

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI RISIKO PERILAKU KEKERASAAN
PADA PASIEN DENGAN BIPOLAR



Oleh :
RADEN KOLA RAMADA
NIM : 2317066

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2020

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI RISIKO PERILAKU KEKERASAAN
PADA PASIEN DENGAN BIPOLAR

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

RADEN KOLA RAMADA
NIM : 2317066

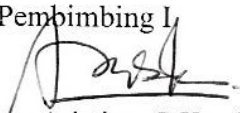
YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI RISIKO PERILAKU KEKERASAAN PADA
PASIEN DENGAN BIPOLAR DI WISMA ARJUNA
RSJ GRHASIA YOGYAKARTA

OLEH :
RADEN KOLA RAMADA
NIM : 2317066

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal
29 - Juni - 2020

Pembimbing I


Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep
NIK : 114115165

Pembimbing II


Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J
NIP 198112092010121003

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Raden Kola Ramada

NIM : 2317066

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

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

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

Yogyakarta, 16 April 2020

Pembuat Pernyataan



Raden Kola Ramada

NIM : 2317066

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI RISIKO PERILAKU KEKERASAAN
PADA PASIEN DENGAN BIPOLAR

Oleh:
RADEN KOLA RAMADA
NIM: 2317066

Telah dipertahankan di depan dewan penguji Karya Tulis Ilmiah
Akper “YKY” Yogyakarta Pada tanggal 29 Juni 2020

Dewan Penguji

Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.M.Kep.

Ns. Sutejo, M.Kep., Sp.Kep.J

Nunung Rachmawati, S.Kep.,Ns.M.Kep.

Tanda Tangan

.....
.....
.....

Mengesahkan,
Direktur Akper “YKY” Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep.
NIK : 114103052

MOTTO

“Tidak ada keberhasilan tanpa kebersamaan, Tidak ada kemudahan tanpa doa”

-Kola Ramada-

“Jangan menunggu. Takkan pernah ada waktu yang tepat”

-Napoleon Hill-

“Jika kamu ingin hidup bahagia, terikatlah pada tujuan, bukan orang atau benda.”

-Albert Einstein-

“Kesempatan bukanlah hal yang kebetulan. Kamu harus menciptakanya”

-Chris Grosser-

PERSEMBAHAN

Sebagai ucapan terimakasih yang begitu banyak tidak terucap, maka Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

1. Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya beserta ijin-Nya maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.
2. Ayah Sukardiyana dan Ibu R.Ngt Sumaryatmi serta seluruh keluarga tak terkecuali yang selalu memberikan dukungan, membesarkan hati saya untuk yakin bahwa ini adalah jalan menuju kesuksesan dan telah memberikan doa dalam menempuh kuliah selama 3 tahun.
3. Teman yang selalu ada di saat suka maupun duka ,memberikan semangat dan motifasi untuk saya segera menyelesaikan tugas karya tulis ilmiah ini, Adistia Puspitasari, Divara Ayu R, Tri Okfia, Tantri Rahmaudina, Yeti Fika, Azahra Felia R, Zulaikhah Sofa A, Ester Christine M, Lisa Sukma, Yahya Fajar S, Akbar Unggul, Bagus Redia S, Azhar Faisal, Listya C, Ade Tri K
4. Teman seperjuangan Dista, Linda, Dede Nur A, Uyun D, Elfarini, dan teman-teman seangkatan BISQUAD 3B & 23 2020
5. Dosen beserta Pembimbing
6. Semua teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan semangat.
7. Bagi orang yang sengaja atau tidak sengaja membaca karya tulis ini.
8. Almamater tercinta Akper YKY Yogyakarta.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Dengan Bipolar”. Karena Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi Tugas Akhir Program Ahli Madya Keperawatan.

Tidak lupa penulis ucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, secara khusus penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep selaku Direktur Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta.
2. Tenang Aristina, S.Kep.Ns.M.Kep selaku pembimbing I
3. Ns. Sutejo, M.Kep.Sp.Kep.J selaku pembimbing II
4. Nunung Rachmawati, S.Kep.Ns.M.Kep selaku penguji
5. Seluruh saudara dan rekan-rekan yang telah memberikan motivasi selama penyusunan karya tulis ilmiah.

Penulis menyadari bahwa hasil studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi, bahasa, maupun materi. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang sifatnya membangun. Semoga hasil studi kasus ini dapat bermanfaat kepada kita semua. Amin.

Yogyakarta, 20 Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Ruang Lingkup	4
E. Manfaat Studi Kasus	5
1. Teoritis.....	5
2. Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep bipolar.....	7
1. Pengertian Bipolar.....	7
2. Klasifikasi Bipolar	9
3. Epidemiologi Bipolar	9
4. Penatalaksanaan Bipolar.....	10
B. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan.....	14
1. Gambaran Umum Resiko Perilaku Kekerasan	14
2. Etiologi	14
3. Manifestasi Klinis	17
4. Rentang Respon	18
5. Mekanisme Koping	19
6. Penatalaksanaan	20
7. Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasaan	22
C. Kerangka Teori Studi Dokumentasi	42
BAB III METODE PENELITIAN	43
A. Rancangan Penelitian	43
B. Objek Penelitian	43
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	43
D. Definisi Operasional	43
E. Instrumen Studi Dokumentasi.....	44

F. Teknik Pengumpulan Data.....	44
G. Analisa Data.....	45
H. Etika Studi Dokumentasi	45
I. Kerangka Alur Studi Dokumentasi	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	48
A. Hasil	48
B. Pembahasan	50
C. Keterbatasan Studi Dokumentasi.....	53
BAB V PENUTUP	54
A. Kesimpulan.....	54
B. Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	44
--------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Siklus Suasana Hati Klien Bipolar	8
Gambar 2.2 Rentang Respon.....	18
Gambar 2.3 Kerangka Teori Studi Dokumentasi	42
Gambar 3.1 Kerangka Alur Studi Dokumentasi.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Lembar Bimbingan

Lampiran 3 Data Asuhan Keperawatan Tahun 2017

Raden Kola Ramada. (2020). Studi Dokumentasi: Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan Bipolar

Pembimbing : Tenang Aristina, Sutejo

Abstrak

Bipolar merupakan gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang yaitu depresi dan manik. Depresi didefinisikan sebagai keadaan emosional yang menurun. Sedangkan manik didefinisikan sebagai keadaan emosional yang naik. Sekitar 5,7 juta dari 7,3 miliar orang di seluruh dunia menderita gangguan bipolar. Salah satu masalah keperawatan yang ditimbulkan yaitu risiko perilaku kekerasan (RPK). Data yang didapatkan dari RSJ Ghrasia RPK merupakan diagnosa terbanyak nomor satu. Apabila hal tersebut tidak ditangani dengan tepat maka akan menimbulkan masalah yang lebih serius seperti munculnya masalah perilaku kekerasan dan masalah yang lain. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya pelaksanaan proses asuhan keperawatan mengenai pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi risiko perilaku kekerasan dengan bipolar di wisma arjuna RSJ Ghrasia, Metode studi kasus ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi dokumentasi. Dengan menggunakan metode deskriptif ini, penulis berharap hasil dari penelitian ini bisa mengungkapkan keingintahuan peneliti terhadap suatu kasus dan dapat dengan mudah dipahami oleh pembaca dikarenakan penelitian ini tidak menyajikan data berupa angka-angka melainkan sebuah informasi narasi yang berupa kata-kata atau gambar yang membantu memperjelas isi dari penelitian ini. Dari data yang didapatkan menunjukkan hasil pengkajian didapatkan data bahwa pasien berkata kasar pada temannya saat diejek. Diagnosis dari tanda dan gejala yang ditunjukan pasien adalah risiko perilaku kekerasan. Masalah risiko perilaku kekerasan dengan bipolar sudah teratasi. Setelah dilakukan studi kasus penulis, mendapatkan gambaran risiko perilaku kekerasan, mengetahui mengenai pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi risiko perilaku kekerasan dengan bipolar di wisma arjuna RSJ Ghrasia Yogyakarta.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Bipolar, Risiko Perilaku Kekerasan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* (APA dalam Prabowo, 2014) adalah sindrom atau pola psikologis atau pola perilaku yang penting secara klinis, yang terjadi pada individu dan sindrom itu dihubungkan dengan adanya distress (misalnya: gejala nyeri, menyakitkan) atau disabilitas (ketidakmampuan pada salah satu bagian atau beberapa fungsi penting). Bisa juga disertai peningkatan resiko secara bermakna untuk mati, sakit, ketidakmampuan, atau kehilangan kebebasan.

Gangguan jiwa yang menjadi salah satu masalah utama adalah bipolar. Bipolar berasal dari dua kata, yaitu bi dan polar. Bi berarti dua dan polar berarti kutub, maka bipolar adalah gangguan perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang (Panggabean & Rona, 2015). Dua kutub yang dimaksud adalah depresi dan manik. Depresi didefinisikan sebagai keadaan emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, dan kehilangan minat dalam aktivitas yang biasanya dilakukan (Davison, Neal, & King, 2010). Manik didefinisikan sebagai keadaan emosional dengan kegembiraan yang berlebih, mudah tersinggung, disertai hiperaktivitas, berbicara lebih banyak dari biasanya, serta pikiran dan perhatian yang mudah teralih (Davison dkk, 2010).

Dari sekian banyak penyakit kejiwaan dan mental, lembaga internasional yang bergerak di bidang kesehatan yaitu World Health Organization atau WHO menyebutkan bahwa gangguan bipolar berada dalam urutan ke-6 dalam penyakit utama yang dapat menyebabkan disabilitas di seluruh dunia. Sekitar 5,7 juta dari 7,3 miliar orang di seluruh dunia menderita gangguan bipolar, hal ini setara dengan kurang lebih 1% dari populasi. Jumlah kejadian setiap tahun dari gangguan bipolar dalam populasi diperkirakan antara 10-15 per 100.000 di antara manusia. Angka ini lebih tinggi di kalangan wanita dan bahkan dapat mencapai 30 per 100.000. kondisi ini dapat mempengaruhi orang dari hampir semua usia, dari anak-anak sampai usia lanjut. Prevalensi serupa terjadi pada pria maupun wanita (Ketter, 2010).

Salah satu gangguan yang dialami pasien dengan bipolar ditunjukkan merasa terlalu bahagia dan bersemangat, sangat sensitif, kurang tidur, halusinasi, merasa sangat bersedih, malas, dan kehilangan ketertarikan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti saat mengalami perubahan suasana hati sedang tidak baik misalnya seperti ingin melakukan tindakan perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan menurut Direja (2011), tindakan seseorang yang memiliki riwayat perilaku kekerasan dan dapat membahayakan secara fisik maupun lingkungan, baik terhadap diri sendiri bahkan orang lain. Biasanya di sertai dengan amuk, gaduh, dan gelisah yang tak terkontrol.

Dampak dari risiko perilaku kekerasan biasanya klien mempunyai ide/fikiran untuk melukai diri sendiri, merencanakan tindakan kekerasan,

mengancam, penyalah-gunaan obat, dan depresi berat. Berdasarkan dampak tersebut, maka klien dengan risiko perilaku kekerasan perlu dilakukan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi serta evaluasi yang komprehensif meliputi bio-psiko-sosioal-spiritual. Di butuhkan peran perawat dengan cara melakukan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Perawat dapat mencegah dan mengontrol perilaku agresif pasien dengan memberikan pendidikan mengenai cara mengekspresikan marahnya, respon adaptif maladaptif dan berkomunikasi menggunakan komunikasi terapeutik serta menyediakan berbagai aktivitas untuk meminimalkan perilaku klien yang tidak sesuai (Kusumawati, 2010).

Dukungan yang berasal dari keluarga dapat mempengaruhi perilaku individu itu sendiri. Keluarga memiliki lima fungsi dalam dukungan keluarga, yakni dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan jaringan, sosial, dukungan emosional dan instrumental.

Berdasarkan dari hasil observasi dan wawancara di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta (RSJ Grhasia DIY) pada 1 Januari 2017 hingga 3 Februari 2020 secara umum, Resiko Perilaku Kekerasan merupakan gangguan terbanyak nomor 1. Maka hal tersebut di atas penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan masalah : “Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Tn. X dengan Bipolar di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana studi dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar”

C. Tujuan Studi Kasus**1. Tujuan Umum**

Mengetahui Gambaran Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar.

2. Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosis keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar.
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi dan pendokumentasian Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Jiwa. Materi yang dibahas adalah gambaran Risiko Perilaku Kekerasan pada pasien dengan bipolar yang dirawat di RSJ Grhasia Yogyakarta dengan metode studi

dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI mahasiswa yang telah lulus pada tahun 2017

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam peningkatan pencegahan risiko perilaku kekerasan pada pasien dengan bipolar

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasi masalah risiko perilaku kekerasan dengan pasien bipolar

b. Bagi Keluarga

Dapat menambah pengetahuan mengenai perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa agar meminimalkan kekambuhan.

c. Bagi Perawat

Dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien risiko perilaku kekerasan dengan bipolar.

d. Bagi RSJ Grhasia

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien khususnya dengan risiko perilaku kekerasan pada bipolar dan melakukan pencegahan dengan memberi

penyuluhan kesehatan kepada pasien bipolar yang beresiko menjadi perilaku kekerasan.

e. Bagi AKPER YKY

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan dengan risiko perilaku kekerasan pada pasien bipolar.

