

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. O DENGAN MASALAH
GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENGLIHATAN RSKD DADI
PROVISI SULAWESI SELATAN



DISUSUN OLEH :
YOHANA PAULA MIPAYAU
C017182018

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Pendidikan Pada Program Studi
D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar

PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN

2022

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini

NAMA : Yohana Paula Mipayau
NIM : C017182018
INSTITUSI : D-III Keperawatan Universitas Hasanuddin

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn. O Dengan Masalah Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi Penglihatan di Rumah Sakit RSKD DADI Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021, adalah benar – benar merupakan hasil kerja sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar 14 Desember 2022

YANG MEMBUAT PERNYATAAN



YOHANA PAULA MIPAYAU

HALAMAN PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : YOHANA PAULA MIPAYAU

Nim : C017182018

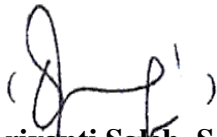
Program Studi : D.III Keperawatan

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Tn.O Dengan Masalah Gangguan Persepsi
Di Ruang Perawatan Kenari RSKD Dadi Provinsi
Sulawesi Selatan

Telah di periksa isi serta susunanya sehingga dapat diajukan dalam ujian Karya Tulis Ilmiah
Program Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar

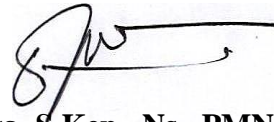
Menyetujui,

Pembimbing 1



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si

Pembimbing II



Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC. MN

Menyetujui,

Ketua Program Studi D.III Keperawatan



Sumardi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19831219201012220004

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA TN.O

DENGAN MASALAH GANGGUAN SENSORI PERSEPSI : DIRUANG KENARI

RSKD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN

Disusun Dan Diajukan Oleh :

YOHANA PAULA MIPAYAU

C017182018

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan didepan penguji sidang Program Studi D.III Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar pada :

Hari/Tanggal : Senin, 06 Juni 2022

Waktu : 08.00 – 10.00 Wita

Tempat : BP 321

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

1. **Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M. Si**
2. **Akbar Harisa, S.Kep., Ns., PMNC. MN**
3. **Nurlaila Fitriani, S.Kep., M.Keep., Ns., Sp.Kep .J**
4. **Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep**

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

Mengetahui

Ketua Program Studi D.III Keperawatan

N. Maulid, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19831219201012220004



ABSTRAK

YOHANA PAUALA MIPAYAU (ASUAHAN KEPERAWATAN PADA TN.O DENGAN MASALAH GANGUAN SENSORI PERSEPSI : HALUSINASI PENGLIHATAN DI RUANGAN KENARI RSUD DADI PROVINSI SULAWESI SELATAN

Dibimbing oleh : Dr. Ariyanti Saleh, dan Akbar Harisa

Latar Belakang :

Respons marah yang diekspresikan individu dengan melakukan ancaman, dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan. Seorang laki laki usia 53 tahun di antar oleh keluarganya untuk yang ke sekian kalinya dengan keluhan gelisah,dialami sejak lari mengganggu tetangga dan keluarga lain, klien juga selalu merusak barang klien lain.Dan klien lari dari perawatan RSKD Dadi 10 hari yang lalu. Terakhir di bahwa ke IGD Dadi 10 hari yang lalu, tapi klien lari dari perawatan RSKD Dadi.

Metode :

Penulis menggunakan metode deskriptif, Adapun sampelnya adalah klien O data ini diperoleh dengan cara yaitu : wawancara dan observasi untuk memberikan memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangguan perilaku kekerasan : melakukan ancaman, dengan mencederai orang lain dan merusak lingkungan. Metode yang dilakukan meliputi : Pengkajian, Analisa data, Implementasi keperawatan dan evaluasi aktivitas, memperoleh catatan dan laporan diagnostic, bekerja sama dengan teman.

Hasil :

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari diagnosa yang muncul adalah resiko perilaku kekerasan dan dalam implementasi Sebagian besar telah sesuai dengan rencana Tindakan yang telah dihaarapkan

Kesimpulan :

Kerja sama antara tim Kesehatan dan pasien atau keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien sehingga masalah keperawatan pasien mengenai resiko perilaku kekerasan dapat dipahami dan dilaksanakan dengan baik dan masalah dapat teratasi Sebagian kata kunci: Resiko Perilaku Kekerasan, Asuhan Keperawatan

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Maha Esa atas segala anugerah yang dilimpakannya sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.O dengan resiko perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar”. Penulis membuat Karya Tulis Ilmiah untuk memenuhi sebagai persyaratan sebagai dasar untuk melakukan penelitian di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menyadari bahwa penulisan karya tulis ilmiah ini tidak akan mungkin terwujud apabila tidak ada bantuan dari berbagai pihak, melalui kesempatan ini izinkan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar besarnya kepada:

