuai dengan prioritas masalah yang dialami oleh Sdr. S yaitu risiko perilaku kekerasan didukung dengan data subjektif Sdr. S mengatakan bahwa dirinya ingin marah-marah, sering memukul orang tanpa sebab, dan membanting barang-barang yang ada dirumahnya. Data objektif: Sdr. S Klien sering berbicara sendiri, marah tanpa sebab, mata memerah, tegang dan terkadang merasa ada orang yang mengejeknya sehingga membuatnya emosi.

Dapat diambil kesimpulan bahwa manifestasi klinis yang dialami oleh Sdr. S sama dengan teori yaitu mata merah dan tegang, marah tanpa sebab dan terkadang merasa ada orang yang mengejeknya.

**B. Diagnosa Asuhan Keperawatan**

ISMI AZIZAH IRFANI 1601021047

FAKULTAS ILMU KESEHATAN | DIII KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data (Carpenito,2009). Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat serta pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan menurut Gordon (1982, dalam Dermawan, 2012). Diagnosis prioritas yang dapat dirumuskan dari masalah Sdr. S adalah risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi, dan isolasi sosial. Dimana pada masalah yang dialami oleh Sdr. S muncul diagnosa risiko perilaku kekerasan, isolasi sosial, harga diri rendah, halusinasi. Namun penulis memprioritaskan diagnosa risiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi, dan isolasi sosial.

1. Risiko perilaku kekerasan ditandai dengan klien sering mengatakan dirinya ingin marah-marah, mata klien memerah, dan memukul orang yang sedang jalan.
2. Harga diri rendah ditandai dengan klien mengatakan jika kembali bertemu dengan banyak orang, klien khawatir tidak diterima keberadaannya karena semua orang sekitar ia tinggal sudah mengetahui bahwa dirinya telah mengalami gangguan jiwa.
3. Halusinasi ditandai dengan klien sering mendengar bisikan-bisikan yang mengatakan bahwa dirinya gila, dan tidak waras, kemudian klien terkadang berbicara dan tertawa sendiri.
4. Isolasi sosial ditandai dengan klien tidak mau keluar rumah dan tidak pernah mengikuti kegiatan dimasyarakat.

Diagnosa tersebut sesuai dengan teori pada risiko perilaku kekerasan dimana diagnosa yang muncul antara lain resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi, dan isolasi sosial.

### **C. Rencana Asuhan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Tujuan umum dilakukan tindakan keperawatan pada permasalahan yang dihadapi klien yaitu klien mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasannya.

Tujuan khusus pertama Sdr. S dapat mengidentifikasi tentang resiko perilaku kekerasan. Intervensinya yaitu mengidentifikasi penyebab resiko perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, menyebutkan cara

mengontrol perilaku kekerasan, membantu klien mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1: latihan nafas dalam, dan menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian.

Tujuan khusus kedua Sdr. S dapat mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam. Intervensinya yaitu menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan, membantu klien mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 1: latihan nafas dalam, dan menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian.

Tujuan khusus ketiga Sdr. S dapat mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 2 yaitu memukul kasur dan bantal. Intervensinya yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik 2: pukul kasur dan bantal, dan menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian.

Tujuan khusus keempat Sdr. S dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial. Intervensinya yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal/sosial, dan menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian.

Tujuan khusus kelima Sdr. S dapat mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual. Intervensinya yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual, dan menganjurkan klien memasukkan kedalam kegiatan harian.

Tujuan khusus keenam Sdr. S dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat. Intervensinya yaitu mengevaluasi jadwal kegiatan harian klien, melatih klien mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat, dan menganjurkan klien memasukkan ke dalam kegiatan harian.

#### **A. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**



Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan terwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru. Adapun implementasi pada kasus yang dialami oleh Sdr. S adalah sebagai berikut:

Pada hari pertama yaitu mengidentifikasi tentang perilaku kekerasan klien, tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi penyebab klien marah, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan klien, meminta klien menyebutkan cara untuk mengontrol marah, dan membantu pasien untuk latihan cara mengontrol marah secara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam.