BAB II

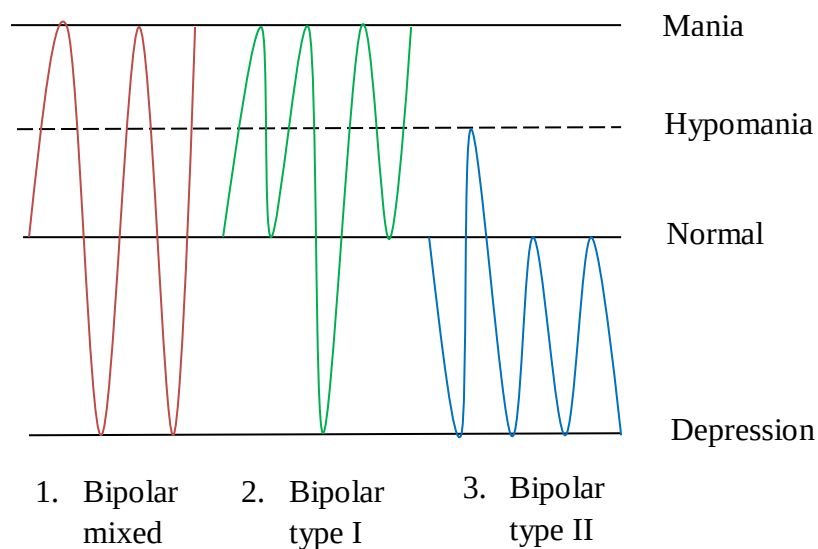
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Bipolar

1. Pengertian Bipolar

Gangguan Bipolar merupakan salah satu diantara gangguan mental yang serius dan dapat menyerang seseorang, sifatnya melumpuhkan disebut mania-depresi (Parks, 2014). Gangguan bipolar sering dikaitkan dengan gangguan yang memiliki ciri yaitu naik turunnya mood, aktifitas dan energi (Mintz, 2015). Kekambuhan sering terjadi dan akan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, perkawinan bahkan meningkatkan risiko bunuh diri (Amir *et al.*, 2012). Keadaan emosional orang dengan gangguan bipolar ekstrim dan intens yang terjadi pada waktu yang berbeda, atau bisa disebut mood. Episode ini dikategorikan sebagai mania, hipomania, episode campuran dan depresi (Ahuja, 2011).

Menurut Aliansi Gangguan Kejiwaan Nasional (NAMI), bipolar adalah gangguan yang ditandai oleh perubahan mood atau suasana perasaan yang parah. Gangguan bippolar ini juga sering disebut gangguan unipolar (depresi berat), dimana perubahan suasana hati hanya di satu kutub saja namun dibandingkan dengan bipolar adalah perubahan suasana hati terjadi diantara dua kutub yang tinggi dan rendah (Parks, 2014).



Gambar 2.1 Siklus suasana hati pasien bipolar (Videback, 2011)

Keterangan :

- a. Bipolar Campuran (Bipolar Mixed) : siklus yang bergantian antara episode mania, suasana hati normal, depresi, dan sebagainya.
- b. Bipolar Tipe I : Episode mania dengan setidaknya satu episode depresi.
- c. Bipolar Tipe II : Episode depresi berulang dengan setidaknya satu episode hipomania.

Episode mania berlangsung secara tiba-tiba dan dalam jangka waktu 2 minggu sampai 4-5 bulan, sedangkan episode depresi cenderung berlangsung lebihh lama (rata-rata sekitar 6 bulan) namun tidak sampai satu tahun kecuali pada orang usia lanjut (Depkes RI, 2012).

2. Klasifikasi Bipolar

Bipolar tipe I ditandai dengan episode mania berat dan depresi (Ahuja, 2011). Gangguan bipolar tipe I ini ketika kondisi mania, penderita ini sering dalam kondisi “berat” dan berbahaya. Bipolar tipe II, pada kondisi ini penderita masih bisa berfungsi melaksanakan kegiatan harian rutin dan tidak separah tipe I. Namun penderita bipolar tipe II ini mudah tersinggung. Kondisi depresinya berlangsung lebih lama dibandingkan dengan kondisi hipomania-nya. Kondisi hipomania muncul ketika terjadi kenaikan emosi. *Syclothymic disorder* ialah bentuk ringan dari gangguan Jiwa Bipolar (Jiwo, 2012). *Syclothymic disorder* (disebut juga *cyclothymia*) didefinisikan dengan banyak periode gejala hipomania dan periode gejala depresi yang berlangsung minimal selama 2 tahun (1 tahun pada anak-anak dan remaja) (NIMH, 2015). Kondisi mania dan depresi bisa mengganggu, tetapi tidak seberat pada gangguan bipolar tipe I dan tipe II (Jiwo, 2012).

3. Epidemiologi Bipolar

Data WHO (2017) menunjukkan gangguan bipolar mempengaruhi sekitar 60 juta orang di seluruh dunia. Sekitar 1 dari setiap 100 orang dewasa terkena gangguan bipolar pada beberapa titik dalam kehidupan mereka. Biasanya dimulai antara usia 15 sampai 19 tahun dan jarang terjadi setelah usia 40 tahun. Pada laki-laki dan perempuan mempunyai kemungkinan sama untuk terkena gangguan bipolar (RCPpsych, 2015). Anak-anak juga dapat mengalami

gangguan bipolar, penyakit ini biasanya berlangsung seumur hidup (Mental Health, 2017).

Prevalensi gangguan bipolar tipe I menunjukkan data yang sama besar antara laki-laki dan perempuan. Sedangkan pada gangguan bipolar tipe II, menunjukkan prevalensi pada perempuan lebih besar daripada laki-laki. Depresi atau distimia yang terjadi pertama kali pada prapubertas memiliki risiko untuk menjadi gangguan bipolar (Kusumawardhani, 2012).

Gangguan depresi berat masih berada di urutan prevalensi seumur hidup tertinggi dari gangguan psikiatri (Kaplan & Sadock's, 2015). Usaha bunuh diri terjadi hingga 50% pasien dengan gangguan bipolar dan 10 hingga 19% individu dengan gangguan bipolar I bunuh diri (Wells *et al.*, 2015). Tingkat prevalensi seumur hidup untuk depresi berat adalah 5 sampai 17%.

4. Penatalaksanaan Bipolar

Menurut data dari Kemenkes ada 6 penatalaksanaan untuk pasien dengan gangguan bipolar yaitu :

a. Terapi Gangguan Bipolar, Agitasi Akut

1) Injeksi

a) Lini I

(1) Injeksi IM Aripiprazol, dosis adalah 9,75 mg/mL injeksi, maksimum adalah 29,25mg/hari (tiga kali injeksi per hari dengan interval dua jam).

(2) Injeksi IM Olanzapin, dosis 10 mg/injeksi, maksimum adalah 30 mg/hari. Interval pengulangan injeksi adalah dua jam.

b) Lini II

(1) Injeksi IM Haloperidol yaitu 5 mg/injeksi, maksimum adalah 15 mg/hari. Interval pengulangan injeksi adalah 30 menit.

(2) Injeksi IM Diazepam yaitu 10 mg/injeksi, maksimum adalah 20-30 mg/hari. Dapat diberikan bersamaan dengan injeksi haloperidol IM. Jangan dicampur dalam satu jarum suntik.

b. Terapi Gangguan Bipolar, Episode Mania Akut

1) Lini I

Litium, divalproat, olanzapin, risperidon, quetiapin, quetiapin XR, aripiprazol, litium atau divalproat + risperidon, litium atau divalproat + quetiapin, litium atau divalproat + olanzapin, litium atau divalproat + aripiprazol.

2) Lini II

Karbamazepin, terapi kejang listrik (TKL), litium + divalproat, paliperidon.

3) Lini III

Haloperidol, klorpromazin, litium atau divalproat + haloperidol, litium + karbamazepin, klozapin.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin, topiramate, lamotrigine, risperidone + carbamazepine, olanzapine + carbamazepine.

c. Terapi Gangguan Bipolar, Episode Depresi Akut

1) Lini I

Lithium, lamotrigine, quetiapine, quetiapine XR, lithium atau divalproate + SSRI, olanzapine + SSRI, lithium + divalproate.

2) Lini II

Quetiapine + SSRI, divalproate, lithium atau divalproate + lamotrigine.

3) Lini III

Carbamazepine, olanzapine, lithium + carbamazepine, lithium atau divalproate + venlafaxine, lithium + MAOI, TKL, lithium atau divalproate atau AA + TCA, lithium atau divalproate atau carbamazepine + SSRI + lamotrigine, penambahan topiramate.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin monoterapi, aripiprazole monoterapi.

d. Terapi Rumatan pada Gangguan Bipolar I

1) Lini I

Lithium, lamotrigine monoterapi, divalproate, olanzapine, quetiapine, lithium atau divalproate + quetiapine, Risperidone Injeksi Jangka Panjang (RIJP), penambahan RIJP, aripiprazole.

2) Lini II

Karbamazepin, litium + divalproat, litium + karbamazepin, litium atau divalproat + olanzapin, litium + risperidon, litium + lamotrigin, olanzapin + fluoksetin.

3) Lini III

Penambahan fenitoin, penambahan olanzapin, penambahan ECT, penambahan topiramat, penambahan asam lemak omega-3, penambahan okskarbazepin.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin, topiramat atau antidepresan monoterapi.

e. Terapi Gangguan Bipolar II, Episode Depresi Akut

1) Lini I

Quetiapin

2) Lini II

Litium, lamotrigin, divalproat, litium atau divalproat + antidepresan, litium + divalproat, antipsikotika atipik + antidepresan.

3) Lini III

Antidepresan monoterapi (terutama untuk pasien yang jarang mengalami hipomania).

f. Terapi Rumatan Gangguan Bipolar

1) Lini I

Litium, lamotrigin

2) Lini II

Divalproat, litium atau divalproat atau antipsikotika atipik + antidepresan, kombinasi dua dari : litium, lamotrigin, divalproat, atau antipsikotika atipik.

3) Lini III

Karbamazepin, antipsikotika atipik, ECT.

Tidak Direkomendasikan : Gabapentin

B. Konsep Risiko Perilaku Kekerasan

1. Gambaran umum risiko perilaku kekerasan

a. Definisi

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Hal itu dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, ataupun lingkungan (Dermawan & Rusdi, 2013).

Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan. Hal itu dapat dilakukan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal (NANDA 2016 dalam Sutejo 2018).

b. Etiologi

Menurut Dermawan dan Rusdi (2013), masalah perilaku kekerasan dapat disebabkan oleh adanya faktor predisposisi (faktor

yang melatar belakangi) munculnya masalah dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

1) Faktor predisposisi

a) Faktor biologis

i. Teori dorongan naluri (*instinctual drive theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat.

ii. Teori psikomatik (*psycomatik theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga, sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

b) Faktor psikologis

i. Teori agresif frustasi (*frustasion aggression theory*)

Teori ini menerjemahkan perilaku kekerasan terjadi sebagian hasil akumulasi frustasi. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

ii. Teori perilaku (*behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima saat melakukan kekerasan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

iii. Teori eksistensi (*existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

c). Faktor Sosiokultural

i. Teori lingkungan sosial (*social environment theory*)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk merespon asertif atau agresif.

ii. Teori belajar sosial (*social learning theory*)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi ini berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu.

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

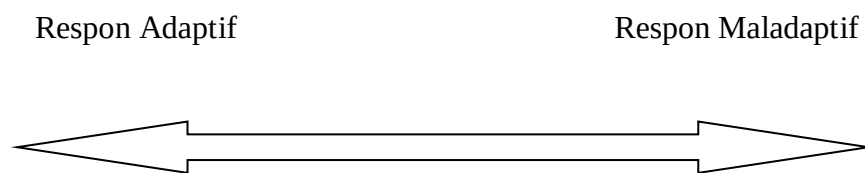
c. Manifestasi

Menurut Dermawan & Rusdi (2013) tanda dan gejala pada pasien perilaku kekerasan yaitu :

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Pandangan tajam
- 3) Mengatupkan rahang dengan kuat
- 4) Mengepalkan tangan
- 5) Bicara kasar
- 6) Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- 7) Mengancam secara verbal dan fisik
- 8) Melempar atau memukul benda/ orang lain
- 9) Merusak barang atau benda
- 10) Tidak mempunyai kemampuan mencegah atau mengontrol perilaku kekerasan.

d. Rentang Respon

Rentang respon perilaku kekerasan menurut Azizah,dkk (2016) dimulai dari rentang respon normal (adaptif) sampai pada respon yang tidak normal (maladaptif)



Gambar 2.1 Rentang Respon

Asertif Frustrasi Pasif Agresif Perilaku kekerasan

Keterangan :

- a. Asertif : individu dapat mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan orang lain ketenangan.
- b. Frustrasi : individu gagal mencapai tujuan, kepuasan saat marah dan tidak dapat menemukan alternative.
- c. Pasif : perilaku dimana seseorang tidak mampu mengungkapkan perasaan sebagai suatu usaha dalam mempertahankan haknya.
- d. Agresif : memperlihatkan permusuhan, keras, dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai orang lain.

e. Kekerasan : menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman, melukai pada tingkat ringan dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. klien tidak dapat mengendalikan/hilang kontrol.

e. Mekanisme koping

Menurut Damayanti (2012), beberapa mekanisme koping yang dipakai pada pasien marah untuk melindungi diri antara lain:

- 1) *Subliminasi* : menerima suatu sasaran pengganti yang mulia. Artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas remas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.
- 2) *Proyeksi* : menyalahkan orang lain kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik, misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerja. Terbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
- 3) *Represi* : mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk kealam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat benci pada orang tua yang tidak disukainya. Akan

tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh tuhan. Sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

- 4) Reaksi formasi : mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan. Dengan melebih lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kuat.
- 5) *Displacement* : melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan. Pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang mulanya membangkitkan emosi itu. Misalnya : timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapatkan hukuman dari ibunya karena menggambar dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

f. Penatalaksanaan

Menurut Prabowo (2014) penatalaksanaan medis pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu :

1) Farmakoterapi

Pasien dengan ekspresi marah perlu perawatan dan pengobatan mempunyai dosis efektif tinggi contohnya: clorpromazine HCL yang berguna untuk mengendalikan psikomotornya. Bila tidak ada bisa menggunakan dosis efektif

rendah contohnya trifluoperasineestelasine, bila tidak ada juga maka dapat digunakan transquilizer bukan obat anti psikotik seperti neuroleptika, tetapi meskipun demikian keduanya mempunyai efek anti tegang, anti cemas, dan anti agitasi.

