



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.G DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DIRUANG  
BELIMBING RSKD DUREN SAWIT  
JAKARTA TIMUR**

**Disusun Oleh:  
DIANA FRANSISKA  
201701080**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.G DENGAN  
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DIRUANG  
BELIMBING RSKD DUREN SAWIT  
JAKARTA TIMUR**

**Disusun Oleh:  
DIANA FRANSISKA  
201701080**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
STIKes MITRA KELUARGA  
BEKASI  
2020**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Diana Fransiska

NIM : 201701080

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi DIII  
Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. G dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” yang dilaksanakan pada 15 Januari 2010 sampai dengan 17 Januari 2020 adalah hasil karya sendiri dan semua sumber yang digunakan sudah saya nyatakan dengan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila di kemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 26 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



Diana Fransiska

## LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. G dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 26 Mei 2020

Pembimbing Makalah



Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B

## LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. G dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” yang disusun oleh Diana Fransiska (201701080) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 9 Juni 2020.

Bekasi, 9 Juni 2020

Penguji I



Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

Penguji II



Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J

**Nama Mahasiswa** : Diana Fransiska  
**NIM** : 201701080  
**Program Studi** : Diploma III Keperawatan  
**Judul Karya Tulis** : “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.G dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit Jakarta Timur”  
**Halaman** : xv+91 halaman+1 lampiran+1 tabel+5 diagram  
**Pembimbing** : Renta Sianturi

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Skizofrenia merupakan suatu gangguan pada penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus menerus, dapat berakibat pada respons yang sangat mengganggu kehidupan. Salah satu gejala positif skizofrenia adalah perilaku kekerasan. Hasil dari penelitian survey dokumentasi Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur (2012) didapatkan data selama tahun 2011 bahwa 60% dari 650 pasien yang dirawat dengan riwayat perilaku kekerasan, sehingga diperlukan peran perawat dalam menangani pasien dengan resiko perilaku kekerasan sebagai *care giver* untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

**Tujuan Umum:** Untuk mendapatkan pengalaman nyata didunia praktek lapangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan melalui proses asuhan keperawatan jiwa.

**Metode Penulisan:** Dalam melakukan penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

**Hasil:** Hasil dari analisa data didapatkan enam masalah pada pasien, yaitu resiko perilaku kekerasan, resti mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, harga diri rendah kronik, koping individu tidak efektif, mekanisme koping keluarga tidak efektif dan rejimen terapi tidak efektif. Masalah utama, yaitu resiko perilaku kekerasan. Dilakukan tindakan melatih mengontrol rasa marah dengan cara fisik (tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal), minum obat secara teratur, dan secara verbal (meminta, menolak, dan berbicara dengan baik), dan mengontrol rasa marah secara spiritual. Hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah pasien mampu mengontrol marah secara fisik, minum obat secara teratur, mengontrol rasa marah secara verbal dan mengontrol rasa marah secara spiritual. Perubahan tanda dan gejala pada pasien adalah pasien sudah tidak berbicara cepat dengan intonasi suara sedang. Bagi lahan praktik diharapkan untuk meningkatkan pelayanan dan komunikasi pada pasien khususnya pasien dengan resiko perilaku kekerasan.

**Kesimpulan dan Saran:** Pasien sudah memiliki peningkatan kemampuan dan penurunan tanda dan gejala.

**Kata Kunci:** asuhan keperawatan jiwa, resiko perilaku kekerasan

**Daftar Pustaka:** 34 (2010-2019)

**Name** : Diana Fransiska  
**NIM** : 201701080  
**Study Program** : Nursing of Diploma  
**Title** : “Mental health nursing process Mr.G with Risk of Violent Behavior in Belimbing Room Duren Sawit Hospital, East Jakarta”  
**Page** : xv + 91 pages + 1 attachment + 1 table + 5 diagrams  
**Supervisor** : Renta Sianturi

### *ABSTRACT*

**Background:** Schizophrenia is a disorder of neurobiological brain disease that is severe and continuous, can result in a response that is very disruptive to life. One positive symptom of schizophrenia is violent behavior. The results of the survey documentation research at the Klender Islamic Mental Hospital, East Jakarta (2012) obtained data during 2011 that 60% of 650 patients treated with a history of violent behavior, so it is necessary for nurses to handle patients at risk of violent behavior as care givers to provide nursing care comprehensively.

**General Purpose:** To get a real experience in the world of field practice in providing nursing care to patients at risk of violent behavior through the process of mental nursing care.

**Method:** In compiling this case report using a descriptive method that is by disclosing facts in accordance with the data obtained.

**Results:** The results of data analysis found six problems in patients, namely the risk of violent behavior, high risk of self-injury, others and the environment, chronic low self-esteem, ineffective individual coping, ineffective family coping mechanisms and ineffective therapeutic regimens. The main problem is the risk of violent behavior. Actions are exercised to control anger in a physical way (take deep breaths and hit a mattress or pillow), take medication regularly, and verbally (ask, reject, and speak properly), and control anger spiritually. The results of nursing actions that have been carried out are patients able to control physical anger, take medication regularly, control anger verbally and control anger spiritually. Changes in signs and symptoms in patients is the patient doesn't speak quickly with moderate voice intonation. For the practice land is expected to improve services and communication for patients, especially patients with the risk of violent behavior.

**Conclusions and Recommendations:** Patients already have increased ability and decreased signs and symptoms.

**Keyword:** mental nursing care, risk of violent behavior.

**Bibliography:** 34 (2010-2019)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis selama proses penyusunan tugas akhir ini, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. G dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” dengan tepat waktu.

Selama penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis telah berusaha semaksimal mungkin untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik. Selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis di bantu oleh berbagai pihak, sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat berjalan dengan lancar. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Beliau juga selalu memberikan dukungan dan bimbingan selama penulis menyelesaikan studi di STIKes Mitra Keluarga.
2. Ns. Desi Pramujiwati, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.J selaku dosen penguji I.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.MB selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. Ns. Anung Ahadi Pradana, M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat, dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Keluarga serta dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.

7. Pasien Tn. G yang telah bersedia untuk penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
8. Orang tua tercinta, Bapak Agustinus Apo dan Ibu Yuliana Danau, Adik Maria Teo Vela, dan Heronimus Abusen, Abang Riki, Abang Eko, Adik Eka, Adik Novi yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan, dan doa bagi penulis.
9. Keluarga tercinta Paman Kayan, Nenek Rema, Kakek Lambang, Alm. Kakek Sibar, Nenek Selat, Paman Akiun, Bibi Dewi, Paman Ajan, Bibi Kristina, Paman Ajun, Bibi Ensulit, Paman Apan, Bibi Perada, Bibi Nawi, Paman Selanjan, Paman Sinyap, Paman Junau, Paman Kedingo dan Bibi Lidia yang telah memberikan semangat, dukungan, dan doa kepada penulis.
10. Tante Albina dan Om Anto, Adik Irenna, Abang Jati yang telah memberikan semangat dan memberikan dukungan kepada penulis dari SMA sampai saat ini.
11. Teman spesial: Yongki Isa Mahendra yang selalu memberikan semangat dan *support* serta bantuan dalam mencari sumber-sumber data dan informasi dalam penulisan makalah ilmiah ini.
12. Suster Donata yang selalu memberikan doa, semangat, harapan-harapan baru serta meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan kepada kami terutama angkatan VI Kalimantan.
13. Paman Yulius dan Bibi Marsiana L. yang telah membarikan bantuan serta dukungan kepada penulis
14. Teman-teman kelompok KTI Keperawatan Jiwa: Marwati, Lindra, Vivi dan Julius.
15. Sahabat tercinta Rini yang selalu bersama saya dari kelas dua SMA sampai sekarang selalu memberikan dukungan, dan semangat.
16. Kakak tercinta: Kresensia Herlianti, Amd.Kep; Melania Mela, Amd.Kep; Ananda Rizqi Sutarto, Amd.Kep; Veronika intan, Amd.Kep; Komariah, Amd.Kep; Finsensius, Amd.Kep; Domingus, Amd.Kep.
17. Teman-teman seperjuangan ANKA VI: Rini, Julius, Raju, Yuda, Aristo, Apra dan Yanti yang berjuang bersama dalam susah senang mengikuti tes di Sambas sampai menyelesaikan perkuliahan di STIKes Mitra Keluarga.

18. Sahabat kecil tercinta Maria Puspita Ayu, Deta Kalista yang selalu memberikan semangat, dan motivasi kepada penulis.
19. Teman-teman NO JAIM: Selvi Rohani Pardede, Feronika Sitinjak, Emmia Agnes Joreta, Kristina Margareta Sihombing dan Tsania Fitria Nabila, Rizka Aftiani yang selalu memberikan motivasi dan memberikan semangat kepada penulis selama proses perkuliahan, dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
20. Teman-teman seperjuangan Angkatan VII DIII Keperawatan yang selalu memberikan dukungan, dan kerjasama selama proses perkuliahan.
21. Kakak tercinta: Kak Winny, Kak Meyda, Kak Apri dan Kak Rosida yang telah memberikan semangat kepada penulis.
22. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari segi isi maupun cara penulisan. Oleh karena itu penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang diberikan demi perbaikan karya tulis ini. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. G dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit Jakarta Timur” ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Bekasi, Februari 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
C. Ruang Lingkup .....	7
D. Metode Penulisan .....	7
E. Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b> .....	<b>9</b>
A. Konsep Skizofrenia .....	9
1. Definisi Skizofrenia .....	9
2. Psikodinamika .....	9
3. Manifestasi skizofrenia .....	12
4. Proses Terjadinya Skizofrenia .....	14
5. Klasifikasi Skizofrenia .....	16

6. Penatalaksanaan .....	17
7. Manajemen Obat.....	19
<b>B. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan.....</b>	<b>20</b>
1. Definisi .....	20
2. Etiologi .....	20
3. Manifestasi Klinis.....	22
4. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan.....	23
5. Rentang respon.....	23
<b>C. Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan.....</b>	<b>25</b>
1. Pengkajian .....	25
2. Diagnosa Keperawatan .....	28
3. Rencana Keperawatan.....	28
4. Implementasi.....	33
5. Evaluasi keperawatan.....	40
<b>BAB III TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>42</b>
A. Pengkajian.....	42
B. Diagnosa Keperawatan.....	58
C. Perencanaan Keperawatan.....	59
D. Implementasi dan Evaluasi .....	63
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>74</b>
A. Konsep Medis .....	74
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	76
1. Pengkajian .....	76
2. Diagnosa Keperawatan .....	79
3. Perencanaan.....	80

4. Implementasi.....	83
5. Evaluasi.....	83
<b>PENUTUP.....</b>	<b>85</b>
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	86
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>88</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>91</b>

## DAFTAR TABEL

3.1. Analisa Data.....	52
------------------------	----

## DAFTAR DIAGRAM

Diagram 2.1 Patofisiologi skizofrenia.....	15
Diagram 2.2 Rentang respon resiko perilaku kekerasan.....	24
Diagram 2.3 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan.....	27
Diagram 3.1 Genogram keluarga Tn. G.....	45
Diagram 3.2 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan.....	58

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran Strategi Pelaksanaan Resiko Perilaku Kekerasan: Individu

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Manusia sebagai makhluk sosial dan ekonomi selalu berusaha untuk memenuhi kebutuhan agar tetap bertahan hidup, namun kebutuhan manusia tidak terbatas, sedangkan alat pemuas kebutuhan manusia jumlahnya terbatas. Banyak faktor yang mempengaruhi keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan salahsatunya adalah faktor ekonomi. Faktor ekonomi dan penghasilan yang kurang tidak dapat untuk memenuhi kebutuhan, baik untuk diri sendiri, orang lain maupun keluarga. Seseorang yang sudah berkeluarga, terutama kepala keluarga tidak hanya memikirkan kebutuhan hidupnya sendiri, akan tetapi harus memikirkan kebutuhan hidup keluarganya. Kepala keluarga bertanggungjawab secara ekonomi memenuhi kebutuhan hidup anggota keluarga yang meliputi kebutuhan sandang, pangan dan papan, namun jika kepala keluarga tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan keluarga, sementara keluarga selalu meminta penghasilan yang lebih, sehingga hal ini dapat menjadi beban stress bagi kepala keluarga (Daulima, Rasmawati, & Wardani, 2019).

Beban stress yang berkepanjangan dapat menyebabkan seseorang mengalami perubahan dalam pola berpikir dan berperilaku. Hal ini karena adanya perubahan dalam sistem otak. Sistem otak bekerja diatur oleh *neurotransmitter*. *Neurotrasmmitter* merupakan suatu zat kimia otak yang diedarkan dari dan menuju *neuron* melalui sinap yang dapat mempengaruhi proses komunikasi antara struktur otak. Peningkatan atau penurunan zat ini dapat mempengaruhi perilaku seseorang yang dapat memperburuk atau menghambat perilaku agresi. Ada beberapa zat yang terkandung pada *neurotransmitter*, jika mengalami peningkatan atau penurunan dapat menyebabkan perubahan dalam berperilaku yang

mengarah pada perilaku kekerasan, seperti penurunan dari kadar serotonin dan peningkatan kadar dopamin. Jika kadar serotonin mengalami penurunan, maka dapat mengakibatkan perilaku cepat marah dan mudah tersinggung, hipersensitivitas terhadap provokasi dan rasa marah serta kesal. Hal ini juga mempengaruhi kadar dopamin, peningkatan dopamin otak dan aktivitas *norepinefrin* secara signifikan dapat menyebabkan perilaku kekerasan dan dalam jangka waktu yang lama dapat mempengaruhi perubahan pada aktivitas otak serta dapat menimbulkan gangguan jiwa (Stuart, 2016).

Gangguan jiwa merupakan suatu pola perilaku atau psikologis yang ditunjukkan oleh individu atau pasien yang dapat menyebabkan distress, disfungsi dan menurunkan kualitas kehidupan penderita, Stuart (2016). Gangguan jiwa atau penyakit mental merupakan suatu pola psikologis atau perilaku yang pada umumnya terkait dengan stres atau kelainan mental yang tidak dianggap sebagai bagian dari perkembangan normal manusia (Choresyo, Nulhaqim, & Wibowo, 2017).

*National Institute of Mental Health* pada tahun 2030 gangguan jiwa akan mengalami peningkatan menjadi 25% dari jumlah awalnya 13%. Berdasarkan hasil penelitian data *World Health Organization* (WHO) (2016), terdapat sekitar 35 juta orang mengalami depresi, 60 juta orang mengalami bipolar, 21 juta orang mengalami skizofrenia, serta 47,5 juta orang mengalami demensia. Berdasarkan data *National Alliance of Mental Illness* (NAMI) berdasarkan hasil sensus penduduk Amerika Serikat tahun 2013, di perkirakan 61.5 juta penduduk yang berusia lebih dari 18 tahun mengalami gangguan jiwa, 13,6 juta diantaranya mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, gangguan bipolar Maulana, et al. (2019). Gangguan jiwa terdiri dari beberapa jenis, seperti gangguan skizofreniform, gangguan skizoafektif, gangguan waham, gangguan psikotik singkat, gangguan psikotik induksi zat, serta

gangguan jiwa yang paling sering di temukan adalah gangguan jiwa dengan skizofrenia (Maulana, et al., 2019).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan pada penyakit otak *neurobiologis* yang berat dan terus menerus, dapat berakibat pada respons yang sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga dan masyarakat Stuart (2016). Berdasarkan hasil penelitian data *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2014 angka penderita skizofrenia di seluruh dunia lebih dari 21 juta jiwa, Farkhah, Suryani, & Hernawati (2017). Angka kejadian skizofrenia pada pria lebih besar dari pada wanita. Angka kejadian di masyarakat berkisar 1-2% dari seluruh penduduk pernah mengalami skizofrenia. Menurut prevalensi yang didapatkan, skizofrenia tertinggi di Indonesia pada tahun 2013 adalah di DI Yogyakarta dan Aceh sebesar 2,7% (Zahnia & Sumekar, 2016).

Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3% sampai 1% dan biasanya timbul pada usia sekitar 18 sampai 45 tahun, namun ada juga yang baru berusia 11 sampai 12 tahun sudah menderita skizofrenia. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia, Kaunang, Kanine, & Kallo (2015). Menurut RISKESDAS (2018), di Indonesia prevalensi rumah tangga dengan Anggota Rumah Tangga (ART) yang mengalami gangguan jiwa dengan skizofrenia atau psikosis sebanyak 282.654 rumah tangga atau 7 %, hal ini mengalami peningkatan yang cukup signifikan dari data 2013 dengan persentase 1,7 %. Penyebaran prevalensi tertinggi terdapat di Bali 11,0% dan DI Yogyakarta 10,4% per 1000 rumah tangga yang mengalami Anggota Rumah Tangga (ART) yang mengidap gangguan jiwa dengan skizofrenia atau psikosis. Hasil penelitian RISKESDAS (2018) pada DKI Jakarta menunjukkan rumah tangga dengan Anggota Rumah Tangga (ART) yang mengalami skizofrenia sebanyak 11.849 atau 10,2%.