1. Nurulmulid, S, Kep.Ns, M.Kep, selaku Ketua Progra Studi D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Pembimbing satu (1) yang memeberikan bimbingan moral kesempatan untuk menggunakan fasilitas di Fakulats keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar
3. Akbar Harisa, S.Kep.,Ns, PMNC selaku Pembimbing dua (2) yang telah memeberikan bimbingan dan saran untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini
4. Pemda Asmat yang sudah membiayai dan memfasilitasi kami beasiswa program kerja sama D.III Keperawatan Unhas sehingga kami boleh kuliah diperguruan tinggi Universitas Hasanuddin
5. Kedua Orang Tua saya Almr. Antonius Mipayau dan Fransiska I. Mipayau yang telah mebesarkan saya dengan penuh cinta dan kasih sayang serta selalu memeberikan saya motivasi dalam doa untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Semua teman–teman D.III Keperawatan Fakultas Keperawatan Univesitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan motivasi dan dukungan untuk penulisan karya tulis ilmiah

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPU	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xii
RIWAYAT HIDUP	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
BAB III TINJAUAN KASUS	18
BAB IV PEMBAHASAN.....	36
BAB V PENUTUPAN.....	38
DAFTAR PUSTAKA	40
LAMPIRAN.....	41

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Analisa Data.....
Tabel 1.2 Rencana Keperawatan.....
Tabel 1.3 Implementasi dan Evaluasi.....
Tabel 1.4 Rencana Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....
Tabel. 1.5 Catatan Tindakan Keperawatan.....
Tabel 1.6 Catatan Perkembangan Pasien dan Evaluasi.....

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pernyataan Penelitian.....
Lampiran 2 Halaman Persetujuan.....
Lampiran 3 Halaman Pengesahan.....
Lampiran 4 Riwayat Hidup.....
Lampiran 5 Format Pengkajian.....
Lampiran 6 Strategi Pelaksanaan.....

DAFTAR ARTI DAN LAMBANG SINGKATAN

➤ Lambang

1. % : Persentase
2. °C : Derajat Celcius
3. / : Atau
4. & : Dan
5. - : Sampai dengan
6. < : Kurang dari

➤ Singkatan

1. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
2. ICMe : Insan Cendekia Medika
3. WHO : World Health Organization
4. NANDA : Nort American Nursing Diagnosis Association
5. NOC : Nursing outcome C;assification
6. NIC : Nursing Interventions Classification
7. Dll : Dan lain lain
8. Dkk : Dan Kawan kawan
9. Unhas : Universitas Hasanuddin
10. Skizofernia : Aktivitas otak
11. .Pskomotorik : Kelanjutan darihasil belajar kognitif

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Pribadi

Nama : Yohana Paula Mipayau
Nim : C017182018
Tempat Tanggal Lahir : Agats, 05 Juli 1999
Jenis Klamin : Perempuan
Agama : Katolik
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat Domisili : Jl. Wisma 2 unhas Tamanlanrea
Telepon : 081344174799
Alamat Email : Paulamipayau@gamil.com
Jumlah Saudara : 6 Bersaudara
Anak Ke : Enam (6)
Nama Orang Tua :
Ayah : Antonius Mipayau
Ibu : Fransiska I Mipayau

B. Riwayat Pendidikan

Penulis dilahirkan dikampung Bis Agats, Distrik Agats, Kabupaten Asmat. Penulis dari keluarga Ayah Antonius Mipayau dan Ibu Fransiska Mipayau. Penulis merupakan anak keenam dari 6 bersaudara. Pada tahun 2012 penulis lulus dari SD Inpres Syuru, pada tahun 2015 penulis lulus dari SMP Negeri 2 Agats, Pada tahun 2018 penulis lulus dari SMA Negeri 1 Agats, pada tahun 2018 penulis mengikuti test Beasiswa Program Kerja sama Pemda Asmat dengan Universitas Hasanuddin di Makassar dan pada akhirnya penulis lulus menjadi Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut (World Health Organization) WHO adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya. Kesehatan jiwa menurut UU No. 18 tahun 2014 adalah kondisi dimana seseorang individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Gangguan jiwa merupakan sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan distress (penderitaan) dan menimbulkan hendaya (disabilitas) pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia. (Keliat. 2012)

Menurut World Health Organization (WHO), jumlah penderita gangguan jiwa diseluruh dunia mencapai hampir 450 juta orang, dimana sepertiganya berdomisili di negara-negara berkembang. Hal ini diperkuat dengan data dan fakta bahwa hampir separuh populasi dunia tinggal di negara dimana satu orang psikiater melayani 200.000 orang. Perkembangan kebudayaan masyarakat banyak membawa perubahan dalam segi kehidupan manusia. Setiap perubahan situasi kehidupan baik positif maupun negatif dapat mempengaruhi keseimbangan fisik, mental, dan psikososial seperti bencana dan konflik yang dialami sehingga berdampak sangat besar terhadap kesehatan jiwa seseorang yang berarti akan meningkatkan jumlah pasien gangguan jiwa (Keliat, 2011).