2) Terapi okupasi

Terapi ini sering diterjemahkan dengan terapi kerja. Terapi ini bukan pemberian pekerjaan atau kegiatan itu sebagai media untuk melakukan kegiatan dan mengemmbalikan kemampuan berkomunikasi, karena itu dalam terapi ini tidak harus diberikan pekerjaan tetapi segala bentuk kegiatan seperti membaca koran, main catur dapat pula dijadikan media yang penting setelah mereka melakukan kegiatan itu diajak berdialog atau berdiskusi tentang pengalaman dan arti kegiatan itu bagi dirinya. Terapi ini merupakan langkah awal yang harus dilakukan oleh petugas terhadap rehabilitasi setelah dilakukannya seleksi dan ditentukan program kegiatannya.

3) Peran serta keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) pasien. Perawat membantu keluarga agar dapat melakukan lima tugas kesehatan, yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota keluarga, menciptakan lingkungan

keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada pada masyarakat. Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer) dan memulihkan perilaku maladaptif ke perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat di tingkatkan secara optimal.

4) Terapi somatik

Terapi yang diberikan pada pasien dengan gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, terapi adalah perilaku pasien.

2. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan

Menurut Nursalam (2011) dinyatakan, asuhan keperawatan adalah rangkaian suatu kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada individu, kelompok ataupun masyarakat. Sedangkan proses keperawatan adalah metode yang terorganisir dan sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki respon terhadap manusia sebagai keluarga dan masyarakat.

Proses keperawatan sendiri terdapat 5 tahapan yaitu:

a. Pengkajian keperawatan pada pasien skizofrenia dengan resiko perilaku kekerasan

1) Pengkajian (Kusumawati, 2010)

Pengkajian perilaku kekerasan merupakan suatu respon terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat menimbulkan kerugian baik pada diri sendiri, oranglain, maupun lingkungan. Melihat dari kerugian yang di timbulkan penanganan pasien perilaku kekerasan perlu dilakukan secara tepat dan cepat oleh tenaga yang profesional.

Kaji faktor prediposisi dan presipitasi, serta kondisi pasien sekarang. Kaji riwayat keluarga dan masalah yang dihadapi pasien. Jelaskan tanda dan gejala pasien pada tahap marah, krisis atau perilaku kekerasan, dan kemungkinan bunuh diri. Muka merah, tegang, pandangan mata tajam, mondar mandir, memukul, memaksa, irritable, sensitive dan agresif.

a) Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

i. Aspek biologis

Respon fisiologis karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin, sehingga tekanan darah meningkat, takikardi, muka merah, pupil menebal, pengeluaran urin meningkat. Pada gejala yang

sama seperti meningkatnya kewaspadaan ketegangan otot seperti rahang terkatuk, tangan dikepal, tubuh kaku dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

ii. Aspek emosional

Individu yang marah karena tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam, ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan dan menuntut.

iii. Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara pasien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan bagaimana informasi di proses, di klarifikasi dan diintegrasikan.

iv. Aspek sosial

Meliputi interaksi sosial, budaya, konsep, rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien sering kali menyalurkan kemarahannya dengan mengkritik tingkah laku orang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan

kata kasar yang berlebih disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri, menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

v. Aspek spiritual

Kepercayaan nilai moral mempengaruhi hubungan individu, dengan lingkungan. Hal ini bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yangnng memanifestasi dengan moral dan rasa tidak berdosa.

Dari uraian tersebut dijelaskan bahwa perawat perlu mengkaji individu secara komprehensif, meliputi aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual.

Pengkajian keperawatan jiwa :

- (1) Identitas pasien
- (2) Alasan masuk dan diagnosa medis
- (3) Faktor predisposisi : riwayat gangguan jiwa, pengobatan sebelumnya, trauma, pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.
- (4) Pemeriksaan fisik
- (5) Psikologi : konsep diri (gambaran diri, idetifikasi diri), hubungan sosial, dan spiritual.
- (6) Status mental (penampilan, aktifitas motorik, alam peraasaan, afek, interaksi selama wawancara, persepsi,

isi pikir, tingkat kesadaran, memori, tingkat konsentrasi dan berhitung, kemampuan penilaian, daya tilik diri).

(7) Kebutuhan perencanaan pulang (kemampuan pasien memenuhi kebutuhan, kegiatan hidup sehari-hari, tidur).

(8) Penggunaan obat.

(9) Pemeliharaan kesehatan

(10) Aktifitas di dalam rumah.

(11) Aktifitas di luar rumah.

(12) Mekanisme koping.

(13) Masalah psikososial dan lingkungan.

(14) Aspek medis.

2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial (Direja, 2011).

Menurut Direja (2011), masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah resiko perilaku kekerasan yaitu :

- a) Harga diri rendah
- b) Gangguan sensori persepsi : halusinasi
- c) Koping keluarga tidak efektif

- d) Defisit perawatan diri
 - e) Resiko menciderai diri sendiri, orang lain, lingkungan,
resiko perilaku kekerasan
 - f) Perilaku kekerasan
- 3) Perencanaan resiko perilaku kekerasan

Perencanaan keperawatan menurut Sutejo (2018) :

Tujuan Umum/ Tujuan Khusus (TUK/TUM)

- a) TUK 1 : klien dapat membina hubungan saling percaya

Rasional:

Kepercayaan dari klien merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan keperawatan atau intervensi selanjutnya terhadap klien

TUM :

Klien dan keluarga mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan

Kriteria evaluasi : klien menunjukkan tanda-tanda percaya kepada perawat melalui :

- i. Ekspresi wajah cerah, tersenyum
- ii. Mau berkenalan
- iii. Ada kontak mata
- iv. Bersedia menceritakan perasaannya
- v. Bersedia mengungkapkan masalah

Intervensi :

Bina hubungan saling percaya dengan mengemukakan prinsip komunikasi terapeutik :

- i. Mengucapkan salam terapeutik : sapa klien dengan ramah, baik verbal ataupun nonverbal
- ii. Berjabat tangan dengan klien
- iii. Perkenalkan diri dengan sopan
- iv. Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien
- v. Jelaskan tujuan pertemuan
- vi. Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien, tunjukkan sikap

b) TUK 2 : klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan

Rasional :

Menentukan mekanisme koping yang dimiliki oleh klien dalam menghadapi masalah. Selain itu, juga sebagai langkah awal dalam menyusun strategi berikutnya

Kriteria evaluasi : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan klien dapat :

- i. Menceritakan penyebab terjadinya perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- ii. Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal, baik dari diri sendiri maupun lingkungannya

Intervensi :

Bantu klien mengungkapkan perasaan marahnya :

- i. Diskusikan dengan klien untuk menceritakan penyebab rasa kesal atau rasa jengkelnya.
 - ii. Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien
- c) TUK 3 : klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.

Rasional :

Deteksi dini dapat mencegah tindakan yang bisa membahayakan klien dan lingkungan sekitarnya.

Kriteria evaluasi : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan, klien dapat menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan secara :

- i. Fisik : mata merah, tangan mengepal, ekspresi tegang dan lain-lain.
- ii. Emosional : perasaan marah, jengkel, bicara kasar
- iii. Sosial : bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan

Intervensi :

- i. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi

- ii. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi emosionalnya saat terjadi perilaku kekerasan.
 - iii. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan.
 - iv. Diskusikan dan motivasi klien untuk menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan.
- d) TUK 4 : klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.

Rasional :

Melihat mekanisme koping klien dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi

Kriteria evaluasi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x pertemuan, klien dapat menjelaskan :

- i. Jenis- jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya.
- ii. Perasaannya saat melakukan kekerasan.
- iii. Efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah

Intervensi :

- i. Diskusikan dengan klien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini.

- ii. Motivasi klien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya.
 - iii. Motivasi klien menceritakan perasaan klien setelah tindak kekerasan terjadi.
 - iv. Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami teratasi.
- e) TUK 5 : klien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan

Rasional :

Membantu klien melihat dampak yang di timbulkan akibat perilaku kekerasan yang dilakukan klien

Kriteria evaluasi : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan, klien dapat menjelaskan akibat yang timbul dari tindakan kekerasan yang dilakukannya :

- i. Diri sendiri : luka, dijauihi teman, dll
- ii. Orang lain/keluarga : luka, tersinggung, ketakutan, dll
- iii. Lingkungan : barang atau benda – benda rusak, dll

Intervensi :

Diskusikan dengan klien akibat negatif atau kerugian dari cara tindakan kekerasan yang dilakukan pada :

- i. Diri sendiri
- ii. Orang lain/ keluarga
- iii. Lingkungan

f) TUK 6 : klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah

Rasional :

Menurunkan perilaku yang destruktif yang berpotensi menciderai klien dan lingkungan sekitar

Kriteria evaluasi : klien dapat menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan marah

Intervensi : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan, klien dapat menjelaskan cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah

- i. Apakah klien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat.
- ii. Jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui klien.
- iii. Jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan
 - a) Cara fisik : Nafas dalam, pukul bantal, atau kasur, olahraga
 - b) Verbal : mengungkapkan bahwa dirinya sedang kesal dengan oranglain
 - c) Sosial : latihan asertif dengan orang lain

- d) Spiritual : sembahyang, doa, zikir, meditasi, sesuai dengan keyakinan agamanya masing-masing
- g) TUK 7 : klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan

Rasional :

Keinginan untuk marah yang tidak bisa diprediksi waktunya serta siapa yang akan memicunya meningkatnya kepercayaan diri klien serta asertifitas (ketegasan) klien saat marah/jengkel.

Kriteria evaluasi : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan, klien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, dan spiritual dengan cara :

- i. Fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur.
- ii. Verbal : mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpamenyakiti.
- iii. Spiritual : zikir/doa, meditasi sesuai agamanya

Intervensi:

- i. Diskusikan cara yang mungkin dipilih serta anjurkan klien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya.
- ii. Latih klien mempragakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih.

- iii. Jelaskan manfaat cara tersebut.
- iv. Anjurkan klien menirukan peragaan yang dilakukan.
- v. Beri penguatan pada klien, perbaiki cara yang masih belum sempurna.
- vi. Anjurkan klien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel.

h) TUK 8 : klien mendapat dukungan keluarga untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan

Rasional :

keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi klien dan merupakan bagian penting dari rehabilitasi klien.

Kriteria evaluasi :

- i. Menjelaskan cara merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan.
- ii. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien dengan resiko perilaku kekerasan.

Intervensi :

- i. Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan.
- ii. Diskusikan potensi keluarga untuk membantu klien mengatasi perilaku kekerasan.

- iii. Jelaskan pengertian, akibat, dan cara merawat klien resiko perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga.
 - iv. Peragakan cara merawat klien (menangani pk).
 - v. Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang cara perawatan terhadap klien.
 - vi. Beri pujian kepada keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan.
- i) TUK 9 : klien menggunakan obat sesuai program yang telah di tetapkan

Rasional :

- i. Menyesuaikan program pengobatan klien.
- ii. Obat dapat mengontrol risiko perilaku kekerasan klien dan dapat membantu penyembuhan klien.
- iii. Mengontrol kegiatan klien minum obat dan mencegah klien putus obat

Kriteria evaluasi:

- i. Manfaat minum obat .
- ii. Kerugian tidak minum obat.
- iii. Nama obat.
- iv. Bentuk dan warna obat..
- v. Dosis yang diberikan kepadanya.
- vi. Waktu pemakaian.

vii. Cara pemakaian.

viii. Efek yang dirasakan.

ix. Klien menggunakan obat sesuai program

Intervensi :

i. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat

ii. Jelaskan kepada klien :

(1) Jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat)

(2) Dosis yang tepat untuk klien

(3) Waktu pemakaian

(4) Cara pemakaian

(5) Efek yang akan dirasakan oleh klien

iii. Anjurkan klien untuk :

(1) Minta dan gunakan obat yang tepat waktu.

(2) Laporkan ke perawat /dokter jika mengalami efek yang tidak biasa.

(3) Beri pujian terhadap disiplin klien menggunakan obat

4) Pelaksanaan keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Kusumawati, 2010).

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan di tunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapi tujuan yang diharapkamn. Fokus tahap pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional (Nikmatur, 2016).

Pendekatan tindakan keperawatan menurut Kusumawati (2010), meliputi tindakan :

a) Independen

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

b) Interdependen

Suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

c) Dependen

Tindakan depenen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.

5) Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien (Nursalam, 2011).

Menurut Nursalam (2011) ada dua komponen evaluasi, yaitu :

a) Evaluasi proses

Aktifitas dari proses keperawatan dari hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses dilakukan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektifitas intervensi tersebut.

b) Evaluasi hasil

Perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan. Evaluasi hasil ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan SOAP sebagai pola pikir

S : respon subjektif pasien

O : respon objektif pasien

A : analisis terhadap data subjektif dan objektif

P : perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon pasien.