Menurut Keliat (2011), skizofrenia terdiri dari beberapa tanda dan gejala, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif, yaitu gejala yang tidak berlebihan atau distorsi fungsi otak yang normal, biasanya responsif terhadap semua kategori obat antipsikotik. Gejala positif seperti: waham, halusinasi, perubahan arus pikir dan mengalami perubahan perilaku, sedangkan gejala negatif seperti: sikap masa bodoh, pembicaraan terhenti tiba-tiba, menarik diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja atau aktivitas sehari-hari. Salah satu gejala positif dari skizofrenia adalah resiko perilaku kekerasan.

Resiko perilaku kekerasan merupakan suatu perilaku seseorang yang menunjukkan tindakan berbahaya baik untuk diri sendiri, orang lain ataupun lingkungan tempatnya berada, baik secara fisik, emosional seksual dan verbal. Perilaku kekerasan adalah suatu respons marah yang diungkapkan atau dilakukan secara maladaptif seperti halnya perilaku amuk Sutejo (2017). Berdasarkan prevalensi gangguan mental emosional yang terjadi di Indonesia pada penduduk usia >15 tahun menurut RISKESDAS (2018), yaitu sebanyak 706.688 atau 10,0%. Hasil dari penelitian *survey* dokumentasi Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur (2012) didapatkan data selama tahun 2011 bahwa 60% dari 650 pasien yang dirawat dengan riwayat perilaku kekerasan yang melakukan kontrol kembali ke poliklinik jiwa (Nuraenah, Mustikasari, & Putri, 2014).

Penyebab terjadinya perilaku kekerasan terdiri dari faktor biologis, psikologis dan sosiokultural Nurhalimah (2018). Perilaku kekerasan yang dilakukan dapat berupa kekerasan secara fisik dan verbal. Tanda dan gejala yang dapat dilakukan resiko perilaku kekerasan secara subjektif seperti ungkapan berupa ancaman, kata-kata kasar, ingin melukai atau memukul, secara objektif seperti, wajah memerah, tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan dan bicara kasar dengan nada suara tinggi Sutejo (2017). Akibat

yang dapat muncul dari perilaku kekerasan bisa melukai atau menciderai diri sendiri atau orang lain, bahkan akan menimbulkan kematian yang dilakukan oleh perilakunya (Nuraenah, Mustikasari, & Putri, 2014)

Pasien dengan resiko perilaku kekerasan yang dirawat di rumah sakit jiwa sangat memerlukan dukungan dari tenaga kesehatan terutama dokter dan perawat. Tenaga kesehatan yang memberikan perawatan pada pasien secara holistik dan komprehensif adalah seorang perawat, jadi dalam hal dukungan, sikap *caring* dengan pasien sangat diharapkan. Data diatas menunjukkan bahwa penanganan pasien dengan perilaku kekerasan dibutuhkan peran perawat. Peran perawat adalah sebagai *care giver*, yaitu pemberi asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan; perawat memberikan pelayanan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi: melakukan pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, melakukan intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan, dan melakukan evaluasi keperawatan, Yuniarti & Julaiyah (2014). Peran sebagai *educator*, yaitu membantu pasien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima. Peran sebagai *advokat*, yaitu memberikan perlindungan kepada pasien dalam bentuk asuhan yang tepat dan sesuai serta memperhatikan kebutuhan pasien. Peran sebagai *kolaborator* dilaksanakan melalui kerjasama dengan lembaga kesehatan mental atau tenaga medis lain dalam melakukan asuhan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan (Yosep I. , 2010).

Pada saat pasien sudah pulang ke rumah peran serta keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien merupakan suatu yang diharapkan untuk membantu pasien mengontrol diri dan perilakunya. Hal ini dibuktikan dengan salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan dukungan dan kasih sayang.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap pasien atau penderita sakit. Fungsi dan peran keluarga adalah sebagai sistem pendukung dalam memberikan pertolongan dan bantuan bagi pasien yang menderita perilaku kekerasan dan dapat bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dengan bantuan jika diperlukan (Nuraenah, Mustikasari, & Putri, 2014).

Dari data diatas menunjukkan bahwa peran perawat dan keluarga sangat dibutuhkan untuk menangani masalah gangguan jiwa khususnya pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Asuhan keperawatan yang diberikan diharapkan dapat menurunkan dan memberikan kontrol pada pasien, sehingga tidak terjadi dampak lebih lanjut yang dapat diakibatkan oleh resiko perilaku kekerasan yang dilakukan pasien, oleh karena itu, sebagai calon perawat, penulis perlu untuk membahas lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan dengan judul karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.G dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang Belimbing RSKD Duren Sawit Jakarta Timur”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mendapatkan pengalaman nyata di dunia praktik lapangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan melalui proses asuhan keperawatan jiwa.

### **2. Tujuan Khusus**

Setelah melakukan penyelesaian karya tulis ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- c. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- f. Melakukan identifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Melakukan identifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi serta alternatif pemecahan masalah.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan.

### **C. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup karya tulis ilmiah ini, yaitu asuhan keperawatan pada pasien Tn.G dengan resiko perilaku kekerasan di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur yang dilakukan pada 15 Januari 2020 sampai dengan 17 Januari 2020.

### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam karya tulis ilmiah ini, yaitu menggunakan metode naratif dan deskriptif. Dalam mengumpulkan data dengan cara studi kasus yang dilakukan secara langsung untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan dan menggunakan studi kepustakaan dengan cara mencari buku-buku referensi yang sesuai dengan kasus kelolaan serta melalui media elektronik seperti internet.

### **E. Sistematika Penulisan**

Karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis, meliputi: Bab I pendahuluan meliputi latar belakang penulisan, tujuan penulisan, ruang lingkup penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori meliputi konsep skizofrenia, konsep resiko perilaku kekerasan, dan konsep asuhan keperawatan resiko

perilaku kekerasan. Bab III tinjauan kasus adalah penyajian kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus yang dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang meliputi kesimpulan, saran, daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Skizofrenia**

##### **1. Definisi Skizofrenia**

Kata skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang disebut dengan *schizo* (*split* atau perpecahan) dan *phren* dari bahasa Jawa, istilah ini digunakan untuk memecahkan pikiran individu dengan gangguan skizofrenia, Yudhantara (2018). Skizofrenia adalah suatu gangguan yang terjadi kurang lebih bertahan selama 6 bulan, yang mana fase satu bulan pertama merupakan gejala aktif yang memiliki dua gejala atau lebih seperti gejala delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terarah dan perilaku yang mengarah pada penurunan aktivitas secara dramatis Tumanggor (2018). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang berat yang ditandai dengan ketidakmampuan dalam berkomunikasi dengan baik, gangguan penilaian secara realita, afek yang tumpul, gangguan penilaian kognitif dan mengalami gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2011).

##### **2. Psikodinamika**

Sampai saat ini penyebab pasti skizofrenia belum ditemukan meskipun riset-riset dibidang *neuroscience* masih tetap berjalan. Beberapa riset menyatakan penyebab skizofrenia, yaitu multifaktor. Skizofrenia memiliki beberapa karakteristik faktor, yaitu biologis, psikologis dan sosial. Faktor-faktor ini terganggu disebabkan perilaku kekerasan yang dilakukan dari ibu kandung, ayah yang selalu bersikap mengekang, orangtua yang terlalu *overprotective*, hal ini merupakan peran penting terhadap timbulnya penyakit ini. Meskipun demikian, tetap saja teori ini tidak mampu membuktikan dengan nyata bahwa skizofrenia bisa timbul karena disfungsi keluarga atau disfungsi orang tua.

Riset terus berkembang dan menemukan fakta bahwa penyebab dari skizofrenia adalah penyakit otak.

Gangguan struktur dan fungsi otak ini dapat memicu beberapa penyebab skizofrenia, yaitu:

a. Faktor genetik

Telah terbukti bahwa faktor genetik berperan besar terhadap kejadian skizofrenia. Kecenderungan untuk menderita skizofrenia berkaitan dengan kedekatan seorang secara genetik. Jika melihat populasi secara umum, maka hanya ada kemungkinan 1% penduduk dunia menderita skizofrenia. Namun, persentase ini tidak berlaku untuk orang yang punya hubungan darah langsung dengan penderita skizofrenia. Anak kembar dari orang tua penderita skizofrenia kemungkinan akan menderita skizofrenia sebesar 47%, 40% jika kedua orang tuanya menderita skizofrenia, 12% jika salah satu orang tua menderita skizofrenia dan 8% pada saudara kandung dimana orang tuanya adalah penderita skizofrenia.

b. Faktor biokimia

Hipotesis mengenai penyebab skizofrenia adalah dikarenakan aktivitas *dopaminergik* yang terlalu tinggi. Teori ini terkait efektivitas obat-obatan antipsikotik, dalam meredam efek psikosis. Selain itu, obat-obatan yang meningkatkan kerja dopamin (misalnya: Kokain dan Amfetamin) yang bersifat *psikomimetik*. Oleh karena itulah teori ini masih berpegang kuat akan timbulnya skizofrenia akibat aktivitas *dopaminergik* yang terlalu tinggi. Namun begitu, teori dasar ini belum bisa memastikan apakah aktivitas terkait *dopaminergik* ini berkaitan dengan tingginya hiperaktivitas atau terlalu banyak reseptor dopamin, terlalu banyak pelepasan dopamin, atau kombinasi semuanya. Satu hal yang pasti, kelebihan dopamin pada penderita skizofrenia berkaitan erat dengan keparahan dari gejala positif yang muncul.

c. *Neuropatologi*

Keilmuan neuropatologi berdasarkan pada abnormalitas neurokimia otak pada korteks serebral, talamus batang otak. Kehilangan volume otak yang signifikan pada penderita skizofrenia tampaknya menimbulkan pengurangan densitas akson, dendrit dan sinaps yang erat kaitannya dengan fungsi asosiasi otak.

d. *Sirkuit saraf*

Hipotesis sirkuit saraf menghubungkan fungsi dan metabolisme dari abnormalitas *prefrontal cortex* yang mengakibatkan disfungsi *sirkuit anterior cingulated basal ganglia thalamocortical*. Hal ini mengakibatkan timbulnya gejala positif skizofrenia. Selain itu, abnormalitas korteks prefrontal juga mengakibatkan disfungsi *dorsolateral* yang mengakibatkan timbulnya gejala negatif pada skizofrenia. Hal ini berhubungan dengan studi fungsi imaging yang menunjukkan terdapat perbedaan yang sangat signifikan antara orang yang mengalami halusinasi dan orang yang tidak mengalami halusinasi, yakni terkait abnormalitas pada korteks prefrontal.

e. *Metabolisme otak*

Studi dengan *magnetic resonance spectroscopy* menunjukkan bahwa terdapat kadar *fosfomonoester* dan *fosfat inorganik* yang rendah pada penderita skizofrenia.

f. *Applied electrophysiology*

Studi *elektroensefalografis* menunjukkan bahwa terdapat penurunan aktivitas alfa. Peningkatan beta dan aktivitas delta pada skizofrenia. Hal ini mengakibatkan kemungkinan aktivitas epilepsi dan abnormalitas otak kiri. Penderita skizofrenia juga menunjukkan ketidakmampuan untuk menyaring suara dan sangat sensitif dengan suara ribut. Banyaknya suara mengakibatkan penderita sulit berkonsentrasi dan mungkin menjadi faktor terjadinya halusinasi pendengaran.

g. Disfungsi gerak mata

Hasil penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia menunjukkan gerakan abnormal mata 50%-80% dibandingkan dengan penderita gangguan jiwa yang bukan skizofrenia.

h. *Psikoneuroimunologi*

Abnormalitas sistem imun tubuh dikaitkan dengan skizofrenia. Hal ini bisa dilihat dari peningkatan produksi *T-cell interleukin* dan pengurangan respons limfosit perifer. Walaupun belum ditemukan data yang valid akan infeksi virus yang bersifat neurotoksik yang bisa saja terjadi selama fase prenatal penderita skizofrenia, namun beberapa kasus menunjukkan bahwa ibu hamil yang mengalami influenza pada saat masa infeksi virus sedang terjadi, mempunyai anak yang berisiko menderita skizofrenia.

i. *Psychoendocrinology*

Studi menunjukkan bahwa uji Deksametason bersifat abnormal pada skizofrenia dibandingkan yang tidak mengalami skizofrenia walaupun hasil valid untuk teori ini masih saja di pertanyakan.

### 3. Manifestasi skizofrenia

Sama seperti penyakit lainnya, karakteristik penderita skizofrenia juga dibagi berdasarkan tanda dan gejala khusus yang ditunjukkan oleh pasien yang menderita skizofrenia. Menurut *American Psychiatric Association* (2000) dalam Tumanggor (2018), karakteristik gejala yang harus ada untuk menegakkan skizofrenia adalah seperti dibawah ini.

- a. Karakteristik gejala: terdapat dua atau lebih gejala dibawah ini dengan variasi waktu selama satu bulan (atau kurang dari satu bulan jika perawatan berhasil)
  - 1) Delusi
  - 2) Halusinasi
  - 3) Pembicaraan yang tidak terarah
  - 4) Perilaku yang tidak beraturan
  - 5) Gejala negatif, misal: afek datar, alergia' atau bahkan abolisi.

- b. Disfungsi sosial atau pekerjaan: sejak terjadinya gangguan, satu atau lebih fungsi kehidupan sehari-hari seperti pekerjaan, hubungan interpersonal atau bahkan perawatan diri menjadi terganggu dan bahkan tidak bisa melakukan fungsi-fungsi di atas seperti biasanya (jika terjadinya pada anak-anak atau pada usia remaja, maka pasien biasanya terganggu pada hubungan interpersonal, akademik dan pencapaian prestasinya).
- c. Tanda dan gejala terus berlangsung dan bertahan kurang lebih selama 6 bulan. Dalam 6 bulan ini sudah termasuk 1 bulan gejala (atau kurang jika perawatannya berhasil) yang sesuai dengan kriteria A dan bisa saja mencakup periode prodromal atau gejala residual. Selama periode prodromal dan residual, tanda dan gejala mungkin saja ditunjukkan dengan gejala negatif atau ditunjukkan dengan dua atau lebih tanda dan gejala yang tertera pada kriteria A (misalnya: keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak biasa).
- d. Tidak terdapat tanda dan gejala skizoafektif dan gangguan *mood*: skizoafektif dan gangguan *mood* dikeluarkan dari kriteria skizofrenia dikarenakan salah satu dari alasan berikut: 1) tidak terdapat depresi, manik, atau episode campuran yang terjadi selama fase gejala aktif; atau 2) jika terdapat episode *mood* selama fase gejala aktif, durasi yang terjadi relatif singkat dibandingkan dengan durasi aktif gejala dan episode residual.
- e. Tidak terdapat tanda dan gejala medis umum atau gejala gangguan jiwa karena diakibatkan penyalahgunaan zat terlarang: gangguan skizofrenia tidak diakibatkan oleh efek fisiologis penyalahgunaan zat (misalnya: penyalahgunaan zat, terapi obat-obatan) atau karena kondisi medis umum lainnya
- f. Hubungannya dengan gangguan perkembangan pervasif: jika individu terdapat riwayat autisme atau gangguan perkembangan pervasif lainnya, diagnosis skizofrenia hanya ditegakkan jika terdapat gejala halusinasi dan delusi setidaknya-tidaknya selama sebulan (atau kurang dari sebulan jika pengobatannya berhasil).

#### 4. Proses Terjadinya Skizofrenia

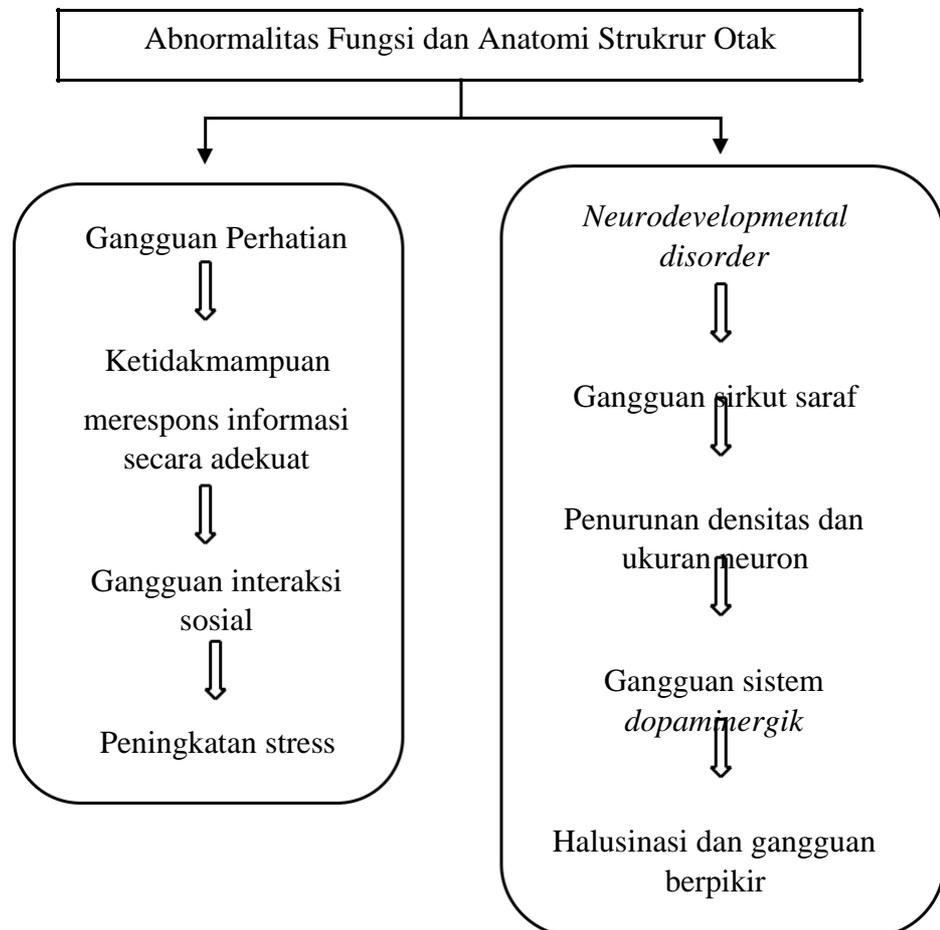
Perjalanan penyakit skizofrenia dibagi menjadi beberapa fase. Fase prodromal bermula saat remaja (usia belasan tahun terakhir atau 20-an awal). Kejadian pencetus seperti trauma emosi, obat, dan separasi (perpisahan) dapat memicu episode penyakit. Gejala prodromal berupa cemas, gundah, teror, atau depresi yang berbentuk akut atau bertahap.

