

## Asuhan Keperawatan Pada Tn. T Dengan Resiko Perilaku Kekerasan

<sup>1</sup>Siti Salamah <sup>2</sup>Sri Nyumirah

<sup>1,2</sup>Akademi Keperawatan Pasar Rebo, Departemen Keperawatan Jiwa

E-mail: [srinyumirah@yahoo.co.id](mailto:srinyumirah@yahoo.co.id)

### Abstrak

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Dampak perilaku kekerasan yang dilakukan klien terhadap dirinya sendiri adalah dapat mencederai dirinya sendiri, tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai diri sendiri atau membunuh orang lain, merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan. Berdasarkan dampak Perilaku Kekerasan diatas dibutuhkan peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan, yaitu perawat berperan pada aspek promotif, preventif, kuratif dan peran rehabilitatif. Asuhan keperawatan dilakukan untuk melakukan pengkajian sampai evaluasi pada klien perilaku kekerasan. Asuhan keperawatan dilakukan dengan cara wawancara, baik ke klien, perawat maupun keluarga, tindakan keperawatan dilakukan secara langsung pada klien dengan pendampingan perawat. Klien mengalami perilaku kekerasan merasa jengkel karena ibunya banyak bicara saat dirumah. Diagnosa keperawatan yang bisa ditemukan pada klien yaitu harga diri rendah, defisit perawatan diri, resiko perilaku kekerasan, resiko gangguan sensori persepsi: halusinasi, isolasi sosial. Perencanaan keperawatan dilakukan sudah sesuai dengan standar Rumah Sakit. Evaluasi keperawatan klien terlihat pada klien mampu mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam serta pukul bantal/Kasur, mengkonsumsi obat secara teratur, mengungkapkan, meminta dan menolak secara verbal serta dengan cara spiritual yaitu berdzikir dan sholat. Kemampuan lain yang klien capai yaitu klien mampu mengontrol halusinasi,yang muncul, klien mampu berkenalan dengan 1 orang atau lebih, dan klien dapat mempertahankan kebersihan dirinya.

**Kata Kunci :** Perilaku Kekerasan, Asuhan Keperawatan

### Abstract

Violent behavior is a form of behavior that injures a person physically and psychologically. The impact of violent behavior by clients on themselves is that they can injure themselves, aggressive actions aimed at injuring themselves or killing others, damaging the environment, throwing glass, tiles and everything in the environment. Based on the impact of Violence Behavior above, the role of nurses is needed in performing nursing care, namely nurses play a role in promotive, preventive, curative and rehabilitative roles. Nursing care is carried out to conduct an assessment until evaluation of the client's violent behavior. Nursing care is carried out by means of interviews, both to clients, nurses and families, nursing actions are carried out directly on the client by assisting nurses. The client experiences violent behavior feeling irritated because his mother talked a lot at home. Nursing diagnoses that can be found in clients are low self-esteem, self-care deficits, risk of violent behavior, risk of sensory perception disorders: hallucinations, social isolation. Nursing planning is carried out in accordance with Hospital standards. Client nursing evaluation can be seen in the client being able to control violent behavior by breathing deeply as well as throwing a pillow / mattress, taking medication regularly, expressing, asking and rejecting verbally and spiritually namely dhikr and prayer. Other capabilities that the client achieves is that the client is able to control hallucinations, which arise, the client is able to get acquainted with 1 person or more, and the client can maintain his cleanliness.

**Keywords:** Violence Behavior, Nursing Care

## **Pendahuluan**

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya, sementara orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) didefinisikan sebagai orang yang memiliki masalah fisik, mental, sosial dan pertumbuhan dan perkembangan dan kualitas hidup, sehingga memiliki resiko mengalami gangguan jiwa akan berbeda dengan ODMK yang baru berpotensi memiliki gangguan jiwa, orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang didefinisikan sebagai orang yang mengalami gangguan jiwa dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang bermanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan perubahan perilaku yang bermakna serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia ( Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014) .

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam

bertingkah laku, hal itu terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan. Gangguan jiwa adalah gangguan yang mengenai satu atau lebih fungsi jiwa, gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku dan persepsi (penangkapan panca indera). Gangguan jiwa ini menimbulkan stress dan penderitaan bagi penderita dan keluarga (Stuart, 2013).