6) Dokumentasi Keperawatan

Menurut Direja (2013), dokumentasi tidak terlalu dianggap sepele oleh perawat ataupun peserta didik

keperawatan. Karena dalam hal ini dianjurkan menggunakan formulir yang sama, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

3. Peran Keluarga

a. Dukungan Keluarga

1) Finansial

Bentuk dukungan finansial keluarga pasien dengan defisit perawatan diri berupa membiayai pengobatan dan membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari. Menurut Iklima (2010) mengungkapkan dukungan dalam bentuk materi yang dapat memberikan langsung berupa kebutuhan, memberikan barang, makanan, membiayai dapat mengurangi kecemasan dan mengatasi masalahnya terkait masalah ekonomi.

Lebih lanjut Ruspawan dkk (2010) mengatakan dukungan keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia salah satunya melalui dukungan materi, khususnya biaya perawatan Rumah Sakit.

2) Emosional

Dukungan emosional dalam penelitian ini antara lain : memotivasi dan memberi semangat. Hal tersebut diungkapkan Yulia (2009) mengungkapkan dalam penelitiannya dukungan emosional dapat berupa kasih sayang, menghargai, dan pemberian

semangat sangat diperlukan. Dukungan emosional berdampak pada pasien yaitu merasa dihargai dan dicintai sehingga pasien gangguan jiwa lebih kooperatif.

b. Pengawasan Minum Obat

1) Persiapan

Peran keluarga dalam pengawasan minum obat diungkapkan Prinda (2010) dalam penelitiannya bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan di Rumah Sakit. Hal itu juga dapat diartikan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat. Semakin tinggi dukungan keluarga terhadap pengawasan minum obat maka kepatuhan pasien dalam minum obat juga semakin tinggi.

2) Dosis

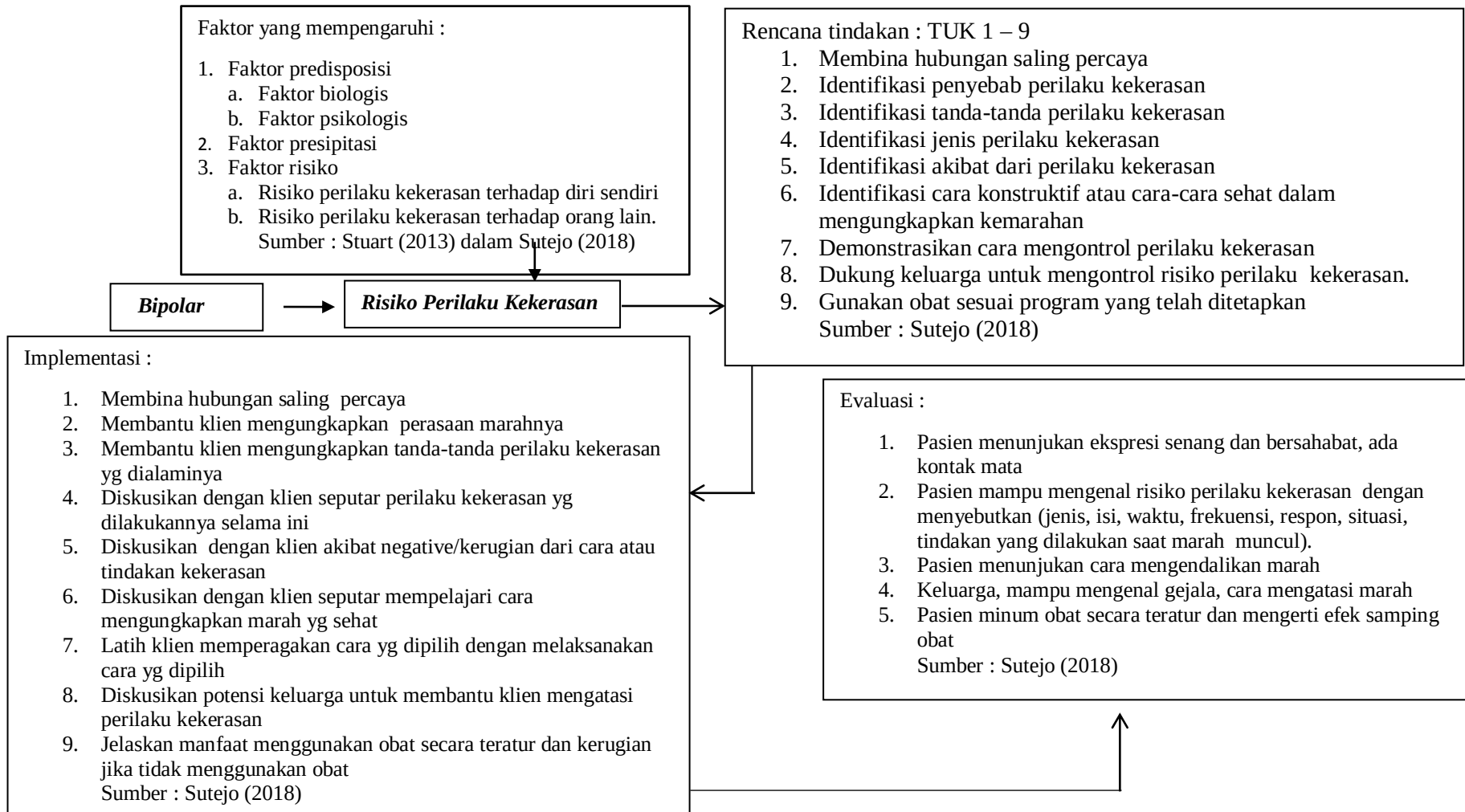
Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga dalam memberikan obat sesuai dengan jenis dosis yang dianjurkan tenaga kesehatan. Menurut Permatasari (2012) mengungkapkan dalam penelitiannya bahwa efek samping yang ditimbulkan penyakit tidak lah terasa apabila obat diminum sesuai dosis dan takaran tepat. Dosis sudah disesuaikan dengan berat badan dan usia. Perhatikan etiket dan penjelasan obat terlebih dahulu sebelum pemakaian.

Lebih lanjut Nurdiana (2010) mengatakan dosis obat antipsikotik pasien jiwa dimulai dengan dosis rendah kemudian dinaikkan perlahan-lahan. Dapat juga diberikan dosis tinggi tergantung kondisi pasien dan efek samping.

3) Ketepatan Waktu

Ketetapan pemberian obat mendapatkan efek yang optimal, obat harus diminum tepat waktu, beberapa obat dapat diminum kapan saja, akan tetapi ada obat lain yang harus diminum sesuai jadwal. Obat apabila diminum tepat dapat berefek baik apabila salah dapat meracuni (Yudha, 2015). Berbeda dengan pendapat sebelumnya bahwa obat harus diberikan tepat waktu sehinggadapat dipertahankan kadar obat tersebut sesuai dosis.

C. Kerangka Teori Studi Dokumentasi



Gambar 2.1 Kerangka Teori Studi Dokumentasi

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa/kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada dokumentasi alumni Akper YKY 2017 bipolar pada pasien RSJ Grhasia Yogyakarta.

B. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah satu data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2017.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII Keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

D. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian kualitatif adalah mengenai istilah-istilah kunci untuk mempertegas, memberikan arah, dan menghindari kesalahpahaman. Menurut Sugiyono (2010) definisi operasional variable adalah

definisi yang didasarkan pada sifat yang mudah diamati, mempunyai rumusan yang jelas dan pasti serta tidak membingungkan.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional
1.	Risiko Perilaku Kekerasan	Suatu keadaan dimana seseorang berisiko melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan
2.	Bipolar	Pasien yang menderita gangguan mood dengan ditandai dengan afek yang meningkat dan aktivitas yang berlebih (manik), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek disertai dengan penurunan aktivitas (depresi).

E. Instrumen Studi Dokumentasi

Pada penelitian studi kasus ini, instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada studi dokumentasi ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di Perpustakaan Program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data

asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus pada tahun antara tahun 2010 sampai dengan tahun 2019.

G. Analisa Data

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain dilakukan dengan pengumpulan data, triangulasi, penyajian data dan kesimpulan. (Sugiyono, 2013).

Tekhnik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasi dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori dan artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

H. Etika Studi Dokumentasi

1. *Informed Concent* Dengan memberikan *informed concent* maka peneliti akan bebas melakukan penelitian tanpa mengganggu atau menghambat proses penelitian perawat tersebut karena dengan *informed concent* berarti pemilik dokumen menyetujui bahwa dokumen milik penulis menjadi bahan studi dokumentasi.

2. *Anonimity*

Anonimity yaitu dengan tidak menyebutkan secara jelas nama responden/pasien. Melainkan hanya disebutkan inisialnya saja.

3. *Confidentiality*

Confidentiality yaitu dapat menjaga kerahasiaan. Kerahasiaan pasien, perawat, dokter dan semua yang berhubungan dengan tempat yang dilakukan penelitian kecuali untuk kepentingan penelitian.

4. *Beneficence*

Beneficence yaitu bermanfaat bagi pasien dan keluarga pasien. Serta bermanfaat bagi dunia pendidikan karena dapat mengembangkan ilmu keperawatan melalui penelitian tersebut.

5. *Justice*

Justice yaitu keadilan, perawat harus dapat memberlakukan keadilan kepada seluruh pasien yang ada di tempat penelitiannya tersebut.

6. *Non-maleficence*

Non-maleficence yaitu tidak merugikan. Tidak merugikan pasien, perawat, maupun RS yang menjadi tempat penelitian.

7. *Veracity*

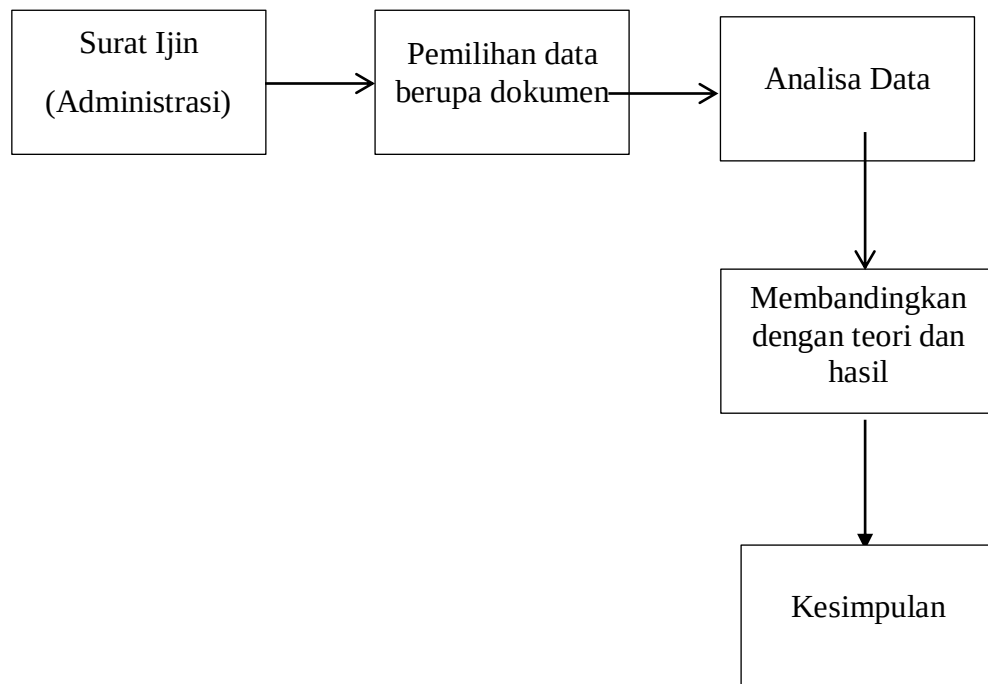
Veracity berarti jujur. Kejujuran sangat diperlukan dalam sebuah penelitian. Karena, jika kejujuran tidak digunakan ketika melakukan penelitian, maka hasil penelitian tersebut belum bisa dikatakan valid.

8. *Fidelity*

Fidelity yaitu menepati janji. Jika dalam kontrak awal akan dilakukan penelitian selama 3 hari, maka waktu tersebut harus pas dan tidak boleh bertambah. Karena itu akan berdampak kepada peneliti, karena

responden akan berkurang kepercayaannya kepada kita apabila kita tidak menepati janji sesuai yang sudah disepakati.

I. Kerangka Alur Studi Dokumentasi



Gambar 3.1 Alur Studi Dokumentasi

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Studi dokumentasi ini dilakukan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan dokumen Karya Tulis Ilmiah milik Ika Saras yang dilakukan di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta. Di dapatkan hasil yang di peroleh dari dokumen yang telah di lakukan oleh Ika Saras yaitu pada tahap pengkajian dilakukan Tanggal 6 Juli 2017 dengan hasil pasien bernama Sdr A, dan tinggal di Sleman. Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara dan tinggal bersama ibu, adik dan kakaknya. Ayah pasien sudah meninggal. Pasien beragama islam, pendidikan SMA dan tidak pernah bekerja sebelumnya. Pengkajian ini menggunakan metode wawancara kepada pasien, perawat, dokter, dan keluarga pasien, selain itu peneliti juga melakukan observasi, pemeriksaan fisik pada pasien Sdr A. Peneliti juga melakukan studi dokumentasi data pasien yang ada di wisma tersebut untuk mendapatkan data. Pasien masuk ruang perawatan tanggal 18 Juni 2017 dengan alasan masuk mengamuk, merusak barang dirumah, berusaha mencekik adik dan ibunya, dan putus obat karena merasa sudah sembuh. Sdr A sebelumnya pernah dirawat di RSJ Grhasia Yogyakarta karena berusaha bunuh diri dengan meminum cairan pembersih lantai.