Pada fase ini terjadi perubahan persepsi dan keyakinan (*belief*), fungsi kognitif, *mood*, afek, serta kebiasaan yang mungkin tidak nampak nyata. Fase ini berakibat penurunan level fungsional secara sosial. Fase ini terjadi sekitar bulanan hingga tahunan sebelum gejala psikosis yang jelas dimana gejala negatif bersifat lebih dominan.

Pada fase psikosis atau akut terjadi waham, halusinasi, perilaku, dan pembicaraan yang disorganisasi. Fase transisional atau postpsikosis merupakan sebuah fase yang memungkinkan untuk terjadinya kekambuhan yang dipengaruhi oleh stressor psikososial ataupun ketidakpatuhan minum obat pada fase ini terjadi residual dari gejala yang berupa penurunan gejala psikosis dan mendominasinya gejala negatif dan kognitif. Fase penyembuhan terjadi bebas gejala dan dapat melakukan aktivitas sosial, Yudhantara (2018), setelah terjadinya beberapa fase dapat berkembang menjadi:

- a. Subkronik, yaitu bila individu menunjukkan penyakitnya terus menerus, paling sedikit 6 bulan atau kurang dari 2 tahun.
- b. Kronik, yaitu bila individu menunjukkan penyakitnya terus menerus lebih dari 2 tahun.
- c. Subkronik dengan eksaserbasi akut, yaitu timbul ulangnya gejala psikotik yang jelas pada seseorang dalam keadaan subkronik.
- d. Kronik dengan eksaserbasi kronik, yaitu timbul ulangnya gejala psikotik yang jelas pada seseorang dalam keadaan kronik.
- e. Dalam keadaan remisi, yaitu keadaan yang sama sekali tidak menunjukkan gejala-gejala penyakit, terlepas apakah tidak

menurunkan gejala-gejala penyakit, terlepas apakah ia memakai obat atau tidak.



**Diagram 2.1: Patofisiologi Skizofrenia** (Tumanggor, 2018)

Walau begitu tetap saja Howes dan Kapur (2009) dalam Tumanggor (2018) menyatakan bahwa dominasi dopamin hanyalah salah satu faktor diantara begitu banyak faktor yang menjadi pemicu skizofrenia. Kombinasi faktor genetik, stress, disfungsi *frontotemporal* dan penyalahgunaan zat terlarang dipercaya sebagai pemicu peningkatan aktivitas dopamin sehingga menyebabkan timbulnya gejala positif dan gejala negatif pada kasus skizofrenia. Dengan demikian, skema

patofisiologi yang dipaparkan diatas hanyalah sekedar hipotesis dari para peneliti yang melakukan beberapa percobaan utamanya kepada hewan semisal tikus. Penelitian lebih lanjut sebaiknya dilakukan dimasa depan karena bisa saja serotonin juga terlihat, walau paparan diatas hanya menyebutkan pengaruh dopamin terhadap gejala-gejala psikotik penderita skizofrenia. Hal ini dikarenakan percobaan pada manusia baru percobaan obat-obatan antipsikotik yang sudah terbukti efektif menurunkan kerja *dopaminergik* dan mengurangi efek halusinasi dan delusi. Itulah kenapa teori terkuat diantara teori-teori terkait patofisiologi skizofrenia, walau penelitian terkini tetap dilakukan para ahli untuk memecahkan misteri penyakit gangguan struktur otak yang menimbulkan gejala gangguan jiwa seperti skizofrenia.

## 5. Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia menurut Tumanggor (2018), sebagai berikut:

### a. Tipe paranoid

Skizofrenia tipe paranoid ditandai dengan ciri khas seperti halusinasi pendengaran dan delusi yang tertahan. Namun penderita tidak menunjukkan gejala-gejala, seperti: pembicaraan yang tidak terarah, perilaku yang tidak terarah, afek datar atau mengalami afek yang tidak sesuai.

### b. Tipe *Disorganized*

Skizofrenia tipe ini memiliki tanda dan gejala yang khas, yaitu melakukan pembicaraan yang tidak terarah, mengalami afek datar dan afek yang tidak sesuai. Namun tidak mengarah pada perilaku katatonik.

### c. Tipe Katatonik

Karakteristik skizofrenia tipe katatonik seperti dibawah ini:

- 1) Imobilitas motorik yang ditunjukkan dengan katalepsi (termasuk *waxy flexibility*) ataupun stupor.
- 2) Aktivitas motorik yang berlebihan, dimana aktivitas tersebut tidak bertujuan dan tidak dikarenakan adanya stimulus eksternal.

- 3) Perilaku negatif yang ekstrem, dimana penderita cenderung untuk tidak termotivasi terhadap instruksi atau mempertahankan posisi diam atau autisme.
  - 4) Gerakan aneh yang ditunjukkan dengan posisi tubuh yang tidak biasa.
  - 5) *Echolalia* atau *echopraxia*.
- d. Tidak terdefiniskan
- Penampakan khas dari tipe ini adalah tanda dan gejala skizofrenia untuk kriteria A, namun tidak dijumpai tanda dan gejala untuk tipe paranoid, tipe disorganisasi maupun tipe katatonik.
- e. Tipe residual
- Karakteristik khas dari tipe ini adalah sebagai berikut:
- 1) Ketiadaan delusi dan halusinasi yang bertahan. Selain itu juga tidak dijumpai adanya pembicaraan yang tidak terorganisasi maupun perilaku yang katatonik.
  - 2) Adanya gangguan yang berkesinambungan yang ditunjukkan dengan adanya gejala negatif atau adanya dua atau lebih gejala skizofrenia pada kriteria A. Kemudian, penderita juga menunjukkan kepercayaan yang aneh maupun pengalaman/persepsi yang tidak biasa.

## 6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang digunakan untuk menangani gangguan jiwa berat seperti skizofrenia, yaitu dengan memberikan antipsikotik untuk meredakan tanda dan gejala positif yang dialami pasien.

Adapun golongan obat yang digunakan sebagai berikut:

### a. Antipsikotik (*Typical* dan *Atypical Antipsychotic Drugs*)

Obat Antipsikotik dibagi menjadi dua golongan besar. Golongan pertama, yaitu *typical antipsychotic drugs/dopamin receptor antagonist* atau biasa dikenal dengan obat antipsikotik tradisional, seperti: Haloperidol, Chlorpromazine atau CPZ, Trifluoroperazine, Flupentixol dan Droperidol. Golongan kedua, yaitu *atypical*

*antipsychotic drugs/serotonin dopamin antagonists atypical antipsychotics (SDA).*

Obat-obat dengan golongan Antipsikotik *typical antipsychotic drugs/dopamin receptor antagonist* ini bekerja untuk menghambat kerja reseptor dopamine di otak, mencegah untuk menyampaikan pesan yang di transmisikan sepanjang sinyal oleh *neurotransmitter* (Tumanggor, 2018). Keefektifan dari obat golongan *atypical antipsychotic drugs/serotonin dopamin antagonists atypical antipsychotics (SDA)* ini terbukti dapat mengurangi tanda dan gejala positif skizofrenia, namun dari obat ini juga memiliki kelamahan dengan menghambat aktivitas dopamin dibagian otak yang disebut dengan striatum dengan adanya hambatan tersebut dapat mengakibatkan efek samping ekstrapiramidal seperti sindrom parkinson, dystonia, akathisia atau gerakan yang terjadi secara terus menerus dan *tardive dyskinesia* jika sudah mengalami tingkat yang parah.

Kerja golongan obat *typical antipsychotic drugs/dopamin receptor antagonist* ini juga menghambat reseptor serotonin dan histamine didalam otak sehingga dapat mengakibatkan efek samping antikolinergik seperti, mulut kering, mengalami gangguan penglihatan, konstipasi, gangguan dalam berkonsentrasi, dapat mengalami sedasi dan resiko untuk mengalami perubahan tekanan darah. Selain hal diatas untuk obat Antipsikotik golongan pertama *typical antipsychotic* juga dapat mengurangi gejala positif dan gejala negatif, dengan pemberian obat ini sering kali mengalami efek samping ekstrapiramidal, oleh sebab itu dalam penggunaan obat ini sering dikombinasikan dengan obat antikolinergik dan Amantadine (Tumanggor, 2018).

- b. *Serotonin Dopamin Antagonists Atypical Antipsychotics (SDA)*
- Menurut Tumanggor (2018), obat antipsikotik atipikal ini disebut sebagai generasi kedua yang meliputi: Risperidone (Risperdal), Olanzapine [Zyprexa, Quetiapine (Seroquel), Clozapine (Clozaril dan Zpirasidone), Geodon, Aripiprazole (Abilify)]. Disebut dengan SDA karena golongan obat ini memiliki jumlah serotonin tipe-2 dan reseptor dopamine D2 lebih tinggi dibandingkan obat-obatan jiwa yang memiliki golongan topikal yang disebut *Dopamine Reseptor Antagonists (DRAs)*. Karakteristik dari obat SDA, sebagai berikut:
- 1) D2 memiliki daya reseptor penghambat yang rendah jika dibandingkan dengan golongan DRA yang mempunyai daya reseptor D2 penghambat yang lebih tinggi.
  - 2) Efek samping yang di disebabkan seperti ekstepiramidal dan *tardive dyskinesia* rendah bila dibandingjan dengan golongan atipikal/DRA.
  - 3) Efektif untuk perawatan skizofrenia dengan tanda dan gejala manik akut
  - 4) Lebih kecil untuk kemungkinan mengalami kekembuhan
  - 5) Rendahnya angka hospitalisasi
  - 6) Efektif untuk dilakukan manajemen pada episode awal psikotik

## 7. Manajemen Obat

Dalam penggunaan obat jiwa agar mendapatkan pengobatan yang efektif perlu untuk mengetahui cara-cara untuk manajemen obat, sebagai berikut:

- a. Jika dalam menggunakan obat SDA golongan pertama pasien tidak mengalami respons, maka harus mencoba obat SDA yang lain. Dalam memilih ketepatan obat harus berdasarkan status klinis keadaan pasien dan dengan mengetahui riwayat respons penggunaan obat sebelumnya.
- b. Untuk mencapai efek yang efektif dibutuhkan waktu kurang lebih 4-6 minggu dalam penggunaan obat SDA. Untuk mencapai efek klinis

yang lebih stabil dalam penggunaan SDA membutuhkan waktu kurang lebih 8 minggu.

- c. SDA digunakan dengan dosis secara bertahap dimulai dengan dosis kecil dan perlahan lahan akan dinaikkan sampai mencapai efek terapeutik. Jika pasien berhenti untuk mengkonsumsi obat SDA selama 36 jam atau dalam kurun waktu satu setengah hari, maka obat harus di minum mulai dari tahap awal kembali.
- d. Data riwayat kesehatan pasien harus mencakupi: tekanan darah, ada atau tidak riwayat epilepsi, penyakit jantung, penyakit ginjal dan penggunaan obat atau zat-zat terlarang.
- e. Melakukan pemeriksaan fisik seperti : lakukan pemeriksaan darah berdiri dan terlentang untuk menilai hipotensi ortostatik (mengalami tekanan darah rendah saat bangun dari tempat duduk atau bebaring), nilai CBCs (*complete blood counts*), fungsi hati, monitoring glukosa darah dan lipid serta penimbunan berat badan (Tumanggor, 2018).

## **B. Konsep Resiko Perilaku Kekerasan**

### **1. Definisi**

Resiko perilaku kekerasan adalah suatu perilaku atau tindakan yang dapat membahayakan orang lain baik secara fisik maupun emosional, perilaku kekerasan yang dilakukan secara verbal, fisik mau pun pada lingkungan, Keliat (2019). Resiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang dapat membahayakan diri sendiri, orang lain atau bahkan lingkungannya, perilaku ini dapat di lakukan secara fisik, emosional, verbal dan seksual (Sutejo, 2017).

### **2. Etiologi**

Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi menurut Nurhalimah (2018), sebagai berikut:

a. Faktor Predisposisi

Didalam faktor predisposisi terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi, diantaranya sebagai berikut:

1) Faktor Biologis

Pada faktor ini yang harus diketahui ada atau tidaknya faktor herediter dari anggota keluarga apakah sering melakukan atau melihat terjadinya tindakan kekerasan, faktor secara genetik adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, riwayat trauma pada kepala dan riwayat penggunaan NAPZA (narkotik, psikotropika dan zat-zat aditif lainnya).

2) Faktor Psikologis

Berdasarkan faktor ini ada beberapa penyebab dari tindakan perilaku kekerasan seperti adanya pengalaman marah, respon psikologis terhadap stimulus internal, eksternal maupun lingkungan, mengalami frustrasi terhadap suatu hambatan atau kegagalan serta dapat berperilaku destruktif.

3) Faktor Sosiokultural

Dari faktor sosiokultural ini sangat erat kaitannya dengan lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mengekspresikan marah, norma dan budaya yang tertanam dapat membuat individu bersikap dan berperilaku secara asertif atau agresif.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi pada setiap individu berbeda-beda hal ini dapat disebabkan stresor yang berasal dari dalam atau dari luar individu. Faktor yang disebabkan dari dalam individu, meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang dicintai, disayangi atau seseorang yang berarti (putus cinta, ditolak pasangan dan dapat juga berupa kematian), kekhawatiran terhadap penyakit. Sedangkan faktor dari luar individu seperti serangan terhadap fisik, lingkungan

yang tidak kondusif atau terlalu rebut, keritikan yang mengarah pada penghinaan dan tindakan-tindakan kekerasan.

### 3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari tindakan perilaku kekerasan dapat di begi dalam beberapa karakteristik Yosep (2011), adalah:

a. Fisik

Muka memerah dan tampak tegang, matanya melotot / pandangan tajam, tangan mengepal, postur tubuh kaku, mengatupkan rahang dengan kuat, dan jalan mondar-mandir.

b. Verbal

Berbicara kasar, nada suara tinggi, membentak dan berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, berbicara dengan kata-kata kotor, suara keras, dan ketus.

c. Perilaku

Melempar atau memukul benda/orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan dan bersikap amuk/agresif.

d. Emosi

Tidak adekuat, tidak merasa aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, berangapan bahwa dirinya tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut untuk meminta kehendaknya.

e. Intelektual

Mendominasi dalam bertutur kata, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan sarkasme.

f. Spiritual

Merasa dirinya yang berkuasa, merasa diri yang paling benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

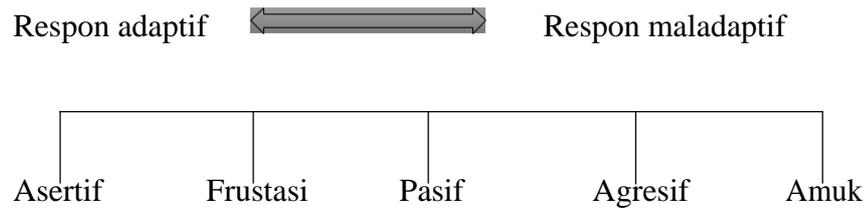
#### **4. Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan**

Stres, cemas dan harga diri rendah dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat diekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, ketegangan pun akan menurun dan akhirnya rasa marah yang dialami dapat diatasi. Rasa marah yang diekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif, menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang ditujukan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Yosep I. , 2011).

Perilaku yang submisif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marahnya tidak terungkap. Kemarahan yang demikian kemudian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan pada suatu saat akan menimbulkan kemarahan yang destruktif yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

#### **5. Rentang respon**

Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang respon emosi dan ungkapan kemarahan seseorang yang ditunjukkan tanda dan gejala dalam bentuk fisik. Kemarahan tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari setiap individu yang mengalami perilaku kekerasan. Seseorang yang mengalami kemarahan merupakan suatu wujud ungkapannya untuk menyampaikan keinginan atau pesan bahwa seseorang tersebut tidak setuju, tersinggung, merasa tidak di anggap, merasa tidak dituruti atau bahkan merasa diremehkan. Marah yang dialami individu tersebut memiliki rentang yang dimulai dari respon adaptif sampai maladaptif.