Menurut WHO, masalah gangguan jiwa di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius, terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia WHO menyatakan paling tidak ada 1 dari 4 orang di dunia mengalami masalah mental, diperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Permasalahan gangguan jiwa tidak hanya berpengaruh terhadap produktivitas manusia, juga berkaitan dengan kasus bunuh diri. Temuan WHO menunjukkan, diperkirakan 873.000 orang bunuh diri setiap tahun. Lebih dari 90% kasus bunuh diri berhubungan dengan gangguan jiwa seperti Depresi, Skizofrenia, dan

ketergantungan terhadap alkohol (di kutip oleh Keliat, dkk, 2015).

Menurut Riset kesehatan dasar (2013), jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini adalah 236 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan 0,17% menderita gangguan jiwa berat, 14,3% diantaranya mengalami pasung. Tercatat sebanyak 6% penduduk berusia 15-24 tahun mengalami gangguan jiwa. Dari 34 provinsi di Indonesia, Sumatera Barat merupakan peringkat ke 9 dengan jumlah gangguan jiwa sebanyak 50.608 jiwa dan prevalensi masalah skizofrenia pada urutan ke-2 sebanyak 1,9 permil. Peningkatan gangguan jiwa yang terjadi saat ini akan menimbulkan masalah baru yang disebabkan ketidakmampuan dan gejala yang ditimbulkan oleh penderita (Risksedas, 2013).

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya penyimpangan yang sangat dasar dan adanya perbedaan dari pikiran, disertai dengan adanya ekspresi emosi yang tidak wajar. Skizofrenia sering ditemukan pada lapisan masyarakat dan dapat dialami oleh setiap manusia.

Skizofrenia adalah sindrom etiologi yang tidak diketahui dan ditandai dengan gangguan kognisi, emosi, persepsi, dan perilaku. Salah satu bentuk gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan.

Perilaku Kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain (Yosep, 2010). Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia mencapai 2,5 juta yang terdiri dari pasien perilaku kekerasan. Diperkirakan sekitar 60% menderita perilaku kekerasan di Indonesia (Depkes RI, 2013).

Tingkah laku kekerasan dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, model teori *importation* yang mencerminkan kedudukan klien dalam membawa atau mengadopsi nilai-nilai tertentu. Model teori yang kedua yaitu model situasionisme, amuk adalah respon terhadap keunikan, kekuatan dan lingkungan rumah sakit yang terbatas yang membuat klien merasa tidak berharga dan tidak diperlakukan secara manusiawi. Model selanjutnya yaitu model interaksi, model ini menguraikan bagaimana proses interaksi yang terjadi

antar klien dan perawat dapat memicu atau menyebabkan terjadinya tingkah laku amuk.

Penyebab perilaku kekerasan salah satunya yaitu stress, cemas, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa dan ketidakberdayaan. Gejala yang dapat diketahui berupa respons yang dapat diekspresikan secara internal maupun eksternal. Secara internal dapat berperilaku yang tidak asertif, dan merusak diri, sedangkan secara eksternal dapat berupa perilaku destruktif 1 agresif, adapun respon marah diungkapkan melalui 3 cara yaitu secara verbal, menekan dan menantang bahkan perilaku kekerasan ini dapat mengakibatkan seseorang mencederai diri dan lingkungannya (Keliat, 2011). Perilaku kekerasan pada lingkungan pada diri sendiri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan. Klien dengan perilaku kekerasan akan memberikan dampak bagi dirinya sendiri maupun orang lain. Dampak perilaku kekerasan

yang dilakukan klien terhadap dirinya sendiri adalah dapat mencederai dirinya sendiri atau merusak lingkungannya, bahkan dampak yang lebih ekstrim yang ditimbulkan adalah kematian bagi klien sendiri (Kusumawati dan Hartono, 2010).

Berdasarkan dampak Perilaku Kekerasan diatas dibutuhkan peran perawat yaitu promotif memberikan penyuluhan kesehatan terhadap keluarga tentang kesehatan jiwa, sedangkan preventif yaitu mencegah terjadinya gangguan jiwa dengan merubah kebiasaan keluarga dalam berkomunikasi dan bersosialisasi dengan seseorang dengan baik serta memberikan lingkungan yang kondusif. Kuratif adalah perawat melakukan tindakan keperawatan meliputi melatih tarik napas dalam atau pukul bantal, mengajarkan minum obat secara teratur, melatih mengungkapkan secara verbal (melakukan kesalahan dengan kata maaf, meminta sesuatu dengan kata tolong, telah diberi suatu kebaikan dengan kata terimakasih) serta melatih kegiatan spiritual seperti sholat dan berdzikir. Rehabilitatif mendampingi klien dan adanya dukungan keluarga terkait dalam pemberian obat, mengikutsertakan dalam kegiatan masyarakat

yang positif dan melatih kemampuan klien.