Dari pengkajian yang didapatkan, klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit pasien tenang, tidak ada masalah dengan teman yang lainnya, hanya gampang emosi jika di singgung oleh temannya dan saat

temannya ada yang mengejeknya, klien rindu dengan ibunya. Klien tersenyum saat diajak bergurau, klien mengatakan saat ada masalah melampiaskan dengan minum obat-obatan atau pil koplo tanpa resep dokter dimulai dari klien SMP dan berhenti saat lulus SMA. Hubungan dengan orang lain baik, berinteraksi dan bersosialisasi dengan teman-teman yang lain. Respon yang dilihat saat pengkajian yaitu klien berkata kasar dengan temannya ketika disinggung, klien kooperatif saat diajak bicara, kontak mata kurang dan muka klien merah. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut di dapatkan diagnosa keperawatan dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

Perencanaan yang di lakukan kepada Sdr A yaitu berupa tujuan panjang dan tujuan pendek yang meliputi: pasien tidak melakukan tindakan kekerasan, baik kepada orang, diri sendiri, lingkungan mapun kekerasan secara verbal. Kemudian tujuan pendeknya meliputi: pasien dappat mengenal lebih awal tanda-tanda perilaku kekerasan, pasien dapat mengendalikan perilaku agresif atau amuk. Rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu: bantu kontrol marah (*Anger Control Assistance*), manajemen lingkungan (*Environmental*), latihan mengontrol rangsangan (*Impulse Control Training*), libatkan keluarga dalam perawatan.

Implementasi keperawatan yang di lakukan pada hari pertama yaitu: membina hubungan saling percaya dan mengobservasi tanda-tanda perilaku kekerasan. Pada hari kedua mengobservasi tanda-tanda perilaku kekerasan, membantu pasien mengidentifikasi perilaku kekerasan, menjelaskan tentang tanda-tanda perilaku kekerasan dan respon marah, mengobservasi waktu dan

situasi yang memicu perilaku kekerasan, mendiskusikan dengan klien pengaruh negative perilaku kekerasan, menjelaskan pada pasien cara mengeluarkan marah dengan cara memukul bantal, memonitor istirahat pasien, mengobservasi ADL, dan mengelola obat. Pada hari ketiga mengobservasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan, menjelaskan pada pasien cara menyampaikan menolak dan mengungkapkan perasaan secara baik dengan cara verbal, mengedukasi pasien untuk menerapkan secara verbal, mengobservasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan, menjelaskan manfaat minum obat untuk mengendalikan marah, menjelaskan pada pasien manfaat penyaluran energy marah secara adaptif, membantu klien memilih cara marah yang adaptif, membantu klien mengambil keputusan, menganjurkan pasien menerapkan cara yang dipilih.

Dari hasil pelaksanaan yang dilakukan selama 3 hari didapatkan hasil evaluasi bahwa bina hubungan saling percaya kepada pasien sudah tercapai di tandai dengan pasien mampu menyebutkan nama dan kontak dengan perawat, pasien mampu mengenal tanda-tanda marah yang akan muncul, pasien mampu mempraktikkan cara mengontrol mara dengan memukul bantal, keluarga mengetahui cara mengontrol pasien pada saat rasa marah muncul.

B. Pembahasan

Hasil pengkajian yang didapatkan dari data yang ada yaitu data subyektif (DS) bahwa pasien mengatakan dahulu mempunyai masalah dengan pacarnya dan berusaha untuk bunuh diri, pasien juga merusak barang-barang. Kemudian keluarga pasien mengatakan pasien sempat ingin mencekik adik

dan ibu nya. Data obyektif (DO) pasien berkata kasar, kontak mata pasien kurang, dan muka pasien tampak memerah. Hal ini sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia SDKI (2016) bahwa risiko perilaku kekerasan di tandai dengan faktor risiko berencana untuk bunuh diri. Didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Saliansyah, (2017) yang mengatakan bahwa perilaku kekerasan di tunjukan dengan seseorang beresiko melukai atau mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan, secara verbal maupun fisik. Klien mengatakan selama di RSJ Grhasia tenang tidak ada masalah dengan sesama klien, hanya gampang emosi jika disinggung oleh temannya. Hal ini dikatakan pula oleh Mintz, (2015) bahwa gangguan bipolar sering dikaitkan dengan gangguan yang memiliki ciri yaitu naik turunnya mood. Penulis setuju dengan teori yang ada karena teori tersebut sesuai dengan keadaan yang ditunjukkan oleh pasien.

Menurut data hasil dari pengkajian, diagnosa yang muncul yaitu Risiko Perilaku Kekerasaan. Menurut Direja (2011), masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah resiko perilaku kekerasan yaitu : Resiko mencederai diri sendiri, orang lain, lingkungan, resiko perilaku kekerasan.

Intervensi keperawatan yang dapat disusun untuk mengatasi masalah yang ada yaitu bantuan kontrol marah, manajemen lingkungan, latihan mengontrol rangsangan dan melibatkan keluarga dalam perawatan. Intervensi tersebut sudah sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Sutejo (2018) tetapi dari kasus tidak menggunakan bina hubungan saling percaya (BHSP), mengidentifikasi penyebab risiko perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku

kekerasaan, jenis perilaku kekerasan, dan akibat dari perilaku kekerasan. Menurut asumsi dari penulis bhspp itu sangat penting karena akan menimbulkan kepercayaan antara klien dan juga perawat dan ini juga sesuai dari teori Sutejo (2018).

Setelah menyusun intervensi selanjutnya adalah implementasi atau pelaksanaan keperawatan yang dilakukan kepada Sdr. A yaitu sesuai dengan intervensi yang telah disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI (2018) yaitu berupa pencegahan perilaku kekerasan. Kemudian pada bagian pelaksanaan pasien mampu mengontrol perilaku melukai diri sendiri atau orang lain. Hal ini sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia SLKI (2018) bahwa pasien dengan risiko perilaku kekerasan mampu mengontrol perilaku merusak lingkungan sekitar dan mampu mengontrol perilaku mengamuk. Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Kusumawati dan Hartono (2010) yaitu pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan/intervensi. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi pasien saat ini.

Data yang didapatkan menunjukkan bahwa peneliti telah melakukan implementasi kepada keluarga pasien dengan memberikan informasi tentang peran keluarga pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Hal ini didukung adanya teori yang dikemukakan oleh Meiantari dan Herdiyanto, (2018) dalam penelitiannya menunjukkan hasil bahwa keluarga merupakan

hal terpenting yang mempengaruhi kekambuhan klien. Penulis sangat setuju dengan teori tersebut karena keluarga lah yang paling dekat dengan klien dan mempengaruhi kekambuhan pasien.

Hasil evaluasi dari pelaksanaan pada Sdr A dengan masalah Risiko Perilaku Kekerasan pada Sdr A yaitu klien masih berkata kasar kepada temannya saat diejek, klien mau berjabat tangan dan mengenalkan dirinya, klien mau duduk berhadapan dengan perawat, klien kooperatif saat diajak bicara dengan hasil evaluasi belum teratasi, dan tidak ada kelanjutan evaluasi berikutnya. Menurut Saras (2017) risiko perilaku kekerasan dapat teratasi dalam 4 kali pertemuan, namun menurut peneliti hal tersebut harus disertai dengan faktor pendukung seperti keadaan pasien. Penulisan evaluasi sesuai dengan teori Nursalam (2011) bahwa evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Seharusnya evaluasi dilanjutkan untuk mengetahui ketercapaian proses keperawatan yang sudah dilakukan. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aisy (2019) yang menyebutkan bahwa evaluasi pelaksanaan menentukan tindakan keperawatan selanjutnya.

C. Keterbatasan Studi Dokumentasi

Keterbatasan yang dirasakan oleh penulis adalah penulis tidak bisa *explore* lebih dalam mengenai masalah yang dialami klien, sehingga tidak dapat mengangkat masalah yang lain hanya terpaku pada kasus yang terdapat pada dokumen tersebut. Selain itu peneliti tidak dapat melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien secara langsung sehingga tidak dapat mengetahui

kondisi klien sesungguhnya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan studi dokumentasi pada kasus pasien Sdr A dengan Risiko Perilaku Kekerasan : di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta maka dapat disimpulkan :

1. Pada klien dengan risiko perilaku kekerasan akan menunjukkan perilaku seperti klien berkata kasar dengan temannya ketika disinggung, klien kooperatif saat diajak bicara, kontak mata kurang dan muka klien merah.
2. Masalah keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian Sdr A menunjukkan tanda dan gejala Risiko Perilaku Kekerasan (RPK)
3. Tujuan yang disusun berupa Tujuan Pendek dan Tujuan Panjang, tujuan panjang berupa klien tidak melakukan tindakan kekerasan , baik pada orang lain, diri sendiri, lingkungan maupun kekerasan secara verbal, Tujuan Pendek yaitu berupa klien mengenal lebih awal tanda-tanda akan terjadi perilaku kekerasan, klien dapat mengendalikan perilaku agresif/amuk, klien dapat menentukan cara adaptif menyalurkan energi marah, dan klien mendapatkan dukungan dari keluarga, implementasi yang dilakukan. Intervensi atau rencana keperawatan berupa bantuan kontrol marah atau *Anger Control Assistance*, manajemen lingkungan atau *Environmental management* dan latihan mengontrol rangsangan *Impulse Control Training*

4. Evaluasi keperawatan setelah dilakukan keperawatan selama 1 kali pertemuan masalah Tupen 1 belum teratasi dan mengulangi Tupen 1 kembali.

B. Saran

1. Bagi Pasien

Yaitu untuk dapat memperthankan saran yang sudah disampaikan oleh perawat dan lanjutkan berlatih mengontrol marah.

2. Bagi Keluarga

Yaitu mempertahankan saran yang sudah disampaikan oleh perawat dan lanjutkan perawatan pasien dengan anggota keluarga mengalami gangguan jiwa di rumah dan lebih mendukung untuk kesembuhan pasien ketika di rumah maupun di luar rumah.

3. Bagi Institusi

Diharapkan kepada Akper YKY untuk menambah referensi baik dalam bentuk buku maupun jurnal dan selalu meng *update* referensi tersebut. Hal tersebut dirasa sangat membantu mahasiswa dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat sebagai referensi lain serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Risiko Perilaku Kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Dermawan, D., & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Aisy, R. (2019). Pentingnya Kinerja Perawat dalam Melakukan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Journal Keperawatan*. Ejournal.unsrat.ac.id. tanggal 6 Juni 2020 pukul 07.00
- Ahuja, Niraj. (2011). *A Short Text Book Psychiatry Seventh Edition*. India: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
- Azizah, I. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* . Yogyakarta : Indomedia Pustaka.
- Damayanti, M. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa* . Samarinda: Refka
- Depkes RI. (2014). *Undang-Undang Kesehatan Jiwa*.
- Direja. (2013). *Asuhan dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Fathonah.N. (2016). *Perancangan Multimedia Interaktif Berupa E-Book Mengenai Penyakit Bipolar Disorder (Gangguan Bipolar)*. Program Studi Disain Komunikasi Visual, Fakultas Seni Rupa. Institut Seni Indonesia, Yogyakarta.
- Furi.M.L. (2014). Bipolar Affective Disorder And Manic Episode With Psychotic Symptoms In A 39 Years Old Man. *Jurnal Agromed Unila Volume 1 Nomor 3*, (211-215).
- Hawari, D. (2014). *Skizofrenia Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Pskio-Sosial-Spiritual*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Jiwo.T. (2012). *Gangguan Jiwa Bipolar : Panduan Bagi Pasien, Keluarga, dan Teman Dekat*. Jawa Tengah: Tirto Jiwo
- Keliat, B. A., & Akemat. (2012). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa* . Jakarta: Salemba Medika.
- Meiantari, Herdiyanto. (2018). Peran Keluarga terhadap Manajemen Relapse (kekambuhan) pada Orang Dengan Skizofrenia . *Jurnal Psikologi*

Undayana volume 5 nomor 2. Ejournal.unud.ac.id. tanggal 6 Juni 2020
pukul 17.00

Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: ANDI.

Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, shigemi kamitsuru*. Jakarta: EGC

Nasir, & Muhith. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.

NIMH (National Institute of Mental Health). (2012). *Bipolar Disorder in Adults*. United States: Departement of Health And Human Service National Institute of Health.

Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC NOC*. Yogyakarta: Mediacion Jogja.

Nursalam. (2011). *Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.

PPNI (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Prabowo, E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: NuhaMedika.

Purba.A.R ., Kahija.L.F.Y. (2017). *Pengalaman Terdiagnosis Bipolar : Sebuah Interpretative Phenomenological Analysis*. *Jurnal Empati Volume 7 Nomor 3*, (323-329)

Riskesdas. (2018). *Laporan Provinsi Di Yogyakarta Riskesdas 2018*. Yogyakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).