Menurut Riskesdas 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyimpulkan bahwa prevalensi gangguan jiwa bervariasi dimana prevalensi Rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut provinsi yang memiliki angka gangguan jiwa tertinggi adalah provinsi Bali (11%) dan terendah provinsi Kepulauan Riau (3%). Untuk proporsi rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang pernah dipasung dalam rumah tangga sebanyak (14%) dan yang tidak sebanyak (86%), sedangkan yang pernah melakukan pasung tiga bulan terakhir sebanyak (31,5%) dan yang tidak sebanyak (68,5%).

Proporsi rumah tangga yang memiliki ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang dipasung menurut tempat tinggal 2013-2018 pernah dipasung pada tahun 2013 di Indonesia sebanyak (14,3%) dimana perkotaan (10,7%) dan perdesaan (18,2%).

Pada tahun 2018 di Indonesia (14%) dimana perkotaan (10,7%) dan perdesaan (17,7%). Sedangkan dalam kurun waktu tiga bulan terakhir pada tahun 2018 di Indonesia (31,5%) dimana perdesaan (31,1%) dan perkotaan (31,1%). Serta berdasarkan cakupan pengobatan gangguan jiwa skizofrenia/psikosis yang berobat (84,9%), tidak berobat (15,1), minum obat rutin (48,9%) dan tidak rutin (51,1%). Menurut Riskedas 2018 alasan tidak minum obat 1 bulan terakhir yang merasa sudah sehat (36,1%), tidak rutin berobat (33,7%) tidak mampu membeli obat rutin (23,6%), tidak tahan ESO (7%), sering lupa (6,1%), merasa dosis tidak sesuai (6,1%), obat tidak tersedia (2,4%), dan lainnya (32%). (Riskedas,2018)

Berdasarkan hasil survey awal di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2018, jumlah pasien dirawat sebanyak 13.292 orang dengan distribusi yang mengalami halusinasi 6.586 (49,54%), menarik diri 1.904 (14,32%), deficit self care 1.548 (11,65%), harga diri rendah 1.318 (9,92%), mengalami perilaku kekerasan 1.145 (8,61%), waham 451 (3,39%), gangguan fisik 336 (2,53%) dan yang mengalami percobaan bunuh diri sebanyak 5 orang (0,04%). Berdasarkan kategori umur, sebanyak 1 orang (1-4 Tahun), 23 orang (5-14 Tahun), 496 orang (15-24 Tahun), 1.346 orang (25-44 Tahun), 430 orang (45-64 Tahun). Heropnam atau kambuh merupakan salah satu penyebab peningkatan jumlah rawat inap di RSKD Dadi Kota Makassar dengan rata-rata 34,64% (2014) menjadi 68,39% (2018) (Sahabuddin et al, 2020).Berdasarkan data di atas, penderita skizofrenia/psikosis terbanyak berada pada rentang usia 25-44 Tahun. Hal ini cukup mengkhawatirkan, mengingat usia dewasa merupakan usia produktif sehingga berdampak pada penurunan kualitas dan produktivitas generasi bangsa, yang pada akhirnya berdampak pada beban ekonomi yang harus ditanggung oleh keluarga bahkan negara. Berbagai upaya telah dilakukan dalam menangani masalah kesehatan tersebut. Bentuk penanganan terkait gangguan jiwa tersebut yaitu WHO beserta negara-negara mitra bekerjasama dalam meningkatkan kesehatan mental baik individu maupun masyarakat pada umumnya seperti promosi kesejahteraan mental, pencegahan gangguan mental, upaya untuk meningkatkan akses ke perawatan kesehatan mental berkualitas yang menghormati hak asasi manusia. Pada tahun 2019, WHO berinisiatif untuk kesehatan mental (2019-2023) mengenai cakupan kesehatan universal untuk kesehatan mental dengan memastikan akses ke perawatan yang berkualitas dan terjangkau untuk kondisi kesehatan mental di 12 negara prioritas kepada 100 juta orang lebih (WHO, 2021).