### **Pengertian**

Kemarahan adalah perasaan jengkel yang muncul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman oleh individu (Riyadi, 2009). Perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan, baik secara fisik, emosional, seksual dan verbal (Heardman, 2011).

### **Etiologi**

Menurut (Dalami Dkk, 2009) mengatakan penyebab perilaku kekerasan adalah a. frustrasi; seseorang yang mengalami hambatan dalam mencapai tujuan yang diharapkan menyebabkan ia menjadi frustrasi. Jika ia tidak mampu mengendalikannya maka ia akan berbuat kekerasan disekitarnya. b. hilangnya harga diri: pada dasarnya manusia itu mempunyai kebutuhan yang sama untuk dihargai. Jika kebutuhan ini tidak dipenuhi akibatnya individu tersebut mungkin akan merasa rendah diri, lekas marah dan mungkin melakukan tindakan kekerasan disekitar. c. kebutuhan penghargaan status : manusia pada

umumnya mempunyai keinginan untuk mengaktualisasikan dirinya, ingin dihargai dan diakui. Jika tidak mendapat pengakuan individu tersebut maka dapat menimbulkan resiko perilaku kekerasan.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan : riwayat perilaku kekerasan dimasa lalu, penggunaan aktif alcohol, psikologis, trauma otak, pekerjaan, riwayat melakukan kekerasan tidak langsung.

### **Patofisiologi**

Menurut (Dalami, Dkk, 2009) Individu yang mempunyai harga diri rendah dikarenakan memiliki idealisme yang tinggi karena tidak menerima kenyataan tentang apa yang sudah dimiliki sekarang, dalam pola pikir setiap individu akan berbeda, dengan mengekspresikan tingkah laku baik secara langsung maupun tidak langsung, salah satunya dari akibat tersebut cara mengekspresikannya dengan akan marah, kesal terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitarnya, yang menyebabkan klien berperilaku secara tidak konstruktif, dengan melakukan perilaku kekerasan.

### **Manifestasi Klinis**

Menurut (Sutejo, 2016) tanda dan gejala klien yang mengalami perilaku kekerasan adalah ungkapan berupa ancaman, ungkapan kata-kata kasar, ungkapan ingin memukul/ melukai, wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak mondar-mandir, melempar atau memukul benda / orang lain, berdebat (mengkritik pendapat orang lain), menarik diri, penolakan. Akibat perilaku kekerasan yaitu frustrasi dan aktualisasi tidak tercapai.

### **Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan Medis yang dilakukan menurut (Dalami, 2009) : pemberian obat Trihexyphenidyl, Clozapine, Risperidone, dan terapi kejang listrik.

### **Asuhan Keperawatan**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Faktor predisposisi menurut (Stuart, 2013) faktor biologis : teori neurologi, Sistem limbic sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif. Factor genetic; adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif, Factor biokimia, : faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak

(ephineprin, norephineprin, dopamine, asetilkolin dan serotonin). teori dorongan naluri. Faktor psikologis: teori agresif frustrasi, teori perilaku, teori eksistensi. Faktor social kultural : teori lingkungan dan teori belajar social.

Faktor presipitasi menurut (Stuart, 2013) ekspresi diri karena eksistensi diri, ekspresi diri karena tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan keadaan social ekonomi, kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga, ketidaksiapan membiasakan dialog untuk memecahkan masalah, adanya riwayat perilaku antisosial dan kematian anggota keluarga yang terpenting.

Akibat lanjut dari perilaku kekerasan adalah: Menurut Dalami dkk (2009), frustrasi adalah frustrasi yang tidak tercapai atau terhambat sehingga individu cemas, dan terancam serta individu berusaha mengatasi tanpa memperhatikan hak-hak orang lain, aktualisasi diri yang tidak tercapai : hal ini menyebabkan klien menjadi individu cepat tersinggung, dan

mengalami ketegangan.

### **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pohon masalah dari teori (Damaiyanti, 2012) bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh harga diri rendah, akan berakibat resiko mencederai diri sendiri dan orang lain, dan lingkungan, dari harga diri rendah dapat berakibat terjadi defisit perawatan diri. Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan perilaku kekerasan menurut (Damaiyanti, 2012) perilaku kekerasan, harga diri rendah, deficit perawatan diri, resiko mencederai diri sendiri dan lingkungan.