Pada hari kedua yaitu mempraktikkan cara mengontrol marah secara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam. Tindakan yang dilakukan adalah membantu dan mengajari klien untuk belajar latihan nafas dalam selama 15 menit.

Pada hari ketiga yaitu mempraktikkan cara mengontrol marah secara fisik 2 yaitu memukul bantal dan kasur. Tindakan yang dilakukan adalah membantu dan mengajari klien dalam latihan memukul bantal dan kasur.

Pada hari keempat yaitu mempraktikkan cara mengontrol marah secara verbal/sosial. Tindakan yang dilakukan adalah membantu dan mengajari klien untuk meminta dengan baik tanpa marah-marah, menolak dengan halus, dan mengungkapkan perasaannya jika sedang marah.

Pada hari kelima yaitu mempraktikkan cara mengontrol marah secara spiritual. Tindakan yang dilakukan adalah membantu dan mengajari klien untuk berdoa dan sholat atau yang sesuai dengan keinginan klien menurut agama yang dianut klien.

Pada hari keenam yaitu mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara minum obat yang benar. Tindakan yang dilakukan adalah membantu dan mengajari klien nama obat, kegunaan, dosis, efek samping, dan waktu untuk meminum obat.

## **B. Evaluasi Asuhan Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon klien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2009). Penulis akan membahas evaluasi pada masalah yang dihadapi oleh klien. Diagnosa prioritas klien adalah Resiko perilaku kekerasan.

Pada hari pertama, tanggal 12 Maret 2019 didapat data subjektif: klien mengatakan bahwa dirinya ingin marah-marah. Data objektif: Ingin marah-marah tanpa sebab, mata merah, membanting barang-barang yang ada dirumah, dan memukul orang yang sedang jalan. *Assesment* hari pertama melakukan SP1P, yaitu klien belum bisa mengidentifikasi tentang perilaku kekerasannya. Evaluasi yang didapat pada hari pertama adalah SP 1 belum teratasi, klien kooperatif namun terkadang teralih. *Planning* untuk perawat: lanjutkan SP1P pada pertemuan kedua 13 maret 2019 pukul 09.00 di Rumah klien. *Planning* untuk pasien: menyuruh klien untuk menceritakan tentang perilaku kekerasan yang dilakukannya.

Pada hari kedua, 13 Maret 2019 didapat data subjektif: klien mengatakan bahwa dirinya ingin seperti yang lain bebas. Data objektif: klien di restrain pada ekstremitas bawah, mata memerah. *Assesment* hari kedua mengulangi SP1P. Evaluasi yang didapat pada hari kedua adalah SP1P teratasi, klien sudah bisa mengidentifikasi perilaku kekerasannya, dan mengontrol marahnya dengan cara latihan fisik 1 yaitu latihan nafas dalam. *Planning* untuk perawat: lanjutkan SP2P pada pertemuan ketiga 14 Maret 2019 pukul 09.00 di Rumah klien. *Planning* untuk pasien: menganjurkan klien untuk tetap belajar latihan mengontrol marah secara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam

Pada hari ketiga, tanggal 14 Maret 2019 didapat data subjektif: klien mengatakan bahwa dirinya ingin dibebaskan. Data objektif: klien masih di restrain pada ekstremitas bawah, wajah mulai rileks, mata merah, dan sedikit menerima dengan keadaannya. *Assesment* hari ketiga adalah klien sudah bisa mengontrol marahnya secara fisik 2 yaitu memukul bantal dan kasur. Evaluasi yang didapat pada hari ke-3 adalah SP2P teratasi. *Planning* untuk perawat: lanjutkan SP3P pada pertemuan keempat 15 Maret 2019 pukul 09.00 di Rumah klien. *Planning* untuk pasien: menganjurkan klien untuk tetap belajar latihan mengontrol marah secara fisik 1 yaitu latihan nafas dalam dan menganjurkan klien untuk mempelajari

cara mengontrol marah secara fisik 2 yaitu latihan marah dengan memukul kasur dan bantal.