Di Indonesia, dalam Program Indonesia Sehat yang terdiri dari 12 indikator sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga, salah satu indikator merupakan penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan. Selain itu, dalam Renstra Kementerian Kesehatan 2015- 2019, indikator kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza yaitu jumlah Kota/ Kabupaten yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa dengan target 230 kabupaten/kota tahun 2018 dan dengan capaian terbanyak 247 kabupaten/kota. Hasil riskesdas 2018 menunjukkan, 85% pengidap skizofrenia/psikosis di Indonesia telah berobat, dengan yang meminum obat secara rutin dalam 1 bulan terakhir sebanyak 48,9% (Infodatin, 2019).

Tingkat kepatuhan tersebut terbilang masih rendah yang tidak mencapai setengah dari penderita ODGJ, sehingga sangat memungkinkan terjadi heropnam yang berujung pada peningkatan angka rawat inap di RS dan tidak tercapainya program pengendalian ODGJ. Salah satu gejala Skizofrenia yang cukup mengawatirkan yaitu risiko perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan merupakan koping maladaptif dari marah. Menurut (PPNI, 2016), risiko perilaku kekerasan merupakan tindakan yang berisiko dapat membahayakan atau mencederai secara fisik, emosional, dan atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Selain program wajib pemerintah, menurut (Ernawati et al, 2020), intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosis risiko perilaku kekerasan yaitu latihan cara mengontrol fisik (latihan tarik napas dalam, memukul bantal dan kasur), berikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur, melatih pasien menggunakan verbal (meminta dan menolak sesuatu) secara baik, latih pasien mengontrol marah menggunakan cara spiritual yaitu terapi dzikir dan Murottal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Ernawati et al, 2020) menunjukkan terdapat pengaruh pelaksanaan terapi spiritual terhadap kemampuan pasien mengontrol perilaku kekerasan, terapi spiritual yang dimaksud adalah terapi dzikir dan terapi murottal. ODGJ akan mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan

yang termanifestasi dalam sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsinya sebagai manusia.

Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan pemberian intervensi terapi murottal dan terapi dzikir pada Tn. S yang mengalami masalah risiko perilaku kekerasan. Dari Fenomena yang terjadi tersebut maka penulis ingin mengetahui lebih dalam tentang proses keperawatan pasien dengan melalui pengelolaan kasus Asuhan Keperawatan Pada Klien gangguan sensori : halusiansi penglihatan Terintegrasi dengan Keluarga Di Wilayah Kerja Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar dengan pendekatan karya tulis ilmiah

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Jiwa masalah utama gangguan sensori persepsi : halusinasi penglihatan pada Tn.O diruangan Kenari Diwilayah Kerja Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar ?

C. Tujuan Penulisan

a. Tujuan Umum

1. Mengetahui gambaran pada pasien dengan gangguan sensori : halusiansi penglihatan.
2. Mengetahui Asuhan keperawatan pada klien Tn.O Dengan gangguan sensori : halusiansi penglihatan

b. Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan masalah utama gangguan sensori : halusiansi penglihatan Di wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien gangguan sensori : halusiansi penglihatan Di wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan sensori : halusiansi penglihatan Di wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar
4. Mengevaluasi pasien dengan masalah gangguan sensori : halusiansi penglihatan Di wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar
5. Hasil dari dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasi gangguan sensori : halusiansi penglihatan.: ISK pada klien”Tn.O” Dirawat RSKD Dadi di Ruang:kenari di RSKD Dadi Makassar

D. Manfaat

- a. Manfaat penulisan adalah hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pemecahan masalah keperawatan jiwa gangguan sensori : halusiansi penglihatan.
- b. Manfaat praktis
 1. Bagi rumah sakit bahan masukan yang diperlukan dan pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan pada keperawatan jiwa khususnya.
 2. Bagi instansi pendidikan. : Sebagai bahan acuan dalam proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan jiwa khususnya perilaku kekerasan.
 3. Bagi penulis : Sebagai saran dan alat untuk menambah pengetahuan dan memperoleh pengalaman khususnya dibidang keperawatan jiwa.
 4. Bagi keluarga : Sebagai saran untuk memperoleh pengetahuan tentang perawatan gangguan jiwa perilaku kekerasan
 5. Akademik D3 Keperawatan Unhas : diharapkan studi kasus dapat dijadikan referensi untuk menambah wawasan pengetahuan dan pengembangan lahan praktik dalam memperoleh pengalaman bagi mahasiswa akademik D3.Keperawatan dalam mengaplikasikan pembelajaran jiwa khususnya pada pasien gangguan sensori : halusiansi penglihatan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian Risiko Perilaku Kekerasan

Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan ditujukan pada diri sendiri/orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Depkes RI, 2006, Berkowitz, 1993 dalam Dermawan dan Rusdi, 2013)