**Diagram 2.2: Rentang respon perilaku kekerasan**

**Keterangan:**

Asertif merupakan kemarahan yang diungkapkan tanpa melukai atau menyakiti orang lain. Frustrasi merupakan kegagalan dalam mencapai sebuah tujuan karena tidak realistis atau mengalami hambatan. Pasif merupakan respon lanjutan dimana pasien tidak mampu untuk mengungkapkan perasaannya. Agresif merupakan perilaku destruktif tapi masih dalam batas terkontrol. Amuk merupakan perilaku destruktif namun tidak lagi dapat terkontrol.

## C. Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Perilaku Kekerasan

### 1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah pasien. 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 pasien, Stuart & Larai, 2001 dalam Azizah, Zainuri, & Akbar (2016). Pengkajian yang dilakukan pada pasien, yaitu dengan menanyakan identitas, keluhan utama atau alasan masuk, riwayat kesehatan, psikososial, pemeriksaan fisik, 14 kategori status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme coping dan pengetahuan tentang penyakit.

Menurut Nurhalimah (2018), pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan, yaitu dengan cara wawancara sebagai berikut:

- a. Coba ceritakan ada kejadian apa yang menyebabkan anda marah?
- b. Coba anda ceritakan apa yang anda rasakan ketika marah?
- c. Perasaan apa yang anda rasakan ketika marah?
- d. Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat anda marah?
- e. Apa akibat dari cara marah yang anda lakukan?
- f. Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah anda hilang?
- g. Menurut anda apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan anda?

Faktor penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan adalah:

- a. Faktor Predisposisi

Didalam faktor predisposisi terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi, diantaranya sebagai berikut:

### 1) Faktor Biologis

Pada faktor ini yang harus diketahui ada atau tidaknya faktor herediter dari anggota keluarga apakah sering melakukan atau melihat terjadinya tindakan kekerasan, faktor secara genetik adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, riwayat trauma pada kepala dan riwayat penggunaan NAPZA (narkotik, psikotropika dan zat-zat aditif lainnya).

### 2) Faktor Psikologis

Berdasarkan faktor ini ada beberapa penyebab dari tindakan perilaku kekerasan seperti adanya pengalaman marah, respon psikologis terhadap stimulus internal, eksternal maupun lingkungan, mengalami frustrasi terhadap suatu hambatan atau kegagalan serta dapat berperilaku destruktif.

### 3) Faktor Sosiokultural

Dari faktor sosiokultural ini sangat erat kaitannya dengan lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mengekspresikan marah, norma dan budaya yang tertanam dapat membuat individu bersikap dan berperilaku secara asertif atau agresif.

### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi pada setiap individu berbeda-beda hal ini dapat disebabkan stresor yang berasal dari dalam atau dari luar individu. Faktor yang disebabkan dari dalam individu, meliputi kehilangan relasi atau hubungan dengan orang dicintai, disayangi atau seseorang yang berarti (putus cinta, ditolak pasangan dan dapat juga berupa kematian), kekhawatiran terhadap penyakit. Sedangkan faktor dari luar individu seperti serangan terhadap fisik, lingkungan yang tidak kondusif atau terlalu rebut, keritikan yang mengarah pada penghinaan dan tindakan-tindakan kekerasan.

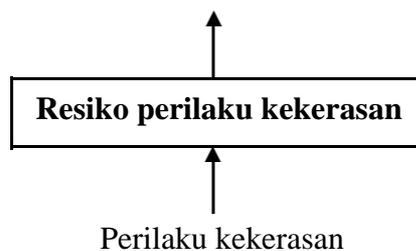
c. Mekanisme koping

Menurut Prastya (2017), mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti: sublimasi, proyeksi, represi, reaksi formasi dan *displacement*, sebagai berikut:

- 1) Sublimasi, yaitu menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan, penyalurannya ke arah lain.
- 2) Proyeksi, yaitu menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik
- 3) Represi, yaitu mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar.
- 4) Reaksi formasi, yaitu mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan digunakannya sebagai rintangan.
- 5) *Displacement*, yaitu melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada obyek yang tidak begitu berbahaya yang membangkitkan emosi.

d. Pohon Masalah

Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan



**Diagram 2.3: Pohon masalah perilaku kekerasan (Sutejo, 2017)**

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sutejo (2017), diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan dapat dirumuskan jika pasien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut.

Menurut Azizah (2018) diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada pasien dengan perilaku kekerasan, antara lain

- a. Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- b. Resiko Perilaku Kekerasan
- c. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
- d. Gangguan Harga Diri : Harga Diri Rendah
- e. Koping Individu tidak efektif

## 3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan terdiri dari tujuan umum, tujuan khusus, dan rencana tindakan keperawatan. Dalam merumuskan suatu tujuan keperawatan harus dilakukan dengan SMART, yaitu *specific* (fokus kepada pasien/rumusan tujuan harus ditetapkan secara tegas dan jelas), *measurable* (dapat diukur menggunakan indikator pengukuran yang tepat untuk mengevaluasi tingkat keberhasilan, peninjauan ulang dan perbaikan dimasa mendatang), *achievable* (tujuan yang harus dicapai), *reasonable* (tujuan yang dipertanggungjawabkan sesuai target yang telah ditetapkan), dan *time* (waktu pencapaian tujuan dan harus dicapai tepat waktu) (Mamik, 2015).

Menurut Azizah (2016), rencana keperawatan tersebut dirangkum dalam strategi pelaksanaan individu dan keluarga. Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan adalah:

**Strategi pelaksanaan individu:**

- a. SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik

**Tujuan Khusus:**

Setelah dilakukan...kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.

**Kriteria Hasil:**

Setelah...kali interaksi pasien dapat membina hubungan saling percaya; ditandai dengan:

- 1) Ekspresi wajah tersenyum
- 2) Mau berkenalan
- 3) Ada kontak mata
- 4) Bersedia menceritakan perasaannya
- 5) Bersedia mengungkapkan masalah.

**Tindakan keperawatan:**

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 3) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- 4) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- 5) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- 6) Mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon kemarahan
- 7) Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal/kasur)

- b. SP 2 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol marah dengan minum obat teratur

**Kriteria Hasil:**

Setelah dilakukan...kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat, ditandai dengan: pasien dapat menjelaskan: manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang

diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan pasien menggunakan obat sesuai program.

**Tindakan keperawatan:**

- 1) Evaluasi latihan nafas dalam dan pukul bantal
- 2) Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat
- 3) Jelaskan kepada pasien: jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat), dosis yang tepat untuk pasien, waktu pemakaian, cara pemakaian, dan efek yang dirasakan pasien
- 4) Anjurkan pasien untuk: minta dan menggunakan obat tepat waktu serta lapor ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa
- 5) Berikan pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat.

- c. SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan: mengungkapkan rasa marah secara verbal

**Tujuan Khusus:**

Setelah dilakukan...kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik).

**Kriteria hasil:**

Pasien dapat memperagakan cara mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik).

**Tindakan keperawatan:**

- 1) Evaluasi jadwal kegiatan harian (latihan fisik (SP I) dan minum obat (SP 2)
- 2) Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
- 3) Menyusun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal

- d. SP 4 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol PK dengan cara spiritual

**Kriteria hasil:**

Setelah...kali interaksi pasien mempragakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik, verbal, dan spiritual dengan cara berikut:

- 1) Fisik: tarik nafas dalam
- 2) Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti
- 3) Spiritual: zikir/doa dan meditasi sesuai agamanya

**Tindakan keperawatan:**

- 1) Evaluasi dan diskusikan hasil latihan SP 1, 2, dan 3
- 2) Latih untuk mempragakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih
- 3) Jelaskan manfaat cara tersebut
- 4) Anjurkan pasien untuk menirukan peragaan yang sudah dilakukan
- 5) Beri penguatan kepada pasien, perbaiki cara yang masih belum sempurna
- 6) Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah atau jengkel.

**Strategi Pelaksanaan Keluarga:**

SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah

- a. Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- b. Menjelaskan pengertian perilaku kekerasan, tanda dan gejala perilaku kekerasan, serta proses terjadinya perilaku kekerasan.

SP 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan

- a. Evaluasi SP 1
- b. Melatih keluarga mempraktikkan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- c. Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien perilaku kekerasan.

SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

- a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1,2)
- b. Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas dirumah termasuk minum obat (*discharge planning*)
- c. Menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang

Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) bertujuan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan. TAKS terdiri dari 5 sesi, yaitu:

- a. Sesi 1 : Mengetahui Perilaku Kekerasan yang biasa dilakukan  
TAK sesi 1 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan stimulus penyebab kemarahannya, pasien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah (tanda dan gejala marah), pasien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah (perilaku kekerasan) pasien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan.
- b. Sesi 2 : Mencegah Perilaku Kekerasan Secara Fisik  
TAK sesi 2 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan kegiatan fisik yang biasa dilakukan pasien, pasien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan, pasien dapat mendemonstrasikan dua kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan.
- c. Sesi 3 : Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Interaksi Sosial Asertif ( Cara Verbal)  
TAK sesi 3 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan tanpa memaksa, pasien

dapat mengungkapkan penolakan dan rasa sakit hati tanpa kemarahan.

d. Sesi 4 Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Spiritual

TAK sesi 4 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat melakukan Pencegahan perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

e. Sesi 5 Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Patuh Mengonsumsi Obat

TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan keuntungan patuh minum obat, pasien dapat menyebutkan akibat/kerugian tidak patuh minum obat, pasien dapat menyebutkan 5 benar cara minum obat.

#### 4. Implementasi

Sebelum melakukan tindakan keperawatan, perawat perlu memvalidasi apakah rencana yang ditetapkan masih sesuai dengan kondisi pasien saat ini (*here and now*) serta melakukan evaluasi diri sendiri apakah mampu secara interpersonal, intelektual, dan teknikal sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Apabila tidak ada hambatan, maka tindakan keperawatan dapat diimplementasikan. Ketika akan melakukan implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Perawat perlu memperhatikan standar tindakan keperawatan yang telah ditentukan dan aspek legal, yaitu mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016).

Untuk melaksanakan implementasi keperawatan dengan pasien dengan gangguan jiwa tentunya harus menggunakan cara interaksi yang berbeda pada pasien yang mengalami masalah kesehatan biasa. Karakteristik yang dimiliki oleh perawat dalam melakukan interaksi dengan pasien gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

a. Tidak menghakimi (*Nonjudgmental Approach*)

Salah satu karakteristik *caring* dari perawat adalah tidak menghakimi pasien. Pendekatan tidak menghakimi maksudnya adalah kita tidak melakukan tindakan kasar atau tindakan yang didasarkan atas keputusan berdasarkan kesimpulan sepihak kepada pasien baik secara verbal maupun non verbal. Cara yang dapat dilakukan agar perawat tidak terjebak pada tindakan menghakimi adalah dengan meningkatkan kesadaran diri perawat, dan memberikan kesempatan pasien mengungkapkan pikiran dan perasaannya, menghargai pasien sebagai orang yang mampu diberikan tanggung jawab, memberikan kesempatan pasien untuk mengambil keputusan.

b. Menerima (*Acceptance*)

Sikap menerima merupakan karakteristik lain dari perawat yang *caring*. Penerimaan adalah menegaskan bahwa pasien memiliki hak untuk mengekspresikan emosi dan pikirannya. Perawat yang memiliki sifat menerima terlihat dari sikap menghargai pikiran dan perasaan pasien dan membantu mereka untuk memahami diri sendiri.

c. Hangat (*Warmth*)

Sikap hangat merupakan karakteristik lain dari perawat yang *caring*. Sikap hangat dapat terlihat dari sikap perhatian kepada pasien dan mengungkapkan kesenangan dalam merawat pasien. Ini bukan berarti bahwa kita harus berlebihan dengan pasien atau berusaha untuk menjadi teman mereka. Sikap hangat dapat diungkapkan secara non verbal, sikap positif, nada yang ramah, dan senyum yang hangat. Mencondongkan badan ke depan dan mempertahankan kontak mata, menerima, dan tidak membuat rasa takut pasien merupakan contoh sikap yang hangat kepada pasien.

d. Empati

Empati merupakan sikap yang paling utama dalam menunjukkan *caring*. Empati berarti memahami pikiran dan perasaan pasien dan

ikut merasakan perasaannya tapi tidak ikut terlarut didalamnya. Dalam mencapai empati ada dua proses yang dilewati, yaitu memahami dan validasi. Langkah yang pertama memahami perasaan pasien melalui observasi. Langkah yang kedua memvalidasi perasaan pasien dengan cara meminta pasien mengungkapkan perasaannya.

e. Keaslian (*Authenticity*)

Menjadi seorang perawat yang *caring* harus memiliki pribadi yang tulus dan menjadi diri sendiri dalam menjalin interaksi dengan pasien. Ketika kita komitmen dengan pasien, maka kita harus bersikap profesional. Profesional disini maksudnya adalah berperan sebagai tenaga kesehatan yang memberikan layanan kesehatan dengan tujuan untuk menyembuhkan pasien.

f. Kongruensi (*Congruency*)

Kesesuaian antara komunikasi verbal dan nonverbal merupakan indikasi dari kongruensi. Kongruensi dibutuhkan untuk menumbuhkan hubungan saling percaya dan memudahkan hubungan kerjasama antara perawat dengan pasien.

g. Sabar (*Patience*)

Untuk membina hubungan terapeutik, hal penting yang dilakukan adalah bersikap sabar dengan pasien. Hal ini dapat meningkatkan kemandirian pasien. Sabar artinya memberikan pasien ruang untuk mengungkapkan perasaannya, berpikir, mengambil keputusan, dan memberikan kesempatan untuk membuat perencanaan sesuai keinginan dan kebutuhannya.

h. Hormat (*Respect*)

Menghargai pasien merupakan karakteristik lain dari perawat yang *caring*. Sikap hormat termasuk pertimbangan untuk pasien, komitmen melindungi mereka, dan dari bahaya lain, dan percaya terhadap kemampuan mereka dalam menyelesaikan masalah atau melakukan perawatan secara mandiri

i. Dapat dipercaya (*Trustworthiness*)

Dapat dipercaya merupakan karakteristik lain dari perawat yang *caring*. Karakter ini harus ditunjukkan pada setiap proses keperawatan. Ketika kita dipercaya oleh pasien, maka kita menjadi tempat bergantung dan bertanggung jawab. Untuk menumbuhkan kepercayaan pasien, sikap yang harus dibangun adalah komitmen terhadap waktu, menjaga janji, dan konsisten terhadap sikap.

j. Terbuka (*Self-Disclosure*)

Hubungan saling percaya dapat terbina ketika perawat bersikap terbuka terhadap pasien. Untuk menumbuhkan sikap terbuka pada pasien dapat dilakukan dengan mendengarkan pasien, percaya dengan apa yang mereka lakukan atau katakan dan tidak menghakimi.

k. Humor

Humor merupakan karakteristik yang penting dalam membina hubungan terapeutik dengan pasien. Humor dapat menciptakan hubungan yang hangat serta dapat membentuk hubungan lebih akrab dengan pasien, menghilangkan rasa takut dan khawatir pasien terhadap perawat.

Menurut Ambar (2018), dari sekian banyak pekerja medis yang terlibat dalam proses komunikasi, perawat adalah salah satu pekerja medis yang selama 24 jam berinteraksi langsung dengan pasien, oleh karena itu diperlukan teknik dalam komunikasi.