Saras, I. (2017). *Asuhan Keperawatan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan Skizoafektif di Wisma Arjuna RSJ Grhasia Yogyakarta*. Diploma III: Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

- Saliansyah. (2017). Tanda dan Gejala pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan. *Ejournal keperawatan.umkt.ac.id*. tanggal 20 Juni 2020 jam 17.30
- Sholikhah.N.L ., Sardjuningsih ., Sa'adati.I.M. (2017). Penyesuaian Diri Keluarga Penderita Bipolar Di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Kediri. *Jurnal Happiness Volume 1 Nomor 1, (1-11)*
- Syafwan.F.A ., Sedjahtera.K ., Asterina. (2014). Gambaran peningkatan Angka Kejadian Gangguan Afektif dengan gejala Psikotik pada Pasien Rawat Inap di RSJ Prof. Dr. HB. Sa'anin Padang pada Tahun 2010-2011. *Jurnal Kesehatan Andalas Volume 3 Nomor 2, (106-109)*
- Susilawat, & Fredrika, L. (2019). Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan. *Keperawatan Silampari Volume 3, Nomor 1*, e-ISSN : 2581-1975 e-ISSN : 2595-7482 DOI : <http://doi.org/10.31539/jks.v3il.898>.
- Sutejo. (2018). *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa : Gangguan dan Psikososial*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Yusuf, A., Nihayati, H. E., & PK, R. F. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing Fifth Edition*. China: Wolters Kluwer Health & Lippincott Williams & Wilkins.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Studi Pendahuluan																								
2	Penyusunan Proposal																								
3	Seminar Proposal																								
4	Penyusunan KTI																								
5	Seminar KTI																								

Keterangan :

1. Studi Pendahuluan : 3 Februari 2020
2. Penyusunan Proposal : 4 – 25 Februari 2020
3. Seminar Proposal : 25 Februari 2020
4. Penyusunan KTI : 13 April – 13 Juni 2020
5. Seminar KTI : 29 Juni – 04 Juli 2020

Lampiran 2 Lembar Bukti bimbingan



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

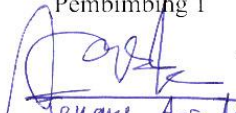
Nama Mahasiswa : Raden Kola Ramada
NIM : 2317066
Nama Pembimbing I : Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan Bipolar

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	5 Februari 2020	Pengajuan judul	Tatap Muka	ACC Judul		(Kola)
2	20 Februari 2020	BAB I	Tatap Muka	- BAB I perbaiki Sistematika penyusunan - BAB I lebih di ringkas		(Kola)
3	21 Februari 2020	BAB III	Tatap Muka	Perbaiki Latar Belakang		(Kola)
4	22 Februari 2020	BAB I- III	Tatap Muka	Perbaiki halaman dan daftar isi		(Kola)
5	23 Februari 2020		Tatap Muka	ACC Seminar Proposal		(Kola)

6	13 Mei 2020		Online (email)	- BAB I: -Tambahkan kalimat penghubung di setiap paragraph. -Studi pendahuluan RS di hilangkan -Koreksi huruf kecil dan besar, skizofrenia diganti Bipolar		(Kola) 
7	18 Juni 2020	BAB I-V dan naskah publikasi	Online (email)	- Abstrak: perbaiki sistematika, lengkapi bagian hasil, saran di hapus, urutkan sesuai abjad pada kata kunci - BAB IV: -Tambahkan teori untuk membandingkan hasil. - Naskah publikasi: cek kembali sistematika, pada bagian hasil dan pembahasan.		(Kola) 
8	27 Juni 2020		Online (email)	ACC Usid Kata peneliti diganti penulis.		(Kola) 

Yogyakarta,

Pembimbing I


(.....
.....
.....)

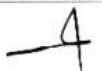
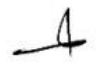


YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Raden Kola Ramada
NIM : 2317066
Nama Pembimbing 2 : Ns. Sutejo,M.Kep.,Sp.Kep.J
Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan Bipolar

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	5 Februari 2020	Pengajuan Judul	Tatap muka	ACC Judul		 (Kola)
2.	15 Februari 2020	BAB I	Tatap muka	• Tambahkan UU tentang kesehatan jiwa beserta pasalnya • Perbaiki sistematika penulisan • Proporsi paragraph diratakan • Konsistensi penulisan kutipan		 (Kola)
3.	17 Februari 2020	BAB I	Tatap muka	• Perbaiki tata letak penulisan • Tambahkan UU mengenai kuratif • Tambahkan data WHO • Perbaiki spasi		 (Kola)
4.	21 Februari 2020	BAB II	Tatap muka	• Gejala diganti gejala positif dan negative • Perencanaan untuk keluarga		 (Kola)

5.	22 Februari 2020	BAB IV-V	Tatap muka	Perbaiki penulisan daftar pustaka		 (Kola)
6.	23 Februari 2020	BAB IV-V	Tatap muka	ACC seminar proposal		 (Kola)
7.	31 Maret 2020	BAB IV-V	Online (WA)	ACC Proposal		 (Kola)
8.	24 Juni 2020	BAB IV-V	Online (Google Meet)	BAB IV: masukkan data dari dokumen yang sudah didapat dengan berurutan dan lebih di perjelas antara factor predisposisi dan presipitasi BAB V: bandingkan teori di BAB II dan dari jurnal dengan hasil yang ada. Urutkan dan bahas dari karakteristik, bahas mengenai usia pasien termasuk dalam fase apa dan bagaimana hubungannya. Bagian diagnose kaitan dengan diagnose yang lain adakah keterkaitan dengan diagnose utama? Sertakan jurnal penelitiannya. Lengkapi sampai dengan evaluasi.		 (Kola)
9.	27 Juni 2020	BAB IV-	Online (WA)	ACC Usid		 (Kola)

Yogyakarta,

Pembimbing 2



(.....)

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan

No.RM : 008xxx

Tanggal masuk : 18 Juni 2107

1. Penanggung Jawab

Nama : Ny."S"

Umur : 46 tahun

Pekerjaan : Buruh

Alamat : Ngrenak Lor, Rt.01, Rw.03, Sidomoyo, Godean,
Sleman

Hubungan : Ibu

2. Alasan Masuk Rumah Sakit/Faktor Presipitasi

Data dari status klien :

Didapatkan data dari rekam medis, klien mengamuk, merusak perabotan rumah, dan berusaha mencekik adik dan ibunya.

Data dari klien :

Klien mengatakan dulu ada masalah dengan pacarnya dan berusaha bunuh diri, merusak barang-barang dirumah, klien mengatakan tidak suka jika dibahas tentang pacarnya, gampang emosi jika di singgung oleh temannya.

Data dari keluarga :

Ibu klien mengatakan klien mengamuk dan merusak barang dirumah, dikarena klien putus obat dan mempunyai masalah dengan pacarnya. Klien ingin mencekik adik dan ibunya karena merasa melihat buto, ibu klien tidak lapor jika klien putus obat atau tidak mau meminum obat karena klien sudah merasa sembuh.

3. Faktor Predisposisi

Keluarga klien mengatakan klien mengalami gangguan jiwa sejak 1 tahun yang lalu (2016) karena berusaha bunuh diri meminum cairan pembersih lantai, ibu klien mengatakan tidak tau penyebab klien mencoba bunuh diri. Kemudian klien dibawa ke RSJ Ghrasia, disana dirawat kurang lebih 2 minggu, lalu oleh RS klien dipulangkan karena kondisinya sudah membaik, klien jarang meminum obat teratur dan kemudian berhenti meminumnya karena merasa sudah sembuh. Klien mulai terjadi perubahan tingkah laku yaitu marah-marah membanting perabotan, dan mencoba mencekik adik dan ibunya, klien ada masalah dengan pacarnya.. Klien tidak mengalami penganiayaan, keluarga tidak ada yang memiliki gangguan jiwa.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda – tanda Vital

TD : 130/90 mmHg

S : 36° C

HR : 82 x / menit

RR : 22 x / menit

b. Status Gizi

BB : 60 kg

TB : 159 cm

$$\text{IMT: } \frac{BB \text{ (kg)}}{(TB)^2(m)^2}$$

$$\frac{60}{1,59 \times 1,59}$$

$$\frac{60}{2.58} = 23.25 \text{ (Normal)}$$

Nilai standar :

< 20 : under weight

20-25 : normal

25 : over weight

>30 : obesitas / gemuk

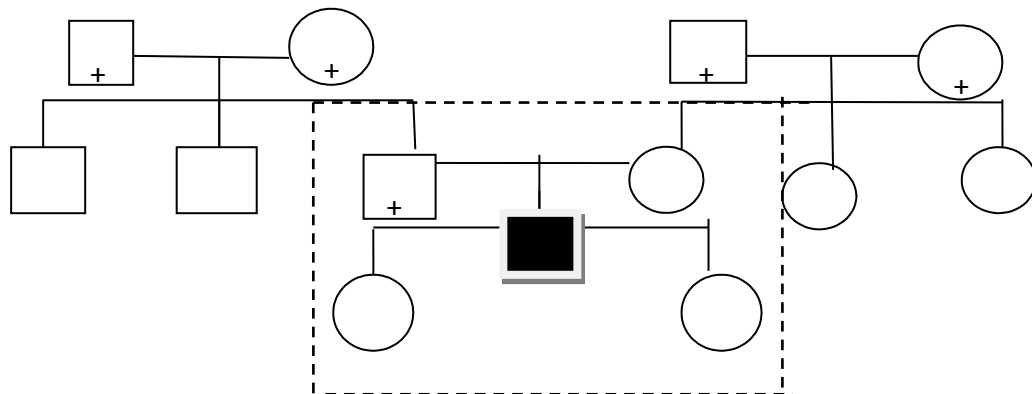
Status gizi : over weight

c. Keluhan Fisik

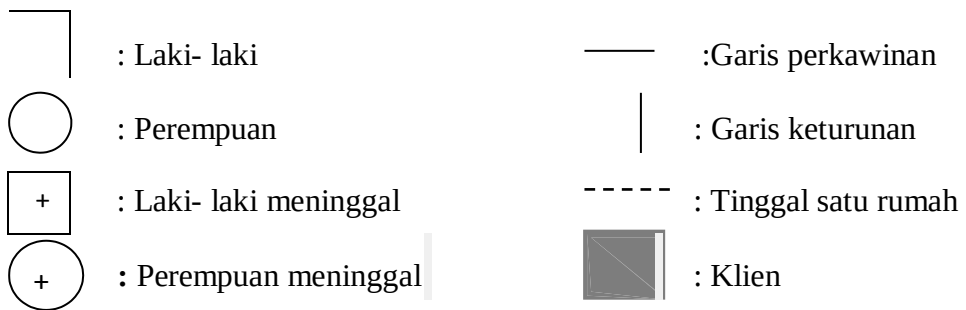
Klien mengatakan sehat dan tidak ada yang dikeluhkan dengan keadaan klien saat ini.

5. Psikososial

1. Genogram



Keterangan:



Gambar 2. Genogram Sdr.A

Tidak ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

2. Konsep Diri

a. Gambaran Diri / Citra Tubuh

Klien berkulit kuning langsung, anggota tubuh lengkap, klien mengatakan menyukai semua bagian tubuh, rambut klien berantakan, klien jarang menyisir rambut. Klien mengatakan tidak peduli dengan penampilannya.

b. Identitas diri

Sebelum dirawat

Klien mengatakan sebelum dirawat klien tidak bekerja, klien sadar bahwa dirinya seorang laki – laki, klien dapat menyebutkan identitas dirinya dengan baik itu di buktikan klien dapat menyebutkan nama lengkapnya, alamat, dan umur. Selama dirawat klien mengatakan sebagai pasien. Kepuasan klien terhadap status dan posisinya klien mengatakan menerima apa yang dimilikinya sekarang.

c. Ideal diri

Harapan klien terhadap dirinya klien ingin menjadi orang yang bermanfaat bagi diri sendiri dan orang lain. Klien ingin segera pulang dan mendirikan usaha pakan ikan (pelet).

d. Peran diri

Di dalam keluarga klien berperan sebagai anak dan klien rutin mengikuti kegiatan sosial seperti karangtaruna dan kerjabakti.

e. Harga diri

Klien mengatakan tidak minder/malu dengan keadaanya Klien mengatakan pernah gagal dalam percintaannya tetapi sekarang klien menerima apa yang sudah terjadi dan berusaha mengikhlaskan.

6. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti

Klien mengatakan orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibunya, apabila ada masalah klien memilih diam dan memendamnya. Didalam keluarganya ibu dan adiknya adalah orang yang dipercaya oleh klien.

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok

Klien mengatakan dalam masyarakat klien sering mengikuti kegiatan gotong royong, dan pemuda, setelah dirumah sakit klien juga mengikuti kegiatan sosial seperti bersosialisasi dengan teman-temannya satu bangsal.

c. Hambatan dalam hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain, setelah di rumah sakit hubungan klien dengan salah satu klien yang lain kurang baik karena klien sering di singgung oleh temannya.

7. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakan selalu sholat tepat waktu dan berjamaah dengan teman sebangsalnya.

8. Status Mental

a. Penampilan

Klien berpenampilan tidak sesuai, klien menggunakan pakaian dan berhias dengan baju dan celana yang dilipat sampai keatas, rambut berantakan, baju basah.

b. Pembicaraan

Klien berbicara jelas, keras, tidak meloncat-loncat dari tema yang dibicarakan, dapat berkomunikasi dengan lancar dan selalu mendominasi saat berinteraksi.

c. Aktifitas motorik

Klien mengatakan sering bersih bersih kamar setiap hari, klien kompulsif sering mondar – mandir untuk mencuci tangan dan rambutnya karena gerah.

d. Alam perasaan

Klien mengatakan selama di RSJ Grhasia tenang, tidak ada masalah dengan sesama klien, hanya gampang emosi jika di singgung oleh temannya, klien rindu dengan ibunya.

e. Afek

Afek klien sesuai, yaitu klien dapat berespon sesuai dengan stimulus. Klien tersenyum jika diajak bergurau.

f. Interaksi selama wawancara

Saat diajak wawancara klien kooperatif, kontak mata klien ada, pembicaraan mendominasi, klien banyak bicara.

g. Persepsi

Klien mengatakan tidak pernah mendengar bisikan yang orang lain tidak dengar, klien juga tidak melihat bayangan/ cahaya saat sedang sendirian. Klien mengatakan tidak merasakan rasa nyeri tanpa ada sebabnya, klien juga mengatakan tidak mencium bau yang busuk maupun mencecap rasa darah yang tidak hilang – hilang dimulut.

h. Isi pikir

Klien tidak ada gangguan pada isi pikirnya. Dan tidak ada waham, dalam berbincang-bincang klien tidak menunjukkan adanya gangguan isi pikir : obsesi, phobia, hipokondria, depersonalisasi, ide yang terkait maupun pikiran magis. Klien tidak menunjukkan pengulangan verbal tentang keyakinan waham: agama, somatik, kebesaran, curiga, nihilistik, sisip pikir, siar pikir, dan kontrol pikir.

i. Proses pikir

Klien tidak ada gangguan proses pikir. Pembicaraan klien normal, biasa tidak berbelit-belit, tidak meloncat-loncat dan sampai pada tujuan karena klien kooperatif.

j. Tingkat kesadaran

Klien mengetahui bahwa dirinya sekarang berada di bangsal Arjuna RSJ Grahasia. Klien dapat membedakan mana perawat dan yang mana klien dan dapat membedakan pagi, siang, malam itu dibuktikan dengan ungkapan klien “ini sudah siang mbk”.

k. Memori

- 1) Memori jangka panjang klien baik, itu dibuktikan dengan klien dapat menceritakan kejadian pada saat ayahnya meninggal satu tahun yang lalu.
- 2) Memori jangka pendek klien baik, itu dibuktikan dengan klien masih ingat ketika klien dibawa ke RSJ Grahasia yaitu setelah lebaran tahun ini. Saat ini klien mengetahui bahwa dirinya sedang berada di Arjuna.
- 3) Tingkat konsentrasi dan berhitung
Pada saat dilakukan wawancara konsentrasi baik klien mendengarkan dengan seksama, klien dapat berhitung perhitungan sederhana.
- 4) Kemampuan penilaian
Klien tidak mengalami gangguan penilaian ringan atau gangguan bermakna sewaktu diberi pilihan cuci tangan dulu sebelum makan atau sebaliknya klien menjawab cuci tangan dulu sebelum makan.