2. Anatomi Fisiologi

Otak terdiri dari serebrum, serebelum, dan batang otak yang dibentuk oleh mesensefalon, pons, dan medulla oblongata. Bila kalvaria dan dura mater disingkirkan, di bawah lapisan arachnoid mater kranialis dan pia mater kranialis terlihat gyrus, sulkus, dan fisura korteks serebri. Sulkus dan fisura korteks serebri membagi hemisfer serebri menjadi daerah lebih kecil yang disebut lobus (Yunivitasari 2014). Menurut Yunivitasari (2014) Seperti terlihat pada gambar di atas, otak terdiri dari tiga bagian, yaitu:

a. Serebrum (Otak Besar)

Serebrum adalah bagian terbesar dari otak yang terdiri dari dua hemisfer. Hemisfer kanan berfungsi untuk mengontrol bagian tubuh sebelah kiri dan hemisfer kiri berfungsi untuk mengontrol bagian tubuh sebelah kanan. Masing-masing hemisfer terdiri dari empat lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulkus. Keempat lobus tersebut masing-masing adalah lobus frontal, lobus parietal, lobus oksipital dan lobus temporal

1) Lobus parietal

merupakan lobus yang berada di bagian tengah serebrum. Lobus parietal bagian depan dibatasi oleh sulkus sentralis dan bagian belakang oleh garis yang ditarik dari sulkus parieto-oksipital ke ujung posterior sulkus lateralis (Sylvian). Daerah ini berfungsi untuk menerima impuls dari serabut saraf sensorik thalamus yang berkaitan dengan segala bentuk sensasi dan mengenali segala jenis rangsang

2) Lobus frontal

merupakan bagian lobus yang ada di bagian paling depan dari serebrum. Lobus ini mencakup semua korteks anterior sulkus sentral dari Rolando. Pada daerah ini terdapat area motoric untuk mengontrol gerakan otot-otot, gerakan bola mata; area broca sebagai pusat bicara; dan area prefrontal (area asosiasi) yang mengontrol aktivitas intelektual

3) Lobus temporal

berada di bagian bawah dan dipisahkan dari lobus oksipital oleh garis yang ditarik secara vertikal ke bawah dari ujung atas sulkus lateral. Lobus temporal berperan penting dalam kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara

Lobus oksipital

berada di belakang lobus parietal dan lobus temporal. Lobus ini berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata Serebelum (Otak Kecil)

b. Serebelum atau otak kecil

adalah komponen terbesar kedua otak. Serebelum terletak di bagian bawah belakang kepala, berada di belakang 11 batang otak dan di bawah lobus oksipital, dekat dengan ujung leher bagian atas. Serebelum adalah pusat tubuh dalam mengontrol kualitas gerakan. Serebelum juga mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya: mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. Selain itu, serebelum berfungsi menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis, gerakan mengunci pintu dan sebagainya

c. Batang Otak

Otak berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai medulla spinalis. Batang otak bertugas untuk mengontrol tekanan darah, denyut jantung, pernafasan, kesadaran, serta pola makan dan tidur. Bila terdapat massa pada batang otak maka gejala yang sering timbul berupa muntah, kelemahan otot wajah baik satu maupun dua sisi, kesulitan menelan, diplopia, dan sakit kepala ketika bangun. Batang otak terdiri dari tiga bagian, yaitu:

- 1) Mesensefalon atau otak tengah (disebut juga mid brain) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan serebrum dan serebelum. Saraf kranial III dan IV diasosiasikan dengan otak tengah. Otak tengah berfungsi dalam hal mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, 12 pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh dan pendengaran
- 2) Pons merupakan bagian dari batang otak yang berada diantara midbrain dan medulla oblongata. Pons terletak di fossa kranial posterior. Saraf Kranial (SK) V diasosiasikan dengan pons
- 3) Medulla oblongata adalah bagian paling bawah belakang dari batang otak yang akan berlanjut menjadi medulla spinalis. Medulla oblongata terletak juga di fossa kranial posterior. SK IX, X, dan XII disosiasikan dengan medulla, sedangkan SK VI dan VIII berada pada perhubungan dari pons dan medulla

3. Etiologi

Skizofrenia disebabkan karena gangguan utama pada fungsi kognitif yang menunjuk pada faktor organik karena afek meracuni diri sendiri (auto intoxication). Selanjutnya psikologis mencoba menjelaskan penyebab skizofrenia dari bidang psikodinamik. Kini semakin banyak ditemukan bukti-bukti yang menunjukkan dominasi peranan faktor biologis pada skizofrenia, seperti :

- Abnormalitas struktur anatomi otak.
- Defisit pada pemrosesan perhatian dan informasi.
- Infeksi virus.
- Faktor lingkungan seperti kekurangan gizi selama kehamilan, masalah dalam proses kelahiran dan stress pada kondisi lingkungan
- Faktor bawaan/genetik.