Pada hari keempat, tanggal 15 Maret 2019 didapat data subjektif klien mengatakan senang dan lega saat restrain dilepas. Data objektif: klien tampak lebih tenang, wajah pasien rileks, restrain dilepas, kooperatif, dan ada kontak mata. *Assesment* hari keempat adalah klien sudah bisa mengontrol marahnya melalui cara minum obat secara teratur. Evaluasi yang didapat adalah SP3P berhasil. *Planning* untuk perawat: lanjutkan SP4P pada pertemuan kelima 16 Maret 2019 pukul 09.00 di Rumah klien. *Planning* untuk pasien: menganjurkan klien untuk tetap belajar latihan mengontrol marah dengan latihan nafas dalam, memukul kasur dan bantal, dan mempelajari cara mengontrol marah dengan minum obat secara teratur.

Pada hari kelima, tanggal 16 Maret 2019 pukul: 11.30 didapat data subjektif: klien mengatakan tenang dan lega. Data objektif: klien tenang, klien dapat mengontrol marahnya, klien kooperatif, klien mulai peduli dengan lingkungan sekitarnya dan klien sudah mulai rajin meminum obat sesuai anjuran. *Assesment* hari kelima adalah klien sudah bisa mengontrol marahnya dengan berbicara baik-baik. Evaluasi yang didapat adalah SP4P berhasil. *Planning* untuk perawat: lanjutkan SP5P pada pertemuan keenam 17 Maret 2019 pukul 09.00 di rumah pasien. *Planning* untuk pasien: menganjurkan klien untuk tetap belajar latihan mengontrol marah dengan latihan nafas dalam, memukul kasur dan bantal, meminum obat secara teratur, secara verbal/sosial dan secara spiritual.

Pada hari keenam, tanggal 17 Maret 2019 didapat data subjektif: klien mengatakan tenang dan lega setelah minum obat. Data objektif: tenang dan kooperatif, mau minum obat, wajah tidak tegang, klien mengucapkan terimakasih banyak, wajah klien ceria, dan peduli pada lingkungan dan teman-temannya. *Assesment* hari keenam adalah klien sudah bisa mengontrol marahnya dengan cara berbicara baik-baik. Evaluasi yang didapat pada hari keenam adalah SP5P berhasil, dan SP dihentikan. *Planning* untuk perawat: hentikan SP, pasien sudah stabil. *Planning* untuk pasien: menganjurkan klien untuk tetap belajar semua latihan mengontrol marah dari latihan nafas dalam, memukul bantal dan kasur, meminum obat secara teratur, berbicara baik-baik dan secara spiritual.

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA Sdr.S DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI PUSKESMAS MUMBULSARI  
KABUPATEN JEMBER**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**A. Kesimpulan**

Asuhan keperawatan jiwa pada Sdr. S dengan risiko perilaku kekerasan di Puskesmas Mumbulsari telah selesai dilaksanakan pada 12 Maret 2019 sampai 21 Maret 2019 dengan baik, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

**1. Pengkajian Asuhan Keperawatan**

Pada pengkajian difokuskan pada data primer, data sekunder, keluhan utama, faktor predisposisi, dan faktor presipitasi yaitu ada beberapa hal yang membuat klien menjadi gampang sekali marah, klien mempunyai riwayat sakit jiwa sebelumnya, klien mengungkapkan jika dirinya ingin marah-marah, membanting barang-barang yang ada dirumahnya, dan sering memukul orang yang sedang lewat.

**2. Diagnosa Asuhan Keperawatan**

Diagnosa yang dapat penulis rumuskan yaitu

- a) Risiko perilaku kekerasan ditandai dengan klien sering mengatakan dirinya ingin marah-marah, mata klien memerah, dan suka memukul orang yang sedang jalan.
- b) Harga diri rendah ditandai dengan klien tidak mau keluar rumah, khawatir dirinya tidak diterima masyarakat. Karena orang sekitar ia tinggal sudah mengetahui kalau dirinya memiliki gangguan jiwa.
- c) Halusinasi ditandai dengan klien sering mendengar bisikan-bisikan yang mengatakan bahwa dirinya gila, dan tidak waras, kemudian klien kadang berbicara dan tertawa sendiri.
- d) Isolasi sosial ditandai dengan klien merasa kadang dirinya tidak berguna, klien selalu menunduk saat diajak berbicara, kontak mata klien kurang, selalu menyendiri, dan klien tidak mau bergaul.