### **C. Intervensi**

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dengan perilaku kekerasan menurut (Damaiyanti, 2012) yaitu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala, dan akibat perilaku kekerasan, melatih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: Tarik napas dalam, memukul bantal/Kasur, cara verbal: menyampaikan marah dengan berbicara asertif, cara spiritual dan cara minum obat. Tindakan keperawatan pada klien dengan harga diri rendah : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi kemampuan

dan aspek positif yang dimiliki,, menilai kemampuan yang digunakan, menetapkan kegiatan sesuai kemampuan yang dimiliki, melakukan kegiatan sesuai kondisi sakit, klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada.

### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan sesuai intervensi keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan dengan melihat kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor klien. Tehnik yang perlu diperhatikan adalah strategi komunikasi, yang harus dilakukan yaitu : bersikap tenang, bicara lambat, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dengan cara yang kongkrit, tunjukkan respek pada klien, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan, fasilitasi pembicaraan klien, dengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan, jangan buat janji yang tidak dapat perawat sejadi. Lingkungan: menyediakan berbagai aktivitas. Tindakan perilaku: membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima, konsekuensi yang didapat bila kontak dilanggar dan apa saja kontribusi perawat selama

perawatan.

### **E. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan yang diharapkan: klien sudah mampu menggunakan cara yang sehat pada saat kesal/ marah, klien tidak melakukan perilaku kekerasan, klien minum obat dengan benar, keluarga sudah mampu merawat klien, keluarga mengetahui cara minum obat klien, keluarga mengetahui kegiatan yang dapat dilakukan klien saat di rumah.

## **Tinjauan Kasus**

### **Pengkajian Keperawatan**

#### **A. Identitas Klien**

Klien bernama Tn. T berjenis kelamin laki-laki, umur 27 Tahun, sudah menikah, Islam.

#### **B. Resume**

Klien sering marah-marah, keluruyan dan mengganggu lingkungan. Klien mengatakan suka marah-marah, merasa jengkel jika ibunya jika banyak bicara dan hal yang dilakukan memukul pintu, membanting piring, klien mengatakan suka berdiam diri di kamar karena merasa malu semua temannya sudah bekerja, klien tidak mampu memulai pembicaraan, klien malas bercakap-cakap dengan orang lain.

### **C. Pengkajian**

Klien mengalami gangguan jiwa sebelumnya mulai Tahun 2016, hampir setiap tahun klien masuk ke rumah sakit terakhir masuk tahun 2018 klien kambuh karena tidak mengkonsumsi obat dengan teratur, hampir setiap tahun klien di rawat di rumah sakit karena putus obat, ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (kakak klien). Klien mempunyai kepribadian tertutup. Klien mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu : klien di PHK dari tempat kerjanya karena pengurangan karyawan, klien mempunyai kepribadian tertutup, jika ada masalah klien tidak pernah menceritakan ke orang lain. Berdasarkan pengkajian konsep diri : klien mengatakan merasa bersalah dan sedih karena tidak dapat membahagiakan kedua orang tua karena belum bekerja, suka meminta uang, klien merupakan anak terakhir dari 7 bersaudara.

Klien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan kelompok, orang yang berarti dalam hidupnya adalah ibunya, klien yakin adanya Tuhan YME, klien jarang melaksanakan ibadah karena malas. Kurangnya dukungan perawatan keluarga dan



masyarakat serta adanya masalah dalam kehidupannya membuat klien putus obat sebagai factor pemicu klien kambuh. Berdasarkan pengkajian status mental klien tampak memakai baju namun tidak sesuai, kuku, telinga dan rambut kotor, pembicaraan klien koheren, nada bicara klien keras, suara tinggi dan menyukai perdebatan. Saat wawancara klien tampak tegang, gelisah, dan membatasi komunikasi/singkat. Klien mengatakan sedih dengan kondisinya sekarang ini, afek; labil karena kondisi emosinya masih berubah-ubah, pada saat bicara klien tampak curiga pada perawat, klien mengatakan tidak mampu mengingat yang terjadi lebih dari sebulan.

#### **D. Data Penunjang**

Klien sudah mampu mengontrol marah dengan dengan tarik napas dalam, namun hanya secara psikomotor secara mandiri, namun harus dimotivasi. Keluarga belum mampu merawat anggota keluarga yang sakit, belum membantu klien dalam mengingatkan minum obat, dan klien juga jarang kontrol ke rumah sakit. Selama klien di rawat di rumah sakit keluarga klien belum pernah dijenguk. Klien juga belum mampu berinteraksi dengan orang lain, klien lebih sering diam

dalam kegiatan kelompok.