Petunjuk nyata peranan genetik pada skizofrenia kelihatan pada penelitian epidemiologi genetik yang memperlihatkan adanya peningkatan yang bermakna insiden skizofrenia dari keluarga penderita. Peneliti ini diperkuat dengan penelitian anak adopsi yang memperlihatkan tetap tingginya risiko untuk menderita skizofrenia pada anak yang berasal dari keluarga penderita skizofrenia, walaupun iya telah di adopsi oleh keluarga lain yang tidak ada skizofrenia. Penelitian terhadap anak kembar memperlihatkan resiko skizoifrenia scan otak, ternyata di temukan pula perubahan pada anatomi otak pasien, terutama pada penderita kronis, perubahanya ada pembesaran lateral ventrikel, atrofi korteks bagian depan, dan atrofi otak kecil (cerebral lum)(Yosep & Sutini, 2014

4. Insiden

Insiden berdasarkan masalah yang telah didapatkan dilator belakang maka rumusan masalah dalam aspek ini yaitu: asuhan keperawatan jiwa pada Tn.O dengan gangguan resiko perilaku kekerasan di RSKD Dadi Makassar

5. Patofisiologi

Pathofisiologi menurut teori perilaku kekerasan terjadi sebagai hasil dari akumulasi frustrasi. frustrasi terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu yang gagal atau menghambat. keadaan tersebut dapat mendorong individu berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang memulai perilaku kekerasan.

6. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik tanda dan gejala perilaku kekerasan di antaranya adalah :

- a. Fisik: mata melolot atau pandangan tajam, tangan mengepal, rahang tertutup, wajah memerah dan tegang serta postur tubuh kaku
- b. Verbal: mengecap, mengumpat dengan kata kata kotor berbicara dengan nada keras dan ketus.
- c. Perilaku: menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau merusak lingkungan ngamuk atau agresif.
- d. Emosi: tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan mengamuk, ingin berkelai, menyalahkan menuntut.
- e. Intelektual: mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan tidak jarang mengeluarkan kata kata bernada sarkasme.

- f. Spiritual :merasa diri berkuasa,merasa diri paling benar,keraguan,tidak bermoral dan kreatif terhambat.
 - g. Social:menarikdiri,pengasingan,penolakan,kekerasan,ejekan
Perhatian:bolos,melarikan diri dan melakukan
 - h. Penyimpangan socia
7. Test Diagnostik
- Tegang
 - Gelisah
 - Agitasi
 - Tremor
1. Penatalaksana Medis
- Terapi farmakologi
 - Terapi okupasi
 - Peran serta keluarga
 - Terapi somatic
 - Terapi kejang

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respon klien baik aktual maupun potensial (Stuart dan Laraia, 2001 dalam Keliat, 2006 : 7). Menurut Kusumawati (2010: 51) rumusan diagnosis adalah problem atau masalah (P) berhubungan dengan penyebab atau etiologi (E), dan keduanya ini saling berhubungan sebab akibat secara ilmiah. Diagnosis ini juga bisa permasalahan (P), penyebab (E), dan simtom (S) atau gejala sebagai data penunjang. Jika pada diagnosis tersebut sudah diberikan tindakan keperawatan , tetapi permasalahan (P) belum teratasi, maka perlu dirumuskan diagnosis baru sampai tindakan keperawatan tersebut dapat diberikan hingga masalah tuntas.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Data pada pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki klien (Stuart dan Larai, 2001 dikutip oleh Keliat, 2006: 3).

Menurut Kusumawati (2010: 50) data dapat dikelompokkan menjadi dua macam yaitu:

- Data Subjektif. Merupakan data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini didapatkan melalui wawancara oleh perawat kepada klien dan keluarga.
- Data Objektif. Merupakan data yang ditemukan secara nyata. Data yang didapat melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama dan alamat. alasan Masuk Gejala yang sering menjadi alasan klien dibawa ke rumah sakit jiwa adalah : halusinasi, waham, isolasi sosial, perilaku kekerasan, kerusakan komunikasi. Data dapat diperoleh dari keluarga dengan menanyakan :

1. Apa yang terjadi di rumah (klien sering bicara sendiri, klien mendengar suara-suara klien marah tanpa alasan, klien mengatakan sesuatu yang tidak nyata)?
2. Apa yang telah dilakukan keluarga pada klien?
3. Kemana keluarga meminta pertolongan sebelum ke rumah sakit

b. Faktor Predisposisi

1. Faktor perkembangan terlambat.
 - a) Usia bayi, tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum dan rasa aman.
 - b) Usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonomi
 - c) Usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan.