Teknik dalam komunikasi keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Mendengarkan Secara Aktif

Salah satu cara berkomunikasi multidisiplin dalam keperawatan adalah mendengarkan secara aktif, dengan cara mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang disampaikan oleh pasien baik secara verbal maupun nonverbal

b. Memperlihatkan Sikap Menerima

Teknik dalam komunikasi keperawatan selanjutnya adalah memperlihatkan sikap menerima. Sikap menerima merupakan suatu sikap bersedia untuk mendengarkan apa yang ingin disampaikan oleh pasien tanpa keraguan. Ketika menerapkan teknik ini hendaknya perawat menghindari bahasa tubuh dalam komunikasi yang menunjukkan ketidaksetujuan. Sebaliknya, perawat hendaknya memperlihatkan sikap menerima dengan cara menganggukkan kepala tanda setuju atau memahami apa yang disampaikan pasien, memastikan kesesuaian antara komunikasi nonverbal dan komunikasi verbal, memberikan umpan balik verbal yang menunjukkan pengertian, menghindari berdebat, mendengarkan tanpa interupsi, dan menghindari setiap usaha untuk mengubah pikiran pasien.

c. Memberikan Pertanyaan yang Berkaitan

Teknik ini bertujuan untuk mencari informasi yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan. Ketika memberikan pertanyaan yang berkaitan, hendaknya perawat hanya menanyakan satu pertanyaan dan menggali lebih dalam topik yang ditanyakan tersebut sebelum beranjak ke topik selanjutnya. Memberikan pertanyaan kepada pasien dapat dilakukan dengan pertanyaan terbuka maupun tertutup.

d. Mengulang

Teknik mengulang dalam komunikasi keperawatan yang digunakan perawat umumnya bertujuan untuk memberikan umpan balik kepada pasien agar pasien mengetahui bahwa perawat memahami apa yang disampaikan oleh pasien sehingga komunikasi akan terus berlanjut.

e. Klarifikasi

Teknik klarifikasi dalam komunikasi keperawatan dilakukan dengan cara menyatakan kembali pesan yang ambigu atau tidak jelas oleh perawat dengan tujuan mengklarifikasi makna yang dimaksud oleh pasien.

f. Memfokuskan

Teknik ini dilakukan dengan cara memberikan perhatian pada satu topik gagasan atau bahkan hanya satu kata saja.

g. Merefleksikan

Tujuan teknik refleksi dalam komunikasi keperawatan adalah untuk memberikan umpan balik kepada pasien dengan cara menyampaikan hasil pengamatan perawat kepada pasien sehingga dapat diketahui pesan diterima dengan baik oleh pasien.

h. Menyediakan atau Memberi Informasi

Memberikan informasi yang sesuai bagi pasien adalah salah satu teknik atau cara komunikasi efektif dengan pasien. Teknik menyediakan atau memberi informasi adalah teknik yang digunakan oleh perawat untuk memberikan jenis-jenis informasi yang berkaitan atau sesuai dan sangat penting dalam proses pengambilan keputusan, mengurangi kecemasan, dan memberikan rasa aman bagi pasien.

i. Diam

Makna diam dalam komunikasi khususnya komunikasi keperawatan mengacu pada waktu yang disediakan bagi perawat dan pasien untuk mengamati satu sama lain, memikirkan apa dan bagaimana mengatakan sesuatu, dan menyadari apa yang telah dikomunikasikan secara verbal. Perawat hendaknya memberikan kesempatan kepada pasien untuk berpikir dan mengekspresikan dirinya.

j. Memberikan Penghargaan

Penghargaan yang diberikan oleh perawat kepada pasien hendaknya tidak menjadi beban tersendiri bagi pasien. Hal ini dimaksudkan agar pasien tidak melakukan berbagai macam hal untuk memperoleh pujian dari perawat.

k. Menawarkan Diri

Menawarkan diri merupakan salah satu contoh komunikasi interpersonal dalam keperawatan. Menawarkan diri adalah teknik

dalam komunikasi keperawatan yang mengacu pada menyediakan diri kepada pasien tanpa pamrih. Teknik ini dilakukan ketika pasien dirasa belum siap untuk berkomunikasi dengan perawat secara verbal.

- l. Memberi Kesempatan kepada Pasien untuk Memulai Pembicaraan  
Teknik selanjutnya dalam komunikasi keperawatan adalah memberi kesempatan kepada pasien untuk memulai pembicaraan.

Melalui teknik ini perawat memberikan kesempatan kepada pasien untuk memilih topik pembicaraan dan memulai pembicaraan.

- m. Membuka Diri

Dalam komunikasi keperawatan, membuka diri dalam berkomunikasi dengan pasien sebagai bentuk ekspresi kesopanan dan kejujuran perawat kepada pasien. Namun perlu dipahami pula bahwa teknik membuka diri perawat ini harus dilakukan dengan sesuai dan relevan dengan pasien agar pasien juga tetap fokus pada proses interaksi yang tengah berlangsung.

- n. Konfrontasi

Teknik komunikasi yang satu ini digunakan untuk membantu pasien agar lebih memperhatikan ketidakkonsistenan dalam perasaan, sikap, kepercayaan, dan perilakunya. Teknik konforntasi hanya digunakan setelah pasien memberikan kepercayaan kepada perawat dan harus dilakukan secara baik, sopan, dan peka.

- o. Menyimpulkan

Teknik dalam komunikasi keperawatan yang terakhir adalah menyimpulkan. Menyimpulkan adalah mengumpulkan seluruh informasi dari percakapan yang telah dilakukan antara pasien dan perawat. Teknik ini merupakan teknik untuk membantu pasien memahami apa yang telah dibicarakan.

## 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu tahap dalam proses keperawatan untuk memantau perkembangan atau kemajuan yang sudah didapatkan pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilakukan, Lingga (2019). Evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikir S (respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan), O (respon objektif pasien 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), dan P (perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon).

Evaluasi adalah tindakan berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan dan evaluasi hasil sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah dilakukan (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016).

Rencana tindak lanjut menurut, dapat berupa hal sebagai berikut:

- a. Rencana diteruskan jika masalah tidak berubah
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan telah dijalankan, tetapi hasil belum memuaskan
- c. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada; diagnosis lama juga dibatalkan
- d. Rencana atau diagnosis selesai jika tujuan sudah tercapai dan diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru.

Evaluasi kemampuan pasien dengan cara mengatasi resiko perilaku kekerasan dikatakan berhasil apabila pasien dapat:

- a. Menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan
- b. Mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal
  - 1) Secara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur
  - 2) Secara sosial/verbal: meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan cara baik
  - 3) Secara spiritual
  - 4) Terapi psikofarma
- c. Mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan.

Evaluasi kemampuan keluarga dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat:

- a. Mengenal masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya resiko perilaku kekerasan)
- b. Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
- c. Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
- d. Memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
- e. Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
- f. Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
- g. Melakukan *follow up* ke puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Januari 2020 di RSKD Duren Sawit tepatnya diruangan Belimbing data pengkajian ini didapatkan dari pasien.

##### **1. Identitas Pasien**

Pasien Tn. G berusia 37 tahun, berjenis kelamin laki-laki, status perkawinan sudah menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan terakhir SMK.

##### **2. Alasan Masuk**

Pasien Tn. G berusia 37 tahun dengan diagnosa medis Skizofrenia Takterinci (F20.3). Pada 13 Januari 2020 di ruang akut, pasien masuk dengan alasan pasien mengatakan masuk RSKD Duren Sawit, dibawa oleh keluarganya dengan alasan marah-marah dengan masyarakat setempat, karena menyalakan musik kencang, pasien merasa tidak nyaman, merasa kesal, mengeluarkan kata-kata kasar dan keras

##### **3. Keluhan Utama**

Keluhan utama saat ini pasien mengatakan masih kesal dengan istri dan ibunya, karena membuat pasien serba salah dalam melakukan segala hal, seperti dalam hal pekerjaannya selalu salah di mata istri dan ibunya, selain itu pasien juga merasa kesal dengan kakaknya kenapa tidak menikah hingga sekarang usianya sudah tua. Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi, berbicara dengan cepat, mata melotot, sering mengepalkan tangannya dan selalu menganggap pendapatnya selalu benar.

#### 4. Faktor Predisposisi

##### a. Biologis

Pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, pertama kali pada tahun 2003 di rawat di RS Persahabatan dipoli psikiatri, 2014 di Puskesmas Cakung, dan 2016 di RS Budi Asih. Pasien mengatakan ibu dan kakaknya mengalami masalah kejiwaan dengan tanda dan gejala, ibunya sering marah-marah tidak jelas, banting-banting barang, kakaknya tidak pernah punya niat untuk menikah meskipun umurnya sudah tua, marah-marah dan ngomel tidak jelas.

##### b. Psikologis

Pasien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti telat menikah karena kakaknya yang tak kunjung menikah. Pasien mengatakan dari kecil selalu melihat orangtuanya bertengkar sampai sebelum ayahnya meninggal di tahun 2015. Pasien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik di pukul dibahunya sebelah kanan oleh ayahnya pada kelas tiga SD atau kurang lebih usianya 8 tahun. Pasien mengatakan pernah ditolak sama perempuan yang disukainya di tahun 2015 atau saat berusia 32 tahun, perempuannya menolak dengan alasan masih ada yang lebih baik darinya. Pasien mengatakan ibu dan istrinya tidak pernah mengerti dengan keadaannya setiap melakukan apapun selalu serba salah. Pasien mengatakan kecewa dengan keluarga yang tidak pernah memberikan dukungan padanya, setiap kerjaan yang pasien lakukan tidak pantas di mata keluarganya selalu serbasalah dalam bertindak. Pasien mengatakan suka memendam masalah, sehingga saat sudah numpuk masalahnya sering diungkapkan dengan kata-kata kasar.

##### c. Faktor Sosiokultural

Pasien mengatakan tidak senang dengan masyarakat setempat terutama dari segi keamanan, kepemimpinan RT atau RW nya yang suka main uang, terutama dalam hal mengurus kehidupannya seperti suka ikut campur urusan kehidupan pribadinya.

## 5. Faktor Presipitasi

Pesien mengatakan dalam pengobatannya keluarga kurang memberikan dukungan, sehingga menyebabkan pasien tidak teratur minum obat. Pasien mengatakan 6 bulan terakhir ibu dan istrinya sering marah-marah tidak jelas, sehingga menyebabkan pasien merasa tidak nyaman. Pada 14 Januari 2020 pasien dipindahkan ke ruang sub akut pasien tampak tenang lalu jam 1 siang pasien dipindahkan ke ruang tenang.

**Masalah Keperawatan :** Resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik, resti mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan, koping individu tidak efektif, mekanisme koping keluarga tidak efektif, rejimen terapi tidak efektif.

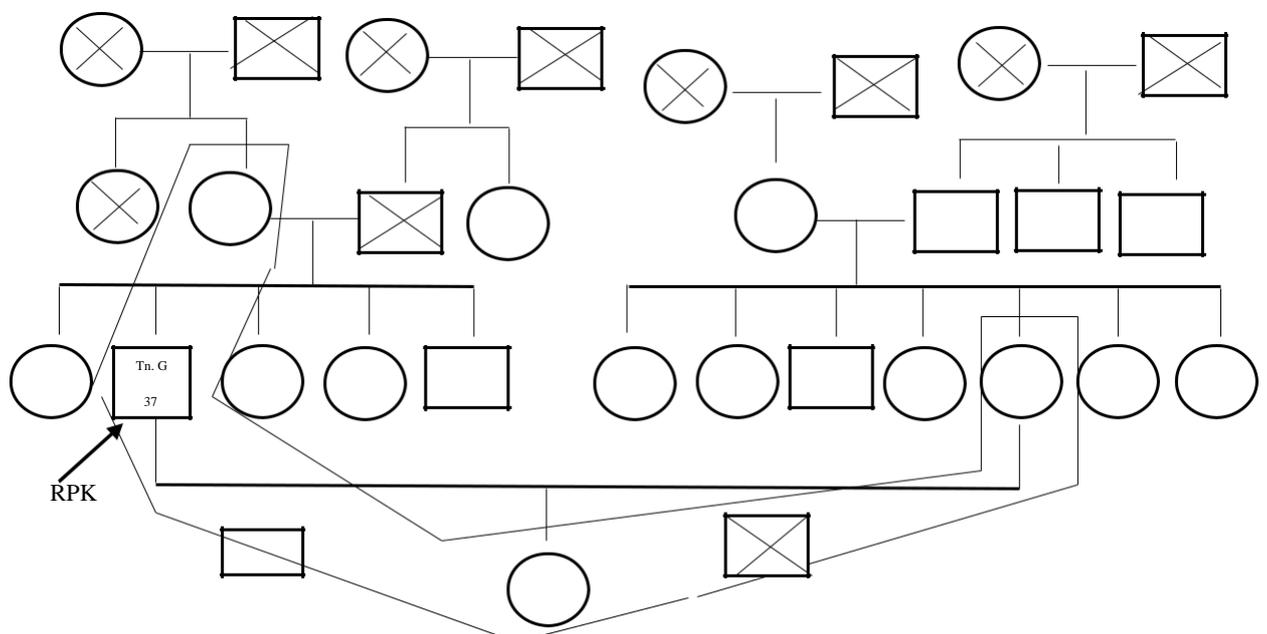
## 6. Pemeriksaan Fisik

Saat dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil pemeriksaan tekanan darah 100/78 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 18x/menit, suhu 36C, tinggi badan 157 cm, berat badan 58 kg. Index Masa Tubuh (IMT) 23, 5 kg/m<sup>2</sup>.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

## 7. Psikososial a.

Genogram



○	: Laki-laki	: Meninggal
○	: Perempuan	: Meninggal
—	: Garis Pernikahan	: Pasien
— 	: Garis Keturunan	
- - -	: Tinggal Serumah	

### Diagram 3.1: Genogram Keluarga Tn. G

#### Penjelasan:

Pasien mengatakan orantuanya selalu bertengkar dari kecil sampai ayahnya meninggal di tahun 2015, pasien dididik dengan omelan ibunya. Pola asuh yang digunakan adalah pola asuh otoriter yang mana pasien di didik dengan aturan-aturan yang dikehendaki oleh orangtuanya. Pola komunikasi yang diterapkan dalam keluarga, yaitu komunikasi satu arah tidak adanya timbal balik saat ibu dan istrinya berbicara pasien hanya cukup diam. Pengambilan keputusan diambil oleh ayahnya namun setelah ayahnya meninggal diambil alih oleh ibu dan istrinya, pasien mengatakan seharusnya dia sebagai kepala keluarga yang mengambil keputusan.

**Masalah Keperawatan** : Mekanisme koping keluarga tidak efektif, harga diri rendah kronik.

#### b. Konsep Diri

##### 1) Gambaran Diri

Pasien mengatakan lebih menyukai hidung dan dagu, karena pasien berangapan bahwa hanya dia yang memiliki hidung dan dagu yang berbeda, tidak ada anggota tubuh yang tidak disukai.

##### 2) Identitas

Pasien mengatakan namanya adalah Tn.G berjenis kelamin laki-laki. Pasien mengatakan merasa senang berjenis kelamin laki-laki.

### 3) Peran

Pasien mengatakan ayah dari anaknya dan suami dari istrinya, pasien merasa tidak puas sebagai suami, karena istrinya selalu tidak mempercayainya dalam hal pekerjaan, sebagai suami dan ayah pasien mengatakan harus menafkahi istri, anak, dan ibunya. Pasien mengatakan perannya di masyarakat seperti mengikuti kegiatan kerja bakti.

### 4) Ideal Diri

Pasien mengatakan bisa menjadi tukang parkir, mijet, membersihkan pakaian, membersihkan toilet dan masih banyak yang lain. Pasien menaruh harapan agar dapat sembuh dari penyakitnya, istri dan ibunya bisa mempercayainya dalam setiap pekerjaan yang ia lakukan dan pasien juga berharap agar masyarakat tidak ikut campur dalam urusan kehidupan pribadinya. Dalam keluarga pasien mengatakan bahwa pekerjaan apapun yang pasien lakukan selalu serba salah di mata istrinya, bekerja ini itu tidak ada yang benar, hal ini yang membuatnya kurang percaya.

### 5) Harga Diri

Pasien mengatakan terkadang merasa malu, karena istrinya selalu tidak mempercayainya dalam hal pekerjaan. Pasien juga mengatakan merasa malu dan kesal dengan masyarakat yang tidak menyukainya.

**Masalah Keperawatan :** Harga diri rendah kronik, resiko perilaku kekerasan

## c. Hubungan Sosial

### 1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang berarti adalah anaknya, sahabatnya dan adiknya yang nomor tiga, karena mereka yang selalu memberikan hiburan dan membuat pasien merasa

nyaman, dapat mengerti dengan apa yang ia rasakan dan dapat membuat pasien tertawa.

2) Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat

Pasien mengatakan pernah mengikuti kegiatan kerja bakti seperti bersih-bersih selokan, pernah mengikuti tahlil dimasjid.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain atau orang disekitarnya.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

d. Spiritual

1) Nilai dan keyakinan

Pasien mengatakan tidak ada keyakinan atau nilai dari keluarga yang bertentang dengan pengobatan.

2) Kegiatan

Pasien beragama Islam, sekarang masih melaksanakan salat 5 waktu.

## 8. Status Mental

a. Penampilan

Pasien berpenampilan rapi, menggunakan pakaian yang sesuai, rambut rapi, kukunya bersih, nafasnya tidak berbau, namun terkadang berbau badan dan baju.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

b. Pembicaraan

Pasien berbicara dengan cepat dan keras pada saat dilakukan wawancara tentang keluarganya. Pasien tampak melotot saat interaksi.

**Masalah Keperawatan** : Resiko perilaku kekerasan

c. Aktivitas Motorik

Pasien tampak tegang saat berinteraksi selama wawancara dengan perawat dan tampak sering mengepalkan tangan.

**Masalah Keperawatan** : Resiko perilaku kekerasan

d. Alam Perasaan

Pasien tampak marah dengan meninggikan suara dan merasa kesal dengan keluarganya.

**Masalah Keperawatan** : Resiko perilaku kekerasan

e. Afek

Saat berinteraksi pasien tampak menunjukkan afek atau menggunakan raut wajah yang sesuai dengan topik bicara.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

f. Interaksi Selama Wawancara

Selama proses wawancara pasien terkadang tampak mudah tersinggung, berbicara dengan intonasi suara tinggi dan kasar, wajah tegang dan pasien lebih mendominasi dalam proses interaksi.

**Masalah Keperawatan** : Resiko perilaku kekerasan

g. Persepsi

Pasien mengatakan tidak mendengar suara-suara palsu, tidak melihat bayangan-bayangan palsu, pengecapan palsu, penciuman palsu atau tidak merasa ada yang merayap di kulitnya.