#### **E. Penatalaksanaan Medis**

Obat yang sudah diberikan pada Tn T yaitu Risperidone 2 mg (2x1), Trihexyphenidyl 2 mg (2x1), Depacote 250 mg (1x1), Injeksi Valdimex 10 mg (ketika gelisah dan gaduh), Injeksi Lodomer 5 mg (ketika gelisah dan gaduh).

#### **F. Data Fokus**

Data subyektif : klien mengatakan suka marah-marah, dan memukul pintu merasa jengkel jika ibunya banyak bicara, klien mengatakan pernah membanting piring saat makan karena ibunya banyak bicara.

Data Obyektif : Klien tampak menunjukkan ekspresi wajah tegang, nada bicara tinggi keras, agitasi gerakan, gelisah, mondar-mandir, tidak suka berlama lama komunikasi, afek klien labil, saat diwawancarai emosi klien berubah-ubah, klien tampak curiga kepada perawat, nada bicara keras.

#### **Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pohon masalah dari kasus Tn T bahwa penyebab perilaku kekerasan dari harga diri rendah, dimulai dari isolasi sosial, menyebabkan halusinasi kemudian menyebabkan

perilaku kekerasan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn T yaitu perilaku kekerasan, harga diri rendah, halusinasi, isolasi social, dan deficit perawatan diri.

### **Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi**

Pada tahap perencanaan keperawatan klien dengan perilaku kekerasan yang dilakukan sudah sesuai dengan standar Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yaitu membina hubungan saling percaya, dengan kriteria evaluasi: klien menunjukkan klien dapat mengungkapkan perasaan dan keadaan saat ini, klien mau membalas salam, klien mau menjabat tangan, klien mau menyebutkan nama, klien mau tersenyum, klien ada kontak mata, klien mengetahui nama perawat, klien mau untuk melakukan kontrak selanjutnya dihadapi.

Mengidentifikasi penyebab, tanda dan gejala serta akibat marah dengan kriteria evaluasi: klien mampu: mengungkapkan perasaannya, klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri sendiri, dari lingkungan/orang lain), tanda dan gejala serta akibat marah.

Melatih cara mengontrol marah secara fisik, minum obat, verbal dan spiritual, dengan kriteria evaluasi klien mampu mendemonstrasikan cara mengontrol marah yang sudah dilatih perawat, hanya saja kriteria evaluasi di sesuaikan dengan kondisi klien pada saat itu.. Pada tahap pelaksanaan keperawatan klien dengan perilaku kekerasan diagnosa pertama sampai kelima secara teori semua rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya sudah dilakukan, namun untuk strategi pelaksanaan keluarga tidak dapat penulis lakukan karena keterbatasan waktu.

Pada tahap evaluasi keperawatan klien dengan perilaku kekerasan terlihat pada klien yang telah dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara tarik nafas dalam serta pukul bantal/kasur, mengkonsumsi obat secara teratur, mengungkapkan, meminta dan menolak secara verbal serta dengan cara spiritual yaitu berdzikir dan sholat. Kemampuan lain yang klien capai yaitu klien mampu melakukan mengontrol halusinasi, klien mampu berkenalan dengan 1 orang atau lebih, dan klien dapat mempertahankan kebersihan dirinya dengan baik. Tahap evaluasi keseluruhan tidak dapat dilakukan karena keterbatasan waktu penulis dalam perasaan klien yang

masih berubah-ubah. Evaluasi yang didapatkan ada peningkatan kemampuan baik kognitif, afektif dan psikomotor, meskipun harus dimotivasi oleh perawat.

### Daftar Pustaka

- Dalami, Ermawati, dkk. 2009. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta : Trans Info Media.
- Damaiyanti, Mukriyah dan Iskandar. 2012. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Depkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Keliat, B.A dan Akemat. 2011. *Prinsip Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Kusumawati, Farid dan Hartono, Yudi. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- NANDA. 2016. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10* editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Risikesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta : Kemenkes.
- Stuart, GW., Laraia. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa, edisi 5*. Jakarta : EGC.
- Sutejo. 2016. *Keperawatan Jiwa Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa, Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Yogyakarta : Baru Press.
- Undang-Undang No.18 Tahun 2014 *tentang Kesehatan Jiwa Pasal 1*. Indonesia.
- Yosep, I, 2010. *Keperawatan Jiwa edisi 2*. Bandung : Refika Aditama.