2. Komunikasi Faktor dalam keluarga.
 - a) Komunikasi peran ganda.
 - b) Tidak ada komunikasi.
 - c) Tidak ada kehangatan.
 - d) Komunikasi dengan emosi berlebihan
 - e) Komunikasi tertutup.
 - f) Orang tua yang membandingkan anak-anaknya.
 - g) Orang tua yang otoritas dan konflik orang tua.

3. Faktor Sosial Budaya. Isolasi sosial pada yang usia lanjut, cacat, sakit kronis, tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.
4. Faktor Psikologis. Mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, kritis peran, gambaran diri negatif dan koping destruktif.
5. Faktor Biologis. Adanya kejadian fisik, berupa : Atrofy otak, pembesaran ventrikel, perubahan besar dan bentuk sel korteks dan limbic. Faktor Genetik. Adanya pengaruh herediter (keturunan) berupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami skizofrenia dan kembar monozigot
6. Perilaku : Bibir komat kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala mengangguk-angguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang, duduk terpaku, memandang satu arah, menarik diri.
7. Fisik : Tanda vital dan keluhan fisik :
 - ADL (Activity Daily Life).
Nutrisi tidak adekuat bila halusinasi memerintahkan untuk tidak makan, tidak terganggu karena ketakutan, kurang kebersihan diri atau tidak mandi, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang berlebihan, agitasi gerakan atau kegiatan ganjil.
 - Kebiasaan.
Berhenti dari minuman keras, penggunaan obatobatan dan zat halusinogen dan tingkah laku merusak diri.

➤ Riwayat Kesehatan.

Skizofrenia, derilium, berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat.

➤ Riwayat skizofrenia dalam keluarga.

➤ Fungsi Sistem Tubuh.

➤ Perubahan berat badan.

➤ Neurologikal perubahan mood, disorientasi.

➤ Ketidakefektifan endokrin oleh peningkatan temperatur

c. Psikososial

Genogram, konsep diri (citra tubuh, identitas, peran, ideal diri, harga diri), hubungan sosial (orang terdekat, peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat, hambatan dalam berhubungan dengan orang lain), spiritual (nilai dan keyakinan, kegiatan ibadah).

d. Status Mental

1. Penampilan (tidak rapi, pakaian tidak serasi atau tidak cocok dan berubah dari biasanya).
2. Pembicaraan (tidak terorganisir, tidak berhubungan, tidak logis, terbelit-belit).
3. Aktivitas motorik (meningkat atau menurun, impulsif, tremor, tegang, lesu, gelisah).
4. Afek (tumpul, datar, tidak sesuai, labil), interkasi selama wawancara (bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung, kontak mata kurang, curiga, bercakap-cakap sendiri).
5. Persepsi (bicara, senyum dan tertawa sendiri, menarik diri dan menghindari orang lain, tidak dapat membedakan nyata dan tidak).
6. Proses berpikir (flight of idea, blocking, pengulangan pembicaraan).
7. Isi pikir (waham, keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien).
8. Tingkat kesadaran (disorientasi waktu, tempat dan orang, bingung).
9. Daya ingat (gangguan daya ingat jangka panjang dan pendek, berulang kali menanyakan waktu).
10. Tingkat konsentrasi dan berhitung (mudah beralih, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana), daya titik diri (mengingkari penyakit yang diderita, tidak merasa apa yang dipikirkan dan diucapkan adalah salah).

e. Satus Intelektual

Gangguan persepsi, penglihatan, pendengaran, penciuman dan kecap, isi pikir tidak realistis, tidak logis dan sukar diikuti atau kaku, kurang motivasi, koping regresif dan denial serta sedikit bicara, putus asa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan mengatasi stress dan kecemasan.

f. Kebutuhan Persiapan Pualng

Penampilan, berpakaian dan berhias, buang air kecil atau buang air besar, mandi, istirahat dan tidur, penggunaan obat, pemeliharaan kesehatan, aktivitas di dalam dan di luar rumah.nyata, tidak dapat berkonsentrasi, curiga dan bermusuhan, ekspresi wajah tegang dan mudah tersinggung).