9. Kebutuhan Persiapan Pulang

a. Kemampuan klien memenuhi kebutuhan

Klien mampu makan sendiri dan mampu ganti pakaian sendiri, penampilan klien masih berantakan, rambut dan baju terlihat

basah, dan berantakan. Tetapi klien belum bisa memenuhi kebutuhan transportasi, perawatan kesehatan dan uang, itu dibuktikan klien masih tinggal dengan orang tua.

b. Kegiatan hidup sehari – hari

1) Perawatan diri

Klien mandi 3x sehari. Cuci rambut 1x sehari, mengganti baju 1x sehari, menggosok gigi 2x sehari.

2) Nutrisi

Klien makan dengan teman – teman lainnya makan 3x sehari nafsu makan tidak ada masalah, tiap makan habis 1 porsi.

3) Tidur

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam tidurnya, klien mengatakan bisa tidur siang kurang lebih 2 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam dari jam 21.00- – 05.00 WIB

4) Pengguna obat

Selama di RSJ Grahasia klien mendapat obat sesuai jadwal dan dosis yang diberikan.obat di berikan oleh perawat. Klien mengatakan minum obat 2x, waktunya pagi dan malam.

5) Pemeliharaan

System pendukung : klien mengatakan selama di rawat di RSJ Grahasia klien dikunjungi oleh keluarganya, klien tidak menghitung berapa kalinya.

6) Aktivitas di dalam rumah

Klien mengatakan sering mencuci baju sendiri, menonton tv, bersih-bersih.

7) Aktivitas di luar rumah

Kegiatan di luar rumah klien berkumpul dengan teman – teman di kolam pemancingan, di RSJ Grahasia klien di perbolehkan ikut rehab.

10. Mekanisme Koping

Klien mengatakan jika dirumah ada masalah klien jarang bercerita dan melampiaskannya dengan minum obat-obatan atau pil koplo tanpa resep dokter dimulai dari klien SMP dan berhenti lulus SMA.

11. Masalah Psikososial Dan Lingkungan

a. Masalah dengan dukungan kelompok

Klien mengatakan selama dirawat hubungan dengan teman-teman dibangsal baik, klien hanya gampang tersinggung dan cepat marah jika temannya mengejeknya.

b. Masalah hubungan dengan lingkungan

Klien mengatakan hubungan dengan orang lain baik, di bangsal klien mampu berinteraksi, bersosialisasi dengan teman – teman yang lain.

c. Masalah dengan pendidikan

Klien mengatakan lulus sma masih dirumah belum mempunyai pekerjaan.

d. Masalah dengan pekerjaan

Klien mengatakan ingin cepat pulang dan bekerja membuat pelet dirumah.

e. Masalah dengan rumah

Klien tinggal dengan ibunya, klien sangat menyayangi ibunya, hubungan dengan ibunya baik.

f. Masalah dengan pelayanan kesehatan

Masalah dengan pelayanan kesehatan, klien pernah mengalami gangguan jiwa 1 tahun yang lalu (2016) dan pernah dirawat di RSJ Ghrasia di Ruang Bima.

12. Aspek Medis

AXIS I : F.31.2 (Gangguan afektif bipolar, manik psikotik)

AXIS II : pendiam

AXIS III : belum ada diagnosa

AXIS IV : Masalah dengan pacar

AXIS V : GAF 39

13. Terapi Medik

Klien di RSJ Ghrasia rutin minum obat yang diberikan RS, diminum saat makan pagi dan sore.

Risperidone 2mg 1 – 0 – 1 tiap 12 jam

Clozapine 100mg 1 – 0 - 1 tiap 12 jam

Di minum 1 tablet setelah makan pagi dan sore

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 18 Juni 2016

Obat- obatan Napza

Benzodiazepine Kualitatif : Positif

Methamphetamine Kualitatif : Negatif

Amphetamine Kualitatif : Negatif

THC Kualitatif : Negatif

B. ANALISA DATA

Tabel 2. Analisa Data

Klien Sdr.A di Ruang Arjuna RSJ Ghrasia Yogyakarta

No	Data	Masalah
1.	DS : 1. Klien mengatakan dulu ada masalah dengan pacarnya dan berusaha bunuh diri, merusak barang-barang dirumah 2. Klien mengatakan tidak suka jika dibahas tentang pacarnya 3. Klien mengatakan gampang emosi jika disinggung oleh temannya. 4. Keluarga klien mengatakan klien sempat ingin mencekik adik dan ibunya 5. Keluarga klien mengatakan klien putus obat DO: 1. Klien berkata kasar dengan temannya ketika disinggung 2. Klien kooperatif saat diajak bicara 3. Kontak mata kurang 4. Muka klien merah	Risiko Perilaku Kekerasan
2.	DS : 1. Klien mengatakan malas untuk merapikan bajunya 2. Klien mengatakan jarang menyisir rambutnya 3. Klien mengatakan tidak peduli dengan penampilannya DO : 1. Penampilan klien tidak rapi 2. Rambut klien berantakan dan basah 3. Klien jarang menyisir rambutnya 4. Baju klien tampak dilipat, celana klien dilipat sampai keatas lutut	Defisit Perawatan Diri (Berpakaian-Berhias)

ANALISA DATA

No	Data	Masalah
3.	DS : 1. Klien mengatakan jika ada masalah dengan keluarga atau pacarnya klien banyak diam 2. Klien mengatakan dulu jika ada masalah klien meminum pil koplo yaitu Trihexyphenidhyl, alprazolam, rixlona yang diminum tidak sesuai dosis 3. Klien mengatakan mengkonsumsi obat karena diajak oleh teman-temannya DO : 1. Klien dulu mengkonsumsi obat-obatan benzodiazepine 2. Data hasil laboratorium pada tanggal 18 Juni 2017 Didapatkan bahwa Benzodiazepine kualitatif positif	Koping Individu Tidak Efektif

C. (PRIORITAS)

1. Risiko Perilaku Kekerasan ditandai dengan :

DS :

1. Klien mengatakan dulu ada masalah dengan pacarnya dan berusaha bunuh diri, merusak barang-barang di rumah
2. Klien mengatakan tidak suka jika dibahas tentang pacarnya
3. Klien mengatakan gampang emosi jika disinggung oleh temannya.
4. Keluarga klien mengatakan klien sempat ingin mencekik adik dan ibunya

5. Keluarga klien mengatakan klien putus obat

DO:

1. Klien berkata kasar dengan temannya ketika disinggung
2. Klien kooperatif saat diajak bicara
3. Kontak mata kurang
4. Muka klien merah

2. Defisit Perawatan Diri (Berpakaian-Berhias) ditandai dengan :

DS :

1. Klien mengatakan malas untuk merapikan bajunya
2. Klien mengatakan jarang menyisir rambutnya
3. Klien mengatakan cuek dengan penampilannya

DO :

1. Penampilan klien tidak rapi
2. Rambut klien berantakan dan basah
3. Klien jarang menyisir rambutnya
4. Baju klien tampak dilipat, celana klien dilipat sampai keatas lutut

3. Koping Individu Tidak Efektif ditandai dengan :

DS :

1. Klien mengatakan jika ada masalah dengan keluarga atau pacarnya klien jarang bercerita
2. Klien mengatakan dulu jika ada masalah klien meminum pil koplo yaitu Trihexyphenidhyl, alprazolam, riklona.

3. Klien mengatakan mengkonsumsi obat karena diajak oleh teman- temannya

DO :

1. Klien dulu mengkonsumsi obat-obatan benzodiazepine
2. Data hasil laboratorium pada tanggal 18 Juni 2016 didapatkan bahwa

Benzodiazepine kualitatif positif

ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Klien : Sdr.”A”

NO CM : 008xxx

Ruang : Arjuna

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
Kamis , 06 Juli 2017 Jam 07.20 WIB (shift pagi)	Risiko perilaku kekerasan ditandai dengan : DS: - Klien mengatakan ada masalah dengan pacarnya dan mengamuk marah-marahan dan membanting perabotan rumah - Klien mengatakan tidak suka jika dibahas tentang pacarnya - Klien mengatakan gampang emosi jika disinggung	TUPAN: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien tidak melakukan tindakan kekerasan, baik pada orang lain, diri sendiri, lingkungan, maupun kekerasan secara verbal. TUPEN: Setelah dilakukan interaksi selama 1 X, klien dapat mengenal lebih awal tanda- tanda akan terjadi perilaku kekerasan dengan criteria hasil: a. Klien mampu	1. Bantuan Kontrol Marah (Anger Control Assistance) - Bina Hubungan Saling Percaya - Bantu klien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan - Jelaskan pada klien rentang respons marah. - Dukung dan fasilitasi klien untuk mencari bantuan saat muncul marah	Kamis, 06 Juli 2017 Jam 07.20 WIB - Membina hubungan saling percaya - Memperkenalkan diri dengan sopan,menanyakan nama lengkap klien - Membuat kontrak waktu atau persetujuan yang paling dapat diterima - Mengobservasi tanda-tanda perilaku	Kamis,06 Juli 2017 Jam : 08.00 WIB S: - Klien mengatakan “nama saya A dan nama panggilan yang saya sukai A”. - Klien mengatakan “saya setuju dengan kontrak pertemuan 07.20 WIB”. O : - Klien berkata kasar dengan temannya karena diejek temannya

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
	temannya 4. Keluarga klien mengatakan klien sempat ingin mencekik adik dan ibunya 5. Kelaurga klien mengatakan klien putus obat DO: 1. Klien berkata kasar dengan temannya ketika diejek 2. Klien kooperatif saat diajak bicara 3. Kontak mata kurang 4. Muka klien merah	menyebutkan tanda-tanda akan melakukan kekerasan seperti perasaan ingin marah, jengkel, ingin merusak, memukul, dll. b. Klien bersedia melaporkan pada petugas kesehatan saat muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan. c. Klien melaporkan kepada petugas kesehatan setiap muncul tanda-tanda akan melakukan kekerasan. 2. Setelah berinteraksi dengan klien 2 X, klien dapat mengendalikan perilaku agresi/ amuk dengan indikator kriteria hasil:	2. a.Bantuan Kontrol Marah (Anger Control Assistance) a. Bantu klien mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan. b. Diskusikan bersama klien pengaruh energi perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan. c. Jelaskan pada klien cara mengeluarkan energi marah dan atau perilaku kekerasan secara	kekerasan (Ika)	2. Klien berjabat tangan dan mau memperkenalkan dirinya 3. Klien mau duduk berhadapan dengan perawat 4. Klien kooperatif saat diajak bicara A : Masalah Tupen 1 belum teratasi P : ulangi Tupen 1 1. Observasi tanda-tanda perilaku kekerasan 2. Bantu klien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan 3. Jelaskan tentang tanda-tanda perilaku kekerasan dan respon marah

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		a. marah. Klien menyebutkan waktu dan situasi yang memicu terjadi perilaku kekerasan. b. Klien menahan ledakan kemarahan atau perilaku kekerasan yang dapat membahayakan dirinya. c. Klien mempraktikan penyaluran energi positif dari perilaku kekerasan/ marah. d. Klien minum obat sesuai dengan program terapi dokter. e. Klien dapat menyebutkan manfaat minum obat untuk control	adaptif dan konstruktif d. Jelaskan pada klien manfaat minum obat untuk membantu mengendalikan marah/perilaku kekerasan e. Berikan reinforcement untuk ekspresi marah yang tepat 2.b.Manajemen lingkungan (<i>Environmental management</i>) a. Jauhkan barang yang dapat membahayakan klien dan dimanfaatkan klien		4. Jelaskan pada klien untuk melaporkan pada perawat jika tanda-tanda marah muncul (Ika)

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
			b. Lakukan pembatasan (seklusi) terhadap perilaku kekerasan klien baik perilaku verbal maupun non verbal agar tidak menyakiti atau menyukai orang lain. c. Tempatkan klien pada lingkungan yang restrictive (isolasi : untuk observasi) d. Diskusikan bersama keluarga tentang tujuan tindakan seklusi		

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		3. Setelah berinteraksi dengan klien selama 2 X, klien dapat menentukan cara adaptif menyalurkan energi marah dengan indikator/ kriteria hasil: a. Klien mampu mendemonstrasikan cara marah adaptif yang dipilih b. Klien mampu mengungkapkan perasaannya setelah mendemonstrasikan cara adaptif yang dipilihnya	3. Latihan Mengontrol Rangsangan (Impulse Control Training) a. Jelaskan pada klien untuk mendiskusikan cara yang dipilihnya b. Anjurkan klien mempraktikkan cara yang dipilihnya c. Beri kesempatan pada klien untuk mendiskusikan cara yang telah dipraktikkan. d. Evaluasi perasaan klien tentang cara yang dipilih.		