**Masalah Keperawatan:** Tidak ada masalah keperawatan

h. Proses Pikir

Pasien menjawab semua pertanyaan dengan sesuai, tidak ada masalah dalam proses pikir.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

i. Isi Pikir

Pasien tidak tampak memiliki gangguan isi pikir atau memiliki waham.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

j. Tingkat Kesadaran

Pasien tidak tampak bingung atau mengalami penurunan kesadaran.

Pasien mampu mengingat waktu, tempat dan nama orang dengan baik.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

k. Memori

Pasien dapat mengingat kejadian-kejadian di masa lalu atau mengingat kejadian jangka panjang, dapat mengingat daya ingat jangka pendek dan kejadian saat ini.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

l. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Pasien dapat berkonsentrasi dengan baik saat berhitung tentang manajemen uang penghasilannya sehari hari.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

m. Kemampuan Penilaian

Pasien mampu memilih keputusan sederhana seperti memilih mandi sebelum makan dan mandi pagi sebelum salat.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

n. Daya Tilik Diri

Pasien tampak menyalahkan hal-hal di luar dirinya, pasien menerima keadaan dan penyakitnya saat ini, namun keluarganya tidak menerima keadaan pasien.

**Masalah Keperawatan** : Harga diri rendah kronik, mekanisme koping keluarga tidak efektif

## 9. Perawatan Diri

a. Makan

Pasien mengatakan makan tiga kali sehari, pasien mampu makan secara mandiri, mampu makan dengan baik. Pasien tampak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan.

b. BAB/BAK

Pasien mampu BAK dan BAB secara mandiri ke kamar mandi menggunakan WC jongkok dan membersihkan diri setelah selesai.

c. Mandi

Pasien mampu mandi secara mandiri, sebelum mandi pasien dapat menyiapkan alat mandi dan mengerti cara menggunakan alat mandi.

d. Berpakaian/berhias

Pasien mampu menggunakan pakaian dengan sesuai dan dapat merapikan rambutnya.

e. Istirahat dan tidur

Pasien tidur siang kurang lebih satu jam dari pukul 12.00 WIB sampai dengan 13.00 WIB, tidur malam dari pukul 20.00 WIB sampai dengan 05.00 WIB, tidak ada kegiatan yang biasa dilakukan sebelum atau setelah bangun tidur.

f. Penggunaan obat

Pasien mampu mengetahui jumlah obat yang akan ia minum dan dapat mengetahui berapakah minum obat dalam sehari.

g. Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan adanya perawatan lanjutan. Pasien mengatakan dalam pengobatannya keluarga kurang memberikan dukungan

h. Kegiatan di dalam rumah

Pasien mengatakan sering membantu istri dirumah, keuangan di atur oleh ibu dan istrinya.

i. Kegiatan di luar rumah

Pasien mengatakan kegiatan sehari-harinya menjadi tukang parkir di depan Bank BRI.

**Masalah Keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

## 10. Mekanisme Koping

Pasien mengatakan lebih baik memendam sendiri masalah-masalahnya, apabila marahnya tidak bisa dipendam lagi biasanya diungkapkan dengan kata-kata kasar. Pasien memiliki tipe kepribadian *introvert*.

**Masalah Keperawatan** : Koping individu tidak efektif

### **11. Masalah psikososial dan lingkungan**

Pasien mengatakan kelompok masyarakat tidak memberikan dukungan malah bersekongkol dengan keluarganya untuk tidak mempercayai pasien. Tidak menyukai tetangga dan masyarakat terutama ketua RT dan ketua RW, karena suka bergelut dengan uang. Pasien mengatakan pekerjaannya selalu tidak pernah benar di mata istri dan ibunya. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan pendidikan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan atau masalah yang lebih spesifik.

**Masalah Keperawatan :** Resiko perilaku kekerasan, harga diri rendah kronik, resti mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

### **12. Pengetahuan**

Pasien mengatakan penyakitnya sekarang terjadi karena pasien suka marah-marah dan disebabkan kerana suka memendam masalah sendiri serta karena istri dan ibunya yang selalu membuat pasien selalu serba salah. Pasien mengatakan dalam pengobatannya keluarga kurang memberikan dukungan. Pasien mampu mengetahui jumlah obat yang akan Iya minum dan dapat mengetahui berapakali minum obat dalam sehari. Pasien tampak mengkonsumsi obat-obatannya.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

### **13. Terapi Medis**

Diagnosa medis adalah F20.3 Skizofrenia Takterinci. Obat-obatan: Trihexyphenidil 2x2 mg per oral, Risperidone 2x3 mg per oral, dan Clorilex 1x25 mg per oral.

**Tabel 3.1 Analisa Data**

Nama Inisial : Tn. G  
 Diagnosa Medis : F20.3 Skizofrenia Takterinci

<b>Tanggal/jam</b>	<b>Data Fokus</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>
Rabu, 15/01/2020 Pukul, 09.00 WIB	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan alasan masuk kerana marah-marah dengan masyarakat setempat, karena menyalakan musik kencang, pasien merasa tidak nyaman, merasa kesal, mengeluarkan kata-kata kasar dan keras.</li> <li>- Pasien mengatakan tidak menyukai masyarakat terutama dari segi keamanan, kepemimpinan RT atau RW nya yang suka main uang, terutama dalam hal mengurus kehidupannya seperti suka ikut campur urusan kehidupan pribadinya</li> <li>- Pasien juga mengatakan tidak menyukai keluarganya yang tidak pernah memberikan dukungan kepadanya.</li> <li>- Keluhan saat ini pasien mengatakan masih kesal dengan istri dan ibunya, selain itu juga kesal dengan kakaknya kenapa tidak menikah hingga sekarang usianya sudah tua</li> </ul>	Resiko Perilaku Kekerasan

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik di pukul oleh ayahnya pada kelas tiga SD atau kurang lebih usianya 8 tahun</li><li>- Pasien mengatakan dari kecil selalu melihat orangtuanya bertengkar sampai sebelum ayahnya meninggal di tahun 2015</li><li>- Pasien mengatakan ibu dan kakaknya mengalami masalah kejiwaan dengan tanda dan gejala, ibunya sering marah-marah tidak jelas, banting-banting barang, kakaknya tidak pernah punya niat untuk menikah meskipun umurnya sudah tua, marah-marah dan ngomel tidak jelas.</li><li>- Pasien mengatakan orantuanya selalu bertengkar dari kecil sampai ayahnya meninggal, pasien dididik dengan omelan ibunya</li> <li>- Pasien kooperatif</li><li>- Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi</li><li>- Berbicara dengan cepat</li><li>- Pasien tampak melotot saat interaksi.</li><li>- Sering mengepalkan tangannya</li><li>- Selalu menganggap pendapatnya benar.</li><li>- Berbicara dengan intonasi suara tinggi dan kasar</li></ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah tegang dan pasien lebih mendominasi dalam proses interaksi.</li> <li>- Pasien berbicara dengan cepat dan keras pada saat dilakukan wawancara tentang keluarganya</li> <li>- Pasien tampak tegang saat berinteraksi selama wawancara dengan perawat</li> <li>- Pasien tampak marah dengan meninggikan suara dan merasa kesal dengan keluarganya</li> <li>- Selama proses wawancara pasien terkadang tampak mudah tersinggung</li> </ul>	
<p>Rabu, 15/01/2020 Pukul, 09.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan alasan masuk kerana marah-marah dengan masyarakat setempat</li> <li>- Pasien mengatakan tidak menyukai masyarakat terutama dari segi keamanan, kepemimpinan RT atau RW nya yang suka main uang, terutama dalam hal memngurusi kehidupannya seperti suka ikut campur urusan kehidupan pribadinya</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi</li> <li>- Pasien tampak melotot saat interaksi.</li> <li>- Sering mengepalkan tangannya</li> <li>- Berbicara dengan intonasi suara tinggi dan kasar</li> </ul>	<p>Resti</p> <p>Mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan</p>

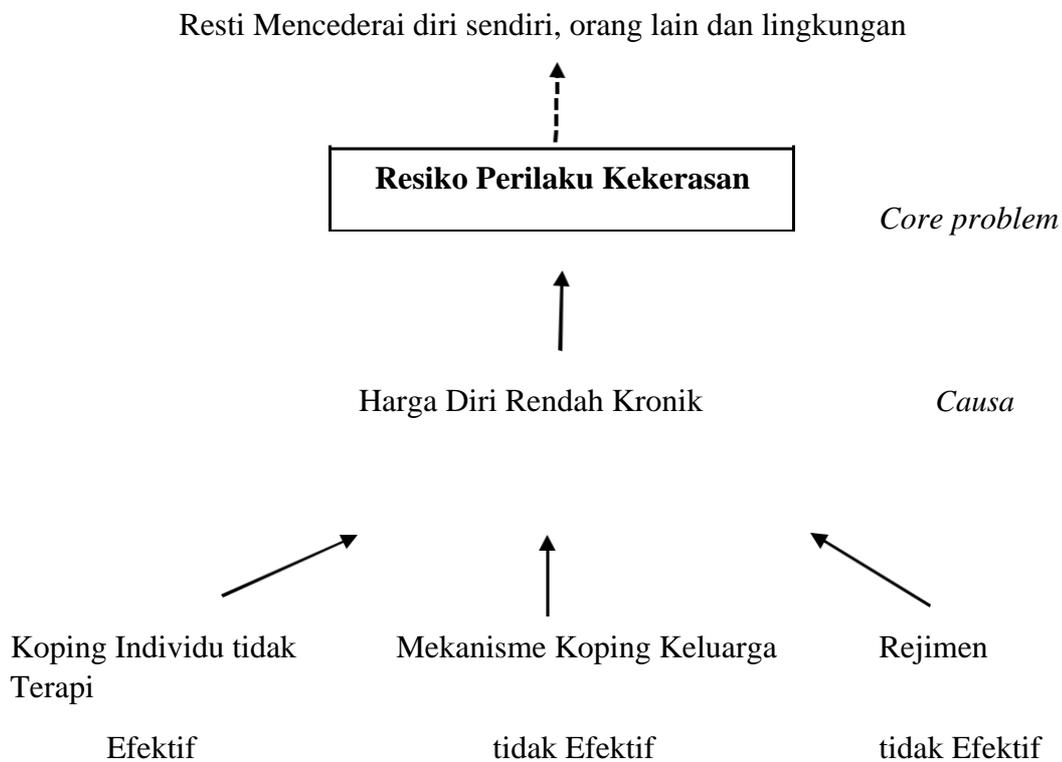
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah tegang dan pasien lebih mendominasi dalam proses interaksi.</li> <li>- Pasien tampak tegang saat berinteraksi selama wawancara dengan perawat</li> <li>- Pasien tampak marah dengan meninggikan suara dan merasa kesal dengan keluarganya</li> </ul>	
<p>Rabu, 15/01/2020 Pukul, 09.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pernah ditolak sama perempuan yang disukainya di tahun 2015 atau saat berusia 32 tahun, perempuannya menolak dengan alasan masih ada yang lebih baik darinya</li> <li>- Pasien mengatakan pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan seperti, telat menikah karena kakaknya yang tak kunjung menikah</li> <li>- Pasien mengatakan ibu dan istrinya tidak pernah mengerti dengan keadaannya jadinya melakukan apapun selalu serba salah</li> <li>- Pasien mengatakan kecewa dengan keluarga yang tidak pernah memberikan dukungan padanya, setiap kerjaan yang pasien lakukan tidak pantas dimata keluarganya selalu serbasalah dalam bertindak</li> <li>- Pasien merasa tidak puas sebagai suami, kerana istrinya selalu tidak mempercayainya dalam hal pekerjaan</li> </ul>	<p>Harga Diri Rendah Kronik</p>

	<p>sehingga itu yang menyebabkan terkadang pasien merasa malu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien merasa banyak orang lain yang tidak menyukainya, dari masyarakat, ibunya dan istrinya pun jadi ikut-ikutan.</li> <li>- Pasien juga mengatakan merasa malu dan kesal dengan masyarakat yang tidak menyukainya.</li> <li>- Pengambilan keputusan diambil oleh ayahnya namun setelah ayahnya meninggal diambil alih oleh ibu dan istrinya, pasien mengatakan seharusnya dia sebagai kepala keluarga yang mengambil keputusan</li> <li>- Pasien tampak menyalahkan hal-hal diluar dirinya dengan keluarganya tidak menerima keadaan pasien.</li> <li>- Pasien tampak sedih dan kecewa</li> </ul>	
Rabu, 15/01/2020 Pukul, 09.00 WIB	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan suka memendam masalah sehingga saat sudah numpuk masalahnya sering diungkapkan dengan kata-kata kasar</li> </ul> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien memiliki tipe kepribadian <i>introvert</i></li> </ul>	Koping Individu tidak Efektif
Rabu, 15/01/2020 Pukul, 09.00 WIB	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dari kecil selalu melihat orangtuanya bertengkar</li> </ul>	Mekanisme Koping Keluarga tidak Efektif

	<p>sampai sebelum ayahnya meninggal di tahun 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan dididik dengan omelan ibunya</li> <li>- Pasien tampak menyalahkan hal-hal diluar dirinya, pasien menerima keadaan dan penyakitnya saat ini, namun keluarganya tidak menerima keadaan pasien</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola asuh yang digunakan adalah pola asuh <i>otoriter</i> yang mana pasien dididik dengan aturan-aturan yang dikehendaki oleh orangtuanya</li> </ul>	
<p>Rabu, 15/01/2020 Pukul, 09.00 WIB</p>	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, pertama kali pada tahun 2003 di rawat di RS Persahabatan dipoli psykiarti, 2014 di Puskesmas Cakung, 2016 di RS Budi Asih dan 2020 sampai sekarang dirawat di RSKD Duren Sawit Pasien mengatakan dalam pengobatannya keluarga kurang memberikan dukungan</li> <li>- Pasien mengatakan jumlah obat yang diminum ada 3</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mengkonsumsi obat-obatannya</li> </ul>	<p>Rejimen Terapi tidak Efektif</p>

	- Pasien mampu mengetahui jumlah obat yang akan Iya minum dan dapat mengetahui berapakah minum obat dalam sehari	
--	--	--

### Pohon Masalah pada Tn. G



**Diagram 3.2: Pohon masalah resiko perilaku kekerasan Tn. G**

#### B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Perilaku Kekerasan
2. Resti Mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
3. Harga Diri Rendah Kronik
4. Koping Individu tidak Efektif
5. Mekanisme Koping Keluarga tidak Efektif

6. Rejimen Terapi tidak efektif

### **C. Perencanaan Keperawatan**

#### **Tujuan Umum**

Pasien mampu mengatasi dan mengendalikan resiko perilaku kekerasan.

#### **Strategi pelaksanaan individu:**

1. SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik

#### **Tujuan Khusus:**

Setelah dilakukan 1 kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur.

#### **Kriteria Hasil:**

Setelah 1 kali interaksi pasien dapat membina hubungan saling percaya; ditandai dengan:

- a. Ekspresi wajah tersenyum
- b. Mau berkenalan
- c. Ada kontak mata
- d. Bersedia menceritakan perasaannya
- e. Bersedia mengungkapkan masalah

#### **Tindakan keperawatan:**

- a. Membina hubungan saling percaya
- b. Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- d. Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- e. Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- f. Mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon kemarahan
- g. Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (teknik relaksasi nafas dalam dan pukul bantal/kasur).

2. SP 2 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol marah dengan minum obat teratur

**Kriteria Hasil:**

Setelah dilakukan 2 kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara minum obat, ditandai dengan: Pasien dapat menjelaskan: manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu pemakaian, cara pemakaian, efek yang dirasakan, dan pasien menggunakan obat sesuai program.

**Tindakan keperawatan:**

- a. Evaluasi latihan nafas dalam dan pukul bantal
- b. Jelaskan manfaat menggunakan obat secara teratur dan kerugian jika tidak menggunakan obat
- c. Jelaskan kepada pasien: jenis obat (nama, warna, dan bentuk obat), dosis yang tepat untuk pasien, waktu pemakaian, cara pemakaian, dan efek yang dirasakan pasien
- d. Anjurkan pasien untuk: minta dan menggunakan obat tepat waktu serta lapor ke perawat/dokter jika mengalami efek yang tidak biasa
- e. Berikan pujian terhadap kedisiplinan menggunakan obat.

3. SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan: mengungkapkan rasa marah secara verbal

**Tujuan Khusus:**

Setelah dilakukan 1 kali interaksi diharapkan pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik).

**Kriteria hasil:**

Pasien dapat memperagakan cara mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik).

**Tindakan keperawatan:**

- a. Evaluasi jadwal kegiatan harian (latihan fisik (SP 1) dan minum obat (SP 2))
  - b. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik)
  - c. Menyusun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
4. SP 4 Resiko Perilaku Kekerasan: mengontrol marah dengan cara spiritual

**Kriteria hasil:**

Setelah 1 kali interaksi pasien memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik, verbal, dan spiritual dengan cara berikut:

- a. Fisik: tarik nafas dalam
- b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti
- c. Spiritual: zikir/doa dan meditasi sesuai agamanya

**Tindakan keperawatan:**

- a. Evaluasi dan diskusikan hasil latihan SP 1, 2, dan 3
- b. Latih untuk memperagakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih
- c. Jelaskan manfaat cara tersebut
- d. Anjurkan pasien untuk menirukan peragaan yang sudah dilakukan
- e. Beri penguatan kepada pasien, perbaiki cara yang masih belum sempurna
- f. Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel.