g. Mekanisme Koping

Bicara dengan orang lain, menghindar, mencederai orang lain

h. Masala Psikososial dan lingkungan

Dukungan kelompok, pendidikan, ekonomi, pekerjaan

i. Kurang Pengetahuan

Penyakit jiwa, faktor predisposisi, koping, obat-obatan, penyakit fisik.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik aktual maupun potensial (Stuart dan Laraia, 2001 dalam Keliat, 2006 : 7). Menurut Kusumawati (2010 : 51) rumusan diagnosis adalah problem atau masalah (P) berhubungan dengan penyebab (etiologi), dan keduanya ini saling berhubungan sebab akibat secara ilmiah. Diagnosis ini juga bisa permasalahan (P), penyebab (E), dan simtom atau gejala sebagai data penunjang. Jika diagnosis tersebut sudah diberikan tindakan keperawatan, tetapi permasalahan (P) belum teratasi, maka perlu dirumuskan diagnosis baru sampai tindakan keperawatan tersebut dapat diberikan hingga masalah tuntas.

a. Pohon Masalah

Pohon masalah pada masalah utama Resiko Perilaku Kekerasan yang dibuat sebagai berikut : (Fitria, 2009 : 146)

Gambar 2.4 Pohon masalah

b. Masalah Keperawatan yang Biasa Muncul

Berdasarkan pohon masalah diatas dapat disusun daftar masalah keperawatan sebagai berikut

1. Perilaku Kekerasan.
2. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
3. Perubahan Persepsi Sensori : Halusinasi.
4. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
5. Isolasi Sosial : Menarik Diri.
6. Berduka Disfungsional.
7. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif.
8. Koping Keluarga Inefektif.

c. Diagnosa Keperawatan

Dari pohon masalah seperti di atas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Risiko Perilaku Kekerasan.
2. Gangguan Sensori Persepsi : Halusinasi.
3. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah.
4. Isolasi Sosial : Menarik Diri.

3 Rencana keperawatan

Rencana tindakan keperawatan terdiri atas tiga aspek yaitu tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Tujuan umum berfokus pada penyelesaian permasalahan (P) dari diagnosis keperawatan dan dapat dicapai jika serangkaian tujuan khusus tercapai. Tujuan khusus berfokus pada penyelesaian penyebab (E) dari diagnosis keperawatan. Tujuan khusus merupakan rumusan kemampuan klien yang perlu dicapai atau dimiliki. Kemampuan ini dapat bervariasi sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien. Kemampuan pada tujuan khusus terdiri atas tiga aspek yaitu kemampuan kognitif, psikomotor, dan efektif yang perlu dimiliki klien untuk menyelesaikan masalahnya (Kusumawati, 2010: 51)

Diagnosis Keperawatan Diagnosa Keperawatan : Risiko Perilaku Kekerasan. Tujuan :
Pasien Mampu :

1. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat dari perilaku kekerasan.
2. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.
3. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
4. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
5. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial atau verbal, spiritual dan terapi psikofarmaka.

Kriteria Hasil : Setelah 2 kali pertemuan klien mampu menyebutkan penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan, mempragakan fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan. SP 1 Pasien:

- 1) Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan.
- 2) Latih cara fisik 1 : Tarik napas dalam.
- 3) Masukkan kedalam jadwal harian pasien. Setelah 2 kali pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan mempragakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan. SP 2 Pasien: 1). Evaluasi SP 1. 2). Latih cara fisik 2 : Pukul kasur atau bantal. 3). Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien. Setelah 2 kali pertemuan klien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan mempragakan secara sosial / verbal untuk mengontrol perilaku kekerasan

4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rancana tindakan keperawatan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatan masih dibutuhkan dan sesuai dengan kondisi saat ini (Kusumawati, 2010 : 52).

5 Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus-menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Kusumawati, 2010 : 52). Evaluasi dapat dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut.

- a. Evaluasi proses (pormatif) yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan.
- b. Evaluasi hasil (sumatif) dilakukan dengan cara membandingkan respons klien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP sebagai pola pikir. S : Respons subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. O : Respons objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. A : Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru. P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respons klien.

Risiko Perilaku Kekerasan. Tujuan : Pasien Mampu :

1. Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat dari perilaku kekerasan.
2. Menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan.
3. Menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
4. Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
5. Mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, sosial atau verbal, spiritual dan terapi psikofarmaka.

Kriteria Hasil :

Setelah 2 kali pertemuan klien mampu menyebutkan penyebab, tanda, gejala dan akibat perilaku kekerasan, memperagakan fisik 1 untuk mengontrol perilaku kekerasan. SP 1 Pasien:

1. Identifikasi penyebab, tanda dan gejala, serta akibat perilaku kekerasan.
2. Latih cara fisik 1 : Tarik napas dalam.
3. Masukkan kedalam jadwal harian pasien. Setelah 2 kali pertemuan pasien mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan memperagakan cara fisik 2 untuk mengontrol perilaku kekerasan