Hari /Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi
		Tujuan	Rencana Tindakan		
		4. Setelah berinteraksi dengan keluarga selama 1 X, klien mendapat dukungan dari keluarganya dengan indikator/kriteria hasil: a. Keluarga mengenal penanganan klien dengan perilaku kekerasan b. Keluarga dapat menyebutkan penanganan klien dengan perilaku marah/kekerasan c. Keluarga memutuskan memberikan bantuan yang adaptif dalam menghadapi klien dengan perilaku kekerasan d. Keluarga menerapkan cara yang dipilih untuk membantu merubah	4.Libatkan keluarga dalam perawatan / penanganan klien (family mobilization) a. Identifikasi peran, kultur, dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku klien b. Beri informasi yang tepat tentang penanganan klien dengan perilaku marah/ kekerasan c. Ajarkan ketrampilan coping efektif yang digunakan untuk penanganan klien marah/perilaku kekerasan d. Bantu keluarga		

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Sdr.A

No C.M : 008xxx

Ruang : Arjuna

Hari/ Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
Jum'at, 07 Juli 2017 Jam : 07.30 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	07.30 WIB	1. Mengobservasi tanda-tanda perilaku kekerasan pada klien 2. Membantu klien mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan 3. Menjelaskan tentang tanda-tanda perilaku kekerasan dan respon marah (emosi: jengkel, marah, perasaan ingin merusak, fisik: mengepal, kan tangan, muka merah, sosial: kasar pada oranglain, intelektual : dominan, spiritual: lupa dengan tuhan (Ika)	Jum'at,07 Juli 2017 Jam 09.00 WIB S : 1. Klien mengatakan “masih mengenal perawat” 2. Klien mengatakan “tidak suka jika dibahas tentang pacarnya”. 3. Klien mengatakan “gampang emosi dan marah jika temannya menyinggungnya”. 4. Klien mengatakan “ tahu tentang tanda-tanda marah seperti mata melotot,bicara kasar”. 5. Klien mengatakan “akan melaporkan ke perawat jika tanda-tanda marah itu muncul”. O: 1. Klien kooperatif saat diajak bicara 2. Klien mau duduk berhadapan 3. Klien mampu menyebutkan tanda-tanda marah A : Tupen 1 tercapai P : Lanjut Tupen 2 1. Bantu klien

				mengidentifikasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan 2. Jelaskan mengenai cara mengeluarkan energi marah secara adaptif dengan kegiatan fisik: memukul bantal 3. Diskusikan dengan klien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan 4. Kelola terapi obat (Ika)
Jum'at, 07 Juli 2017	Risiko Perilaku Kekerasan	14.00 WIB	1. Mengobservasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan 2. Mendiskusikan dengan klien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya, orang lain dan lingkungan 3. Menjelaskan pada klien cara mengeluarkan energi marah dengan cara fisik : memukul bantal (Ika)	Jam : 14.10 WIB S : 1. Klien mengatakan “akan marah atau emosi jika dibahas tentang pacarnya”. 2. Klien mengatakan “sudah bisa mengungkapkan dan meluapkan emosinya memukul bantal”. 3. Klien mengatakan “lebih tenang setelah memukul bantal”. O: 1. Klien tampak kooperatif saat diajak bicara 2. Klien masih suka berkata kasar dengan temannya 3. Klien mampu melakukan tehnik mengeluarkan

				energi marah dengan cara fisik:pukul bantal 4. Klien tampak rileks setelah pukul bantal A : Tupen 2 tercapai sebagian P : Ulangi Tupen 2 1. Observasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan 2. Diskusikan dengan klien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya,orang lain dan lingkungan (Ika)
Jum'at 07 Juli 2017	Risiko Perilaku Kekerasan	16.00 WIB	1. Mengobservasi keadaan umum klien 2. Mengobservasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan 3. Mendiskusikan dengan klien pengaruh negatif perilaku kekerasan 4. Memonitor istirahat klien 5. Mengobservasi ADL 6. Mengelola obat (Ika)	Jam : 16.10 WIB S : 1. Klien mengatakan “sekarang lebih tahu menyalurkan energi marah yaitu memukul bantal”. 2. Klien mengatakan “tidur 1 jam pada siang hari”. 3. Klien mengatakan “sekarang lebih tahu mengeluarkan energi marah dan mempraktikannya jika klien ingin marah”. O : 1. Keadaan umum klien baik ADL klien mandiri tetapi tampak tidak rapi dan berantakan

			2. Klien mau meminum obat setelah makan sore 3. Klien masih terlihat marah-marah karena diejek oleh teman sebangsanya 4. Terapi obat yang masuk Risperidone 2mg Clozapine 100mg A : Tupen 2 teratasi sebagian P: Ulangi Tupen 2 1. Observasi Diskusikan dengan klien pengaruh negatif perilaku kekerasan terhadap dirinya,orang lain dan lingkungan 2. Jelaskan pada klien cara menyampaikan,m enolak dan mengungkapkan perasaan secara baik dengan cara verbal (Ika)
--	--	--	--

Sabtu, 08 Juli 2017	Risiko Perilaku Kekerasan	07.30 WIB	1. Mengobservasi waktu dan situasi yang memicu perilaku kekerasan 2. Menjelaskan pada klien cara menyampaikan,menolak dan	Jam : 09.10 WIB S : 1. Klien mengatakan “sudah mampu pukul bantal dan relaksasi nafas dalam”. 2. Klien mengatakan
---------------------------	---------------------------------	--------------	---	---

			mengungkapkan perasaan secara baik dengan cara verbal 3. Mengedukasikan klien untuk menerapkan cara secara verbal (Ika)	“akan menerapkan cara menyampaikan, menolak dan mengungkapkan perasaannya dengan baik”. O : 1. Klien kooperatif saat diajak bicara 2. Klien mampu menyebutkan kembali beserta contoh mengontrol amarahnya dengan cara verbal A : Tupen 2 teratasi sebagian P : Ulangi Tupen 2 1. Observasi waktu dan situasi dan waktu yang memicu perilaku kekerasan 2. Jelaskan manfaat minum obat untuk mengendalikan marah (Ika)
Sabtu,8 Juli 2017	Risiko Perilaku Kekerasan	14.00 WIB	1. Mengobservasi waktu dan situasi dan waktu yang memicu perilaku kekerasan 2. Menjelaskan manfaat minum obat untuk mengendalikan marah (Ika)	Jam : 14.30 WIB S : 1. Klien mengatakan “merasa lebih tenang dan bahagia”. 2. Klien mengatakan “sekarang tau cara mengeluarkan marahnya”. 3. Klien mengatakan “sudah tau tentang manfaat obat dan

				kegunaan untuk mengontrol”. O : 1. Klien tampak jelas dengan yang dibicarakan 2. Klien kooperatif kontak mata kurang 3. Terapi obat masuk Risperidone 2mg Clozapine 100mg A : Tupen 2 Teratasi P : Lanjutkan Tupen 3 1. Jelaskan pada klien manfaat penyaluran energi marah secara adaptif 2. Kelola obat 3. Bantu klien memilih cara marah yang adaptif 4. Bantu klien mengambil keputusan 5. Anjurkan klien menerapkan cara yang dipilih (Ika)
Sabtu 8 Juli 2017	Risiko Perilaku Kekerasan	17.00 WIB	1. Menjelaskan pada klien manfaat penyaluran energi marah secara adaptif 2. Membantu klien memilih cara marah yang adaptif 3. Membantu klien mengambil keputusan 4. Menganjurkan klien menerapkan cara yang dipilih (Ika)	Sabtu, 08 Juli 2017 Jam: 17.10 WIB S : 1. Klien mengatakan “lebih suka menerapkan memukul bantal karena setelah pukul bantal klien rileks”. 2. Klien mengatakan “sudah menerapkannya ketika emosinya memuncak”. O : 1. Klien kooperatif saat

				diajak berbicara 2. Klien mampu menerapkan dalam kehidupan sehari-hari 3. Klien terlihat lebih lega dan tenang A : Tupen 3 teratasi P : lanjutkan tupen 4 1. Identifikasi peran kultur dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku klien 2. Berikan informasi yang tepat tentang penanganan klien dengan perilaku marah/kekerasan 3. Ajarkan keterampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan klien marah/perilaku kekerasan 4. Bantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi klien marah/perilaku kekerasan (Ika)
--	--	--	--	---

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Sdr.A

No C.M : 008xxx

Ruang : Arjuna

Hari/ Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
Minggu 09 Juli 2017 Jam : 10.00 WIB	Risiko Perilaku Kekerasan	10.00 WIB	1. Mengidentifikasi peran kultur dan situasi keluarga dalam pengaruhnya terhadap perilaku klien 2. Memberikan informasi yang tepat tentang penanganan klien dengan perilaku marah/kekerasan 3. Mengajarkan keterampilan koping efektif yang digunakan untuk penanganan klien marah/perilaku kekerasan 4. Membantu keluarga memilih/menentukan bantuan dalam menghadapi klien marah/perilaku kekerasan (Ika)	Minggu 09 Juli 2017 Jam : 10.20 WIB S : 1. Keluarga klien mengatakan “selalu berusaha untuk menuruti semua keinginan klien”. 2. Ibu klien mengatakan “selalu memperhatikan dan menyayangi klien”. 3. Ibu klien mengatakan “akan mencoba cara baru untuk menghadapi saat marah/perilaku kekerasan”. O : 1. Keluarga klien kooperatif 2. Keluarga nampak antusias saat diberikan penjelasan A : Tupen 4 Teratasi P: Hentikan intervensi (Ika)

Lampiran 2. Lembar Bukti bimbingan



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Raden Kola Ramada
NIM : 2317066
Nama Pembimbing 1 : Tenang Aristina, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan Bipolar

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	5 Februari 2020	Pengajuan judul	Tatap Muka	ACC Judul		(Kola)
2	20 Februari 2020	BAB 1	Tatap Muka	- BAB I perbaiki Sistematika penyusunan - BAB I lebih di ringkas		(Kola)
3	21Februari 2020	BAB 111	Tatap Muka	Perbaiki Latar Belakang		(Kola)
4	22 Februari 2020	BAB I- III	Tatap Muka	Perbaiki halaman dan daftar isi		(Kola)
5	23 Februari 2020		Tatap Muka	ACC Seminar Proposal		(Kola)

6	13 Mei 2020		Online (email)	• BAB I: -Tambahkan kalimat penghubung di setiap paragraph. -Studi pendahuluan RS di hilangkan -Koreksi huruf kecil dan besar, skizofrenia diganti Bipolar		(Kola)
7	18 Juni 2020	BAB I-V dan naskah publikasi	Online (email)	• Abstrak: perbaiki sistematika, lengkapi bagian hasil, saran di hapus, urutkan sesuai abjad pada kata kunci • BAB IV: -Tambahkan teori untuk membandingkan hasil. • Naskah publikasi: cek kembali sistematika, pada bagian hasil dan pembahasan.		(Kola)
8	27 Juni 2020		Online (email)	ACC Usid Kata peneliti diganti penulis.		(Kola)

Yogyakarta,
Pembimbing 1

(.....)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Raden Kola Ramada
NIM : 2317066
Nama Pembimbing 2 : Ns. Sutejo,M.Kep.,Sp.Kep.J
Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien dengan Bipolar

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	5 Februari 2020	Pengajuan Judul	Tatap muka	ACC Judul		(Kola)
2.	15 Februari 2020	BAB I	Tatap muka	• Tambahkan UU tentang kesehatan jiwa beserta pasalnya • Perbaiki sistematika penulisan • Proporsi paragraph diratakan • Konsistensi penulisan kutipan		(Kola)
3.	17 Februari 2020	BAB I	Tatap muka	• Perbaiki tata letak penulisan • Tambahkan UU mengenai kuratif • Tambahkan data WHO • Perbaiki spasi		(Kola)
4.	21 Februari 2020	BAB II	Tatap muka	• Gejala diganti gejala positif dan negative • Perencanaan untuk keluarga		(Kola)

5.	22 Februari 2020	BAB IV-V	Tatap muka	Perbaiki penulisan daftar pustaka		(Kola)
6.	23 Februari 2020	BAB IV-V	Tatap muka	ACC seminar proposal		(Kola)
7.	31 Maret 2020	BAB IV-V	Online (WA)	ACC Proposal		(Kola)
8.	24 Juni 2020	BAB IV-V	Online (Google Meet)	BAB IV: masukkan data dari dokumen yang sudah didapat dengan berurutan dan lebih di perjelas antara factor predisposisi dan presipitasi BAB V: bandingkan teori di BAB II dan dari jurnal dengan hasil yang ada. Urutkan dan bahas dari karakteristik, bahas mengenai usia pasien termasuk dalam fase apa dan bagaimana hubungannya. Bagian diagnose kaitan dengan diagnose yang lain adakah keterkaitan dengan diagnose utama? Sertakan jurnal penelitiannya. Lengkapi sampai dengan evaluasi.		(Kola)
9.	27 Juni 2020	BAB IV-	Online (WA)	ACC Usid		(Kola)

Yogyakarta,
Pembimbing 2

(.....)