**Strategi Pelaksanaan Keluarga:**

1. SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat pasien perilaku kekerasan di rumah

**Kriteria evaluasi:**

Setelah 1 kali intervensi keluarga mampu:

- a. Menjelaskan cara merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan
- b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien dengan resiko perilaku kekerasan

**Tindakan Keperawatan:**

- a. Mengidentifikasi masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
  - b. Menjelaskan PK, penyebab, tanda dan gejala
  - c. Menjelaskan Cara merawat PK
  - d. Latih (simulasi) 2 cara merawat
  - e. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat
2. SP 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol kemarahan
    - a. Evaluasi SP 1
    - b. Latih (simulasi) 2 cara lain untuk merawat
    - c. Latih (langsung) ke pasien
    - d. RTL keluarga/jadwal keluarga untuk merawat
  3. SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga
    - a. Evaluasi kemampuan keluarga (SP 1,2)
    - b. Evaluasi kemampuan pasien· RTL keluarga dengan Follow Up dan Rujukan

Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) bertujuan untuk mengontrol resiko perilaku kekerasan. TAKS terdiri dari 5 sesi, yaitu:

1. Sesi 1 : Menenal Perilaku Kekerasan yang Biasa Dilakukan  
TAK sesi 1 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan stimulasi penyebab kemarahannya, pasien dapat menyebutkan respon yang dirasakan saat marah (tanda dan gejala marah), pasien dapat menyebutkan reaksi yang dilakukan saat marah (perilaku kekerasan) pasien dapat menyebutkan akibat perilaku kekerasan.

2. Sesi 2 : Mencegah Perilaku Kekerasan Secara Fisik

TAK sesi 2 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan kegiatan fisik yang biasa dilakukan pasien, pasien dapat menyebutkan kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan, pasien dapat mendemonstrasikan dua kegiatan fisik yang dapat mencegah perilaku kekerasan.

3. Sesi 3 : Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Interaksi Sosial Asertif ( Cara Verbal)

TAK sesi 3 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat mengungkapkan keinginan dan permintaan tanpa memaksa, pasien dapat mengungkapkan penolakan dan rasa sakit hati tanpa kemarahan.

4. Sesi 4 Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Cara Spiritual

TAK sesi 4 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat melakukan Pencegahan perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

5. Sesi 5 Mencegah Perilaku Kekerasan dengan Patuh Mengonsumsi

Obat TAK sesi 5 bertujuan untuk melatih pasien agar dapat menyebutkan keuntungan patuh minum obat, pasien dapat menyebutkan akibat/kerugian tidak patuh minum obat, pasien dapat menyebutkan 5 benar cara minum obat.

#### **D. Implementasi dan Evaluasi**

Implementasi Tindakan Keperawatan pada pasien

1. Pertemuan Rabu, 15 Januari 2020, Pukul 10.00 WIB

DS:

- Pasien mengatakan alasan masuk karena marah-marah dengan masyarakat setempat, karena menyalakan musik kencang, pasien merasa tidak nyaman, merasa kesal, mengeluarkan kata-kata kasar dan keras.
- Pasien mengatakan tidak menyukai masyarakat terutama dari segi keamanan, kepemimpinan RT atau RW nya yang suka main uang, terutama dalam hal memngurusi kehidupannya seperti suka ikut campur urusan kehidupan pribadinya

- Pasien juga mengatakan tidak menyukai keluarganya yang tidak pernah memberikan dukungan kepadanya.
- Keluhan saat ini pasien mengatakan masih kesal dengan istri dan ibunya, selain itu juga kesal dengan kakaknya kenapa tidak menikah hingga sekarang usianya sudah tua
- Pasien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik di pukul oleh ayahnya pada kelas tiga SD atau kurang lebih usianya 8 tahun
- Pasien mengatakan dari kecil selalu melihat orangtuanya bertengkar sampai sebelum ayahnya meninggal di tahun 2015
- Pasien mengatakan ibu dan kakaknya mengalami masalah kejiwaan dengan tanda dan gejala, ibunya sering marah-marah tidak jelas, banting-banting barang, kakaknya tidak pernah punya niat untuk menikah meskipun umurnya sudah tua, marah-marah dan ngomel tidak jelas.
- Pasien mengatakan orantuanya selalu bertengkar dari kecil sampai ayahnya meninggal, pasien dididik dengan omelan ibunya

DO:

- Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi
- Berbicara dengan cepat
- Pasien tampak melotot saat interaksi.
- Sering mengepalkan tangannya
- Selalu menganggap pendapatnya selalu benar.
- Berbicara dengan intonasi suara tinggi dan kasar
- Wajah tegang dan pasien lebih mendominasi dalam proses interaksi.
- Pasien berbicara dengan cepat dan keras pada saat dilakukan wawancara tentang keluarganya
- Pasien tampak tegang saat berinteraksi selama wawancara dengan perawat
- Pasien tampak marah dengan meninggikan suara dan merasa kesal dengan keluarganya

- Selama proses wawancara pasien terkadang tampak mudah tersinggung

### **Implementasi Keperawatan:**

#### **Melakukan SP 1 Pertemuan 1**

- Membina hubungan saling percaya
- Mengidentifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku yang dilakukan dan apa akibatnya
- Mengajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik (tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal)
- Memasukan sebagai kegiatan tambahan

#### **Rencana Tindak Lanjut**

- Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 5 benar cara minum obat, manfaat obat dan efek samping obat.

### **Evaluasi Keperawatan:**

#### **Evaluasi Subjektif**

- Pasien mengatakan ucapan selamat pagi
- Pasien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Pasien menyebutkan nama perawat
- Pasien mengatakan masih merasa kesal dengan istri dan ibunya
- Pasien mengatakan cukup diam saja bila marah dan kalau tidak mampu menahan di ungkapkan dengan kata-kata kasar
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien mengatakan akan memasukan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sebagai kegiatan harian jika mengalami marah

#### **Evaluasi Objektif**

- Pasien dapat menjawab ucapan selamat pagi
- Pasien dapat menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan

- Pasien dapat menyebutkan nama perawat
- Pasien tampak kesal saat berinteraksi dengan perawat saat ditanyakan mengenai istri dan ibunya
- Pasien tampak mengepalkan tangan
- Pasien tampak mengatupkan giginya
- Pasien dapat mempratikkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal dengan benar
- Pasien akan memasukan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sebagai kegiatan tambahan

**Analisa:**

- Resiko Perilaku Kekerasan
- Kemampuan pasien untuk mengontrol marah bertambah, yaitu pasien dapat mengontrol perilaku amarah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul bantal/kasur dengan benar
- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien berkurang, yaitu pasien sudah tidak berbicara cepat

**Planning:**

- Pasien : Latihan cara mengontrol marah dengan cara terik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Perawat : Lanjutkan pertemuan untuk SP 2 cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara 5 benar cara minum obat, manfaat obat dan efek samping obat.

2. Pertemuan, Kamis, 16 Januari 2020, Pukul 10.05 WIB

DS:

- Pasien mengatakan ucapan selamat pagi
- Pasien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Pasien menyebutkan nama perawat
- Pasien mengatakan masih merasa kesal dengan istri dan ibunya
- Pasien mengatakan cukup diam saja bila marah dan kalau tidak mampu menahan di ungkapkan dengan kata-kata kasar

- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien mengatakan akan memasukan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sebagai kegiatan harian jika mengalami marah

**DO:**

- Pasien dapat menjawab ucapan selamat pagi
- Pasien dapat menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Pasien dapat menyebutkan nama perawat
- Pasien tampak kesal saat berinteraksi dengan perawat mengenai istri dan ibunya
- Pasien tampak mengepalkan tangan
- Pasien tampak mengatupkan giginya
- Pasien dapat mempratikan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal dengan benar
- Pasien akan memasukan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sebagai kegiatan tambahan

**Implementasi Keperawatan:**

**Melakukan SP 2 Pertemuan 1**

- Mengevaluasi kegiatan SP 1
- Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar, manfaat obat dan efek samping obat
- Melatih pasien cara minum obat yang benar
- Memberikan kesempatan pasien untuk menjelaskan ulang 5 benar minum obat, manfaat obat dan efek samping obat

**Rencana Tindak Lanjut**

- Latih cara mengontrol marah dengan cara verbal: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik.

### **Evaluasi Keperawatan:**

#### **Evaluasi Subjektif**

- Pasien mengatakan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan prinsip 5 benar minum obat, manfaat obat dan efek samping obat
- Pasien mengatakan obatnya ada 3 macam, diminum pagi hari dan malam hari
- Pasien mengatakan ada 5 benar prinsip minum obat, benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis, benar waktu minum obat dan benar cara minum obat

#### **Evaluasi Objektif**

- Pasien dapat mempraktikkan kembali cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal
- Pasien dapat menyebutkan 5 benar prinsip minum obat
- Pasien dapat menyebutkan jumlah obat dengan benar

#### **Analisa :**

- Resiko Perilaku Kekerasan
- Kemampuan pasien untuk mengontrol marah bertambah, yaitu pasien dapat mengontrol amarah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal dan mengetahui cara 5 benar minum obat
- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien berkurang, yaitu pasien sudah tidak berbicara cepat dan dapat mengontrol intonasi suara sedang

#### **Planning :**

- Pasien : Latihan cara menontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal serta dapat minum obat dengan prinsip 5 benar

- Perawat : Lanjutkan untuk SP 3 cara menontrol perilaku kekerasan dengan cara verbal: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik

### 3. Pertemuan, Jumat, 17 Januari 2020, Pukul 08.40 WIB

#### DS:

- Pasien mengatakan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan prinsip 5 benar minum obat, manfaat obat dan efek samping obat
- Pasien mengatakan obatnya ada 3 macam, diminum pagi hari dan malam hari
- Pasien mengatakan ada 5 benar prinsip minum obat, benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis, benar waktu minum obat dan benar cara minum obat

#### DO:

- Pasien dapat mempraktikan kembali cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien dapat menyebutkan 5 benar prinsip minum obat
- Pasien dapat menyebutkan jumlah obat dengan benar

#### **Implementasi Keperawatan:**

##### **Melakukan SP 3 Pertemuan 1**

- Mengevaluasi SP 1 dan SP 2
- Menjelaskan cara mengontrol marah dengan cara verbal : meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Memberikan kesempatan untuk pasien mendemonstrasikan kepada perawat untuk meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- Memberikan pujian terhadap keberhasilan

- Memasukan sebagai kegiatan tambahan

### **Rencana Tindak Lanjut**

- Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual.

### **Evaluasi Keperawatan:**

#### **Evaluasi Subjektif**

- Pasien mengatakan cara mengontrol marah yang telah dilatih, yang pertama dengan cara menarik nafas dalam lalu memukul kasur dan bantal, yang kedua dengan cara minum obat yang benar dan teratur
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan cara menontrol marah dengan cara verbal meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan amarah dengan baik
- Pasien mengatakan kepada perawat untuk meminta mengungkapkan apa yang dirasakan sekarang
- Pasien mengatakan menolak untuk di minta bantuan dari perawat karena alasanya masih sibuk berkerja
- Pasien mengungkapkan apa yang di rasakan dengan benar
- Pasien mengatakan akan melakukan tindakan ini sebagai kegiatan tambahan kepada orang lain di sekitarnya

#### **Evaluasi Objektif**

- Pasien dapat menyebutkan ulang cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan memukul kasur bantal serta prinsip 5 benar cara minum obat
- Pasien dapat melakukan cara meminta, menolak dan mengungkapkan amarah dengan baik
- Pasien akan memasukan kegiatan cara meminta, menolak dan mengungkapkan dengan baik sebagai kegiatan tambahan

#### **Analisa :**

- Resiko Perilaku Kekerasan
- Kemampuan pasien untuk mengontrol marah bertambah, yaitu pasien dapat mengontrol amarah dengan cara tarik nafas dalam dan

pukul kasur/bantal, mengetahui cara 5 benar minum obat dan meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik perasaan yang dialami

- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien berkurang, yaitu pasien sudah tidak berbicara cepat, dapat mengontrol intonasi suara sedang dan tidak mendominasi dalam berbicara

***Planning :***

- Pasien : Latihan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam pukul kasur bantal, minum obat tepat waktu dengan prinsip 5 benar dan meminta dengan baik, menolak dengan baik serta mengungkapkan amarah dengan baik
- Perawat : Latih cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual

4. Pertemuan, Jumat, 17 Januari 2020, Pukul 14.00 WIB

DS:

- Pasien mengatakan cara mengontrol marah yang telah dilatih, yang pertama dengan cara menarik nafas dalam lalu memukul kasur dan bantal, yang kedua dengan cara minum obat yang benar dan teratur
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan cara menontrol marah dengan cara verbal meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan amarah dengan baik
- Pasien mengatakan kepada perawat untuk meminta mengungkapkan apa yang dirasakan sekarang
- Pasien mengatakan menolak untuk di minta bantuan dari perawat karena alasannya masih sibuk berkerja
- Pasien mengungkapkan apa yang di rasakan dengan benar
- Pasien mengatakan akan melakukan tindakan ini sebagai kegiatan tambahan kepada orang lain di sekitarnya

DO:

- Pasien dapat menyebutkan ulang cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan memukul kasur bantal serta prinsip 5 benar cara minum obat
- Pasien dapat melakukan cara meminta, menolak dan mengungkapkan amarah dengan baik
- Pasien akan memasukan kegiatan cara meminta, menolak dan mengungkapkan dengan baik sebagai kegiatan tambahan

### **Implementasi Keperawatan:**

#### **Melakukan SP 4 Pertemuan 1**

- Mengevaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3
- Menjelaskan pentingnya cara mengontrol amarah dengan cara spiritual
- Memasukan sebagai kegiatan rutin harian

### **Rencana Tindak Lanjut**

- Latih untuk evaluasi SP 1, SP 2, SP 3 dan SP 4

### **Evaluasi Keperawatan:**

#### **Evaluasi Subjektif**

- Pasien mengatakan sudah tiga cara yang di latih, yaitu cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam pukul kasur bantal, cara minum obat, cara mengungkapkan marah
- Pasien mengatakan sekarang akan mempraktikkan cara mengungkapkan marah yang benar
- Pasien mengatakan mengerti dengan cara mengontrol marah dengan cara spiritual
- Pasien mengatakan akan salat tepat waktu

#### **Evaluasi Objektif**

- Pasien dapat mengungkapkan marah dengan benar

- Pasien diberikan penjelasan cara mengontrol marah dengan cara spiritual oleh Bluder F
- Pasien akan salat tepat waktu

**Analisa :**

- Resiko Perilaku Kekerasan
- Kemampuan pasien untuk mengontrol marah bertambah, yaitu pasien dapat mengontrol amarah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal, mengetahui cara 5 benar minum obat dan meminta dengan baik, menolak dengan baik, mengungkapkan dengan baik perasaan yang dialami dan mengontrol amarah dengan cara spiritual dengan melakukan salat 5 waktu
- Tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan yang dialami pasien berkurang, yaitu pasien sudah tidak berbicara cepat, dapat mengontrol intonasi suara sedang, tidak mendominasi dalam berbicara, mata tidak melotot dan tidak lagi mengepalkan kedua tangan

**Planning :**

- Pasien : Latihan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam pukul kasur bantal, minum obat tepat waktu dengan prinsip 5 benar dan meminta dengan baik, menolak dengan baik serta mengungkapkan amarah dengan baik dan salat lima waktu
- Perawat : Evaluasi keempat kegiatan yang telah diajarkan

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Konsep Medis**

Diagnosa medis pada pasien adalah skizofrenia takterinci. Data yang mendukung diagnosa tersebut adalah adanya gejala-gejala positif yang muncul, seperti adanya perilaku kekerasan, pasien pernah marah-marah dengan masyarakat setempat, merasa kesal dengan istri dan ibunya, tampak berbicara dengan nada tinggi, berbicara dengan cepat, sering mengepalkan tangannya dan selalu menganggap pendapatnya selalu benar. Adapun faktor yang memicu terjadinya skizofrenia takterinci pada kasus adalah akibat adanya tuntutan dari keluarga, yaitu tuntutan terhadap jenis pekerjaan yang pasien tekuni selalu serbasalah di mata istri dan ibunya.

Tuntutan tugas yang terlalu besar dan melebihi batas kemampuan individu dapat menyebabkan stres kerja. Hasil ini didukung dengan penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden, yaitu sebanyak 8 responden (88,9%) mengalami beban kerja mental sedang dan stres kerja sedang, sedangkan sebanyak 1 responden (100%) mengalami stres kerja sedang dan beban kerja mental berat, artinya semakin tinggi beban kerja maka semakin meningkat stres kerjanya. Stres kerja adalah beban kerja yang berlebihan, perasaan susah dan ketegangan emosional yang menghambat *performance* individu. Stres kerja menyebabkan gangguan fisik maupun gangguan psikologis (Suci, 2018).