**3. Rencana Asuhan Keperawatan**

Reencana asuhan keperawatan pada risiko perilaku kekerasan adalah dengan tujuan mampu mengatasi atau mengendalikan risiko perilaku kekerasannya. Intervensi dilakukan dengan lima tujuan khusus diantaranya pertama, klien dapat mengidentifikasi tentang perilaku kekerasan dan dapat mempraktikkan cara mengontrol marah dengan

latihan fisik 1 yaitu latihan nafas dalam. Kedua, klien dapat mempraktikkan cara mengontrol marah dengan latihan fisik 2 yaitu memukul bantal dan kasur. Ketiga, klien dapat mengontrol marahnya dengan cara verbal/sosial. Keempat, klien dapat mengontrol marahnya dengan secara spiritual. Terakhir yaitu kelima, klien dapat mengontrol marahnya dengan cara minum obat.

#### 4. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Pada hari pertama dan kedua yaitu menanyakan penyebab, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, menyebutkan cara mengontrol marah dan mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara latihan fisik 1 yaitu latihan nafas dalam. Pada hari ketiga yaitu mengajari klien mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara latihan fisik 2 yaitu memukul kasur dan bantal. Pada hari keempat yaitu mengajari klien mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara meminum obat secara teratur. Pada hari kelima yaitu mengajari klien mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara berbicara baik-baik. Dan pada hari keenam yaitu mengajari klien mempraktikkan cara mengontrol marah dengan cara spiritual.

#### 5. Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi adalah bagian akhir dalam proses keperawatan. Pada hari pertama klien belum bisa mengidentifikasi perilaku kekerasannya, maka dilanjutkanlah SP1P pada hari kedua. Hari kedua klien sudah bisa mengidentifikasi perilaku kekerasannya dan bisa mengontrol latihan marah dengan latihan nafas dalam, maka dilanjutkanlah SP2P pada hari ketiga. Hari ketiga klien sudah bisa mengontrol marah dengan memukul bantal dan kasur, dilanjutkan SP3P pada hari keempat. Hari keempat klien sudah bisa mengontrol marahnya dengan cara meminum obat secara teratur, dilanjutkan SP4P pada hari kelima. Hari kelima klien sudah bisa mengontrol marah dengan cara berbicara baik-baik, dilanjutkanlah SP5P pada hari keenam. Hari keenam klien sudah bisa mengontrol marahnya dengan cara spiritual, intervensi selesai.

## **B. Saran**

Melalui Karya Tulis Ilmiah ini disarankan bagi:

1. Responden

Petugas kesehatan di puskesmas lebih memperhatikan klien dalam tindakan keperawatan hingga kondisi klien stabil dan mempertahankan pemberian terapi pada klien. Khususnya pada klien dengan risiko perilaku kekerasan.

## 2. Masyarakat

Masyarakat yang membaca Karya Tulis Ilmiah ini semoga dapat memahami bagaimana penyebab, tanda gejala, keuntungan, kerugian, dan cara mengatasi risiko perilaku kekerasan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Fakultas Kedokteran.U.I.(2010). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta:FK-UI
- Marawis, W, F dan Marawis, A, A. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa* (2nd ed.). Jakarta: EGC.
- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Andi Offset.
- NANDA, (2015). *NANDA-I Nursing Diagnosis: Definition & Classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International.
- Nasir.(2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pitter,H Z, dkk. (2011). *Pengantar psikopatologi untuk keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Prenata Media Group.
- Soekarno.(2017). *Penderita Gangguan Jiwa di Jatim Naik Drastis*.Surabaya: Berita Jatim.
- Varcarolis, H. (2010). *Fundamental of Psychiatric Mental Health Nursing a Clinical Approach*. Philadelphia: Canada: Saunder Elvester.
- Windarwati, H. D. (2013). *Penatalaksanaan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Ansietas* (1st ed.). Malang: CV.Citra Malang.
- Yusuf. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.