Penatalaksanaan medis pada pasien, yaitu Trihexyphenidil 2x2 mg per oral, Risperidone 2x3 mg per oral, dan Clorilex 1x25 mg per oral. Obat yang pasien konsumsi sesuai dengan tanda dan gejala pada pasien. Namun jika dilihat dari kasus pasien berulang kali masuk ke

rumah sakit, maka dari ketepatan pengobatan juga harus diperhatikan. Hal ini sangat memperhatikan seberapa sering dokter dan perawat melakukan pemantauan terhadap pasien, baik dalam komunikasi menanyakan tanda dan gejala serta menilai perubahan dan kemampuan pasien setelah mendapatkan pengobatan, apakah membaik atau malah sebaliknya. Hal ini sangat perlu dilakukan, sehingga pengobatan atau penatalaksanaan yang di berikan akan sesuai dengan kondisi pasien. Hal ini dibuktikan dengan penelitian hasil evaluasi penggunaan antipsikotik kategori tepat obat, yaitu sebanyak 45 orang (77,6%).

Ketidaktepatan penggunaan obat berdasarkan potensi interaksi obat yang digunakan terdapat pada 13 pasien (22,4%) dan sebanyak 14 kasus potensi interaksi obat. Ketidaktepatan obat adalah salah satu yang paling berpotensi dalam kegagalan terapi serta timbulnya efek yang tidak diinginkan (Fadilla & Puspitasari, 2016).

Berdasarkan kasus, pasien mengatakan dalam pengobatannya keluarga kurang memberikan dukungan, kurangnya peran dan dukungan keluarga untuk pengobatan pasien memungkinkan untuk kambuh kembali atau yang disebut dengan *relaps*. Hal ini di dukung dengan penelitian yang ditulis dalam *The Hongkong Medical Diary* bahwa studi *naturalistik* telah menemukan tingkat kekambuhan atau *relaps* pada pasien skizofrenia adalah 70%-82% hingga 5 tahun setelah pasien masuk rumah sakit pertama kali. Penelitian di Hongkong menemukan bahwa dari 93 pasien skizofrenia masing-masing memiliki potensi *relaps* 21%, 33%, dan 40% pada tahun pertama, kedua, dan ketiga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab individu mengalami *relaps* disebabkan faktor keluarga, faktor tersebut paling dominan sehingga subjek menjadi *relaps* pasca di rawat di rumah sakit jiwa. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan dan perlakuan keluarga memberikan pengaruh besar

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### **Faktor Predisposisi**

##### **a. Biologis**

Pasien mengatakan pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, pertama kali pada tahun 2003 di rawat di RS Persahabatan di poli psikiatri, 2014 di Puskesmas Cakung, 2016 di RS Budi Asih dan 2020 sampai sekarang dirawat di RSKD Duren Sawit. Faktor predisposisi pada pasien didukung dengan adanya penelitian yang menyebutkan bahwa ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat, tidak kontrol ke dokter secara teratur, menghentikan sendiri obat tanpa persetujuan dari dokter, kurangnya dukungan dari keluarga dan masyarakat merupakan faktor-faktor yang dapat menyebabkan kekambuhan yang memunculkan kembali tanda dan gejala serta dapat mengakibatkan kekambuhan kembali mengalami gangguan jiwa, Leaberman, (2011) dalam (Ulia, 2016).

Faktor predisposisi pada kasus pasien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik di pukul oleh ayahnya pada kelas tiga SD atau kurang lebih usianya 8 tahun. Hal ini di dukung dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang menjadi korban tidak langsung dari peristiwa kekerasan semisal pertengkaran kedua orang tuanya di rumah, juga memiliki kerentanan mengalami trauma psikis hingga pada akhirnya anak tersebut memiliki kemungkinan dapat terlibat atau meniru untuk melakukan hal yang sama di masa dewasanya, Mardiyati (2015), hal ini dapat memicu individu untuk melakukan tindakan kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain atau lingkungan sekitarnya.

## b. Psikologis

Pasien mengatakan dari kecil selalu melihat orangtuanya bertengkar sampai sebelum ayahnya meninggal di tahun 2015. Hal ini di dukung dengan hasil penelitian, anak-anak yang tumbuh dalam keluarga yang sering menyaksikan dan mengalami kekerasan dalam rumah tangga setelah menjadi dewasa akan mempunyai sikap yang antisosial dan cenderung dalam kehidupannya selalu melakukan tindak kekerasan atau mereka mengalami gangguan jiwa yang bisa membahayakan banyak orang (Manumpahi, Goni, & Pongoh, 2016).

Pasien mengatakan pernah ditolak sama perempuan yang disukainya di tahun 2015 atau saat berusia 32 tahun, perempuannya menolak dengan alasan masih ada yang lebih baik darinya. Data tersebut didukung dengan penelitian ketika seseorang mengalami patah hati (*broken heart*), maka kejadian tersebut dapat menimbulkan suatu trauma yang sangat mendalam dalam diri seseorang. Kejadian traumatis tersebut dapat mengakibatkan gangguan secara mental (Haryu, 2018). Tipe kepribadian yang dimiliki pada kasus adalah kepribadian *introvert*.

Tipe kepribadian tertutup merupakan suatu penyebab terbanyak orang mengalami gangguan jiwa. Orang dengan kepribadian tertutup akan cenderung menyimpan segala permasalahan sendiri, sehingga masalah akan semakin menumpuk. Hal ini yang akan membuat pasien menyelesaikan masalahnya, namun akan membuat pasien bingung dengan permasalahannya dan akan membuat pasien depresi Rinawati & Alimansur (2016).

Hal ini didukung juga dengan penelitian yang dilakukan di desa Paringan yang menyebutkan terdapat 86,67% atau 26 pasien gangguan jiwa dengan tipe kepribadian *introvert*, sedangkan pasien dengan kepribadian *ekstrovert* hanya 13,33% atau 4 pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kepribadian *introvert* lebih cenderung mengalami gangguan jiwa dibandingkan dengan tipe kepribadian *ekstrovert* (Yanuar, 2019).

c. Faktor Sosiokultural

Pasien mengatakan tidak senang dengan masyarakat setempat terutama dari segi keamanan, kepemimpinan RT atau RW nya yang suka main uang, terutama dalam hal mengurus kehidupannya seperti suka ikut campur urusan kehidupan pribadinya. Hal ini didukung dengan penelitian masyarakat sulit menerima kondisi para penderita, mereka menganggap para penderita adalah orang berbahaya, pasien yang tidak dapat pulih kesehatan mentalnya, dan layak untuk diasingkan (Putri, Wibhawa, & Gutama, 2015).

d. Tanda dan gejala

Pasien mengatakan alasan masuk karena marah-marah dengan masyarakat setempat, merasa kesal dengan istri dan ibunya, selain itu juga kesal dengan kakak, aniaya fisik, menjadi saksi pertengkaran orangtua, berbicara dengan nada tinggi dan cepat serta menggunakan intonasi suara tinggi, melotot saat interaksi, mengepalkan tangan, menganggap pendapatnya selalu benar, wajah tegang, lebih mendominasi dalam proses interaksi dan mudah tersinggung.

Berdasarkan Yosep (2011), tanda dan gejala terdiri dari beberapa karakteristik, diantaranya: secara fisik, verbal, perilaku, emosi, intelektual dan spiritual. Secara fisik termasuk muka memerah dan tampak tegang, matanya melotot atau pandangan tajam, tangan mengepal, postur tubuh kaku, mengatupkan rahang dengan kuat, dan jalan mondar-mandir; secara verbal termasuk berbicara kasar, nada suara tinggi, membentak dan berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, berbicara dengan kata-kata kotor, suara keras, dan ketus; secara perilaku termasuk melempar atau memukul benda atau orang lain, menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau orang lain, merusak lingkungan dan bersikap amuk atau agresif; secara emosi termasuk tidak adekuat, tidak merasa aman dan nyaman, rasa terganggu, dendam dan jengkel, berangapan bahwa dirinya tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut untuk meminta kehendaknya; secara intelektual termasuk mendominasi dalam bertutur kata, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan sarkasme; secara spiritual termasuk merasa dirinya yang berkuasa, merasa diri yang paling benar, mengkritik pendapat orang lain, menyinggung perasaan orang lain, tidak peduli dan kasar.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan teori untuk menegakkan diagnosa keperawatan terdiri harus terdiri dari P (*Problem*), E (*Etiologi*), dan S (*Sign dan symptom*), tetapi pada kasus menggunakan diagnosa tunggal, yaitu hanya terdiri dari problem. Penggunaan diagnosa tunggal pada kasus ini karena sudah berdasarkan kesepakatan dari setiap pakar. Adapun diagnosa yang muncul pada kasus adalah resiko perilaku kekerasan; resti mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan; harga diri rendah kronik; koping individu tidak

efektif; mekanisme koping keluarga tidak efektif dan rejimen terapi tidak efektif.

Diagnosa utama berdasarkan kasus adalah resiko perilaku kekerasan. Diagnosa ini menjadi *core problem* karena tanda dan gejala yang muncul lebih menonjol, sedangkan diagnosa lainnya lebih mengarah pada riwayat masalah pasien. Tanda dan gejala yang *here and now* dapat dibuktikan dengan data yang ditemukan pada saat pengkajian, yaitu pasien mengatakan marah-marah dengan masyarakat setempat, merasa kesal dengan istri dan ibunya, selain itu juga kesal dengan kakak, aniaya fisik, menjadi saksi pertengkaran orangtua, berbicara dengan nada tinggi dan cepat serta menggunakan intonasi suara tinggi, melotot saat interaksi, mengepalkan tangan, menganggap pendapatnya selalu benar, wajah tegang, lebih mendominasi dalam proses interaksi dan mudah tersinggung.

Faktor yang mendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan adalah adanya data-data pengkajian yang lengkap dan sesuai dengan kondisi pasien yang didapatkan dari hasil wawancara serta observasi selama proses keperawatan. Tidak ada faktor penghambat dalam menegakkan diagnosa keperawatan pada kasus.

### **3. Perencanaan**

Perencanaan yang disusun sudah sesuai dengan teori, yaitu tujuan yang dibuat secara SMART, sebagai berikut:

S (*spesifik*): perencanaan tindakan keperawatan yang dibuat berupa Strategi Pelaksanaan (SP) yang disesuaikan dengan kondisi pasien atau sesuai dengan *core problem* yang telah ditetapkan, yaitu resiko perilaku kekerasan yang terdiri dari

Strategi Pelaksanaan (SP) 1 tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal; SP 2 minum obat; SP 3 verbal; dan SP 4 spiritual.

*M (Measurable)*: tujuan yang ingin dicapai dapat diukur menggunakan indikator pengukuran yang tepat untuk mengevaluasi tingkat keberhasilan, yaitu SP 1 memiliki kriteria hasil: pasien dapat membina hubungan saling percaya; pasien dapat mengidentifikasi: penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, konstruktif atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan, dan dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan fisik (tarik nafas dalam dan pukul kasur/bantal). SP 2 memiliki kriteria hasil yaitu: pasien dapat menjelaskan: manfaat minum obat, kerugian tidak minum obat, nama obat, bentuk dan warna obat, dosis yang diberikan kepadanya, waktu minum obat, cara minum obat yang benar, efek samping yang dirasakan, dan pasien menggunakan obat sesuai program. SP 3 memiliki kriteria hasil yaitu: pasien dapat memperagakan cara mengungkapkan rasa marah secara verbal (menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik). SP 4 memiliki kriteria hasil yaitu: pasien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: Pasien mengatakan akan salat tepat waktu.

*A (Achievable)*: dalam tujuan perencanaan, jumlah pertemuan disesuaikan dengan mempertimbangkan kondisi pasien, yaitu kondisi pasien memungkinkan untuk pelaksanaan keperawatan yang dibuktikan dengan pasien tampak kooperatif, berbicara nyambung, dan dapat berkonsentrasi.

R (*reasonable*): setiap tindakan keperawatan (SP) yang dibuat memiliki pembenaran serta pertimbangan yang logis atau berdasarkan rasional.

T (*Time*): tujuan yang direncanakan memiliki jangka waktu yang spesifik untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Pada SP 1 direncanakan sebanyak 1 kali interaksi, SP 2 sebanyak 1 kali interaksi, SP 3 sebanyak 1 kali interaksi, dan SP 4 sebanyak 1 kali interaksi.

Berdasarkan teori, perencanaan masing-masing strategi pelaksanaan adalah SP 1 direncanakan sebanyak 1 kali interaksi, SP 2 sebanyak 2 kali interaksi, SP 3 sebanyak 1 kali interaksi, dan SP 4 sebanyak 1 kali interaksi, namun pada kasus strategi pelaksanaan 2 direncanakan sebanyak satu kali pertemuan. Hal ini karena pasien kooperatif serta dapat berkonsentrasi dengan baik, pasien telah mengetahui berapa jumlah obat yang di konsumsinya, dapat mengetahui kapan harus minum obat, hal ini memudahkan perawat saat memberikan penjelasan tentang obat di SP 2, pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan, serta dapat menyebutkan kembali 5 benar prinsip minum obat. Perencanaan strategi pelaksanaan 1, 3, dan 4 sudah sesuai dengan teori yaitu masing-masing sebanyak satu kali pertemuan. Hal ini karena pada proses pelaksanaan pasien kooperatif serta sudah dapat membina hubungan percaya dengan perawat, sehingga memudahkan untuk memberikan penjelasan dan pelaksanaan SP 1, 3, dan 4.

Faktor pendukung dalam perencanaan adalah adanya buku referensi yang menjadi acuan dalam melakukan penyusunan perencanaan. Tidak ada faktor penghambat dalam proses perencanaan.

#### **4. Implementasi**

Semua perencanaan yang telah disusun harus dilaksanakan pada tahap implementasi, tetapi pelaksanaan keperawatan pada kasus mengalami perubahan dari perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan yang mengalami perubahan dari rencana keperawatan adalah strategi pelaksanaan 2 (individu), yaitu dalam perencanaan sebanyak 2 kali interaksi tetapi pada pelaksanaan hanya dilakukan 1 kali interaksi. Hal ini terjadi karena pasien sudah memenuhi kriteria pencapaian SP 2. Pelaksanaan SP 1, SP 3 dan SP 4 sudah sesuai dengan perencanaan, yaitu masing-masing SP diimplementasikan sebanyak 1 kali interaksi.

Faktor pendukung dalam melakukan implementasi adalah pasien selalu kooperatif saat pelaksanaan rencana keperawatan, selalu bersedia untuk berinteraksi dengan perawat selama di ruangan rawat, serta selalu mengungkapkan masalah yang sedang dialami. Faktor penghambat dalam melakukan implementasi adalah keluarga pasien tidak pernah mengunjungi pasien, sehingga tidak bisa dilakukan pelaksanaan untuk tindakan SP pada keluarga.

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi yang dilakukan, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif, yaitu dilakukan setiap setelah melakukan tindakan keperawatan. Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan setiap setelah melakukan tindakan keperawatan, yaitu SP individu: pada SP 1 pertemuan 1 pasien sudah dapat memenuhi semua kriteria pencapaian SP 1, yaitu dapat membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi: penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan, konstruktif atau cara-cara sehat dalam

mengungkapkan kemarahan, dan dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan. SP 2 pertemuan 1 pasien dapat memenuhi kriteria pencapaian yaitu, pasien dapat menyebutkan jumlah obat yang harus diminum, mengetahui kapan waktu minum obat, cara minum obat yang benar, efek samping yang dirasakan, dan menggunakan obat sesuai dengan prinsip lima benar. SP 3 pertemuan 1 pasien sudah dapat memenuhi kriteria pencapaian, yaitu pasien dapat memperagakan cara mengungkapkan rasa marah secara verbal. SP 4 pertemuan 1 pasien sudah dapat memenuhi kriteria pencapaian, yaitu pasien dapat memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara spiritual: Pasien mengatakan akan salat tepat waktu.

Evaluasi sumatif dilakukan pada akhir pertemuan, yaitu dengan melakukan evaluasi 4 kemampuan pasien yang harus dicapai dalam mengatasi resiko perilaku kekerasan. Pada pertemuan terakhir pasien sudah mampu mencapai keempat kemampuan yang harus dimiliki, yaitu pasien mampu mengidentifikasi (penyebab marah, tanda dan gejala, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, dan akibat dari perilaku kekerasan); pasien mampu mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal (secara fisik, secara sosial/verbal, secara spiritual, dan terapi psikofarma); pasien mampu mengidentifikasi manfaat latihan yang dilakukan dalam mencegah perilaku kekerasan.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi adalah adanya acuan yang jelas mengenai kriteria pencapaian setelah dilakukan asuhan keperawatan baik pada evaluasi proses maupun evaluasi akhir.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Pasien Tn.G dengan diagnosa medis F20.3 Skizofrenia Takterinci, dengan masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan. Obat-obatan yang dikonsumsi saat ini adalah Trihexyphenidil 2x2 mg per oral, Risperidone 2x3 mg per oral dan Clorilex 1x25 mg per oral.

Faktor predisposisi pada kasus adalah tipe kepribadian *introvert*, menjadi saksi pertengkaran orangtua; pasien pernah mendapatkan aniaya fisik dari ayahnya sejak kelas tiga SD atau di usia 8 tahun dan memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu, pernah dipukul ayahnya waktu kecil, pernah ditolak sama perempuan yang disukainya di tahun 2015 atau saat berusia 32 tahun, telat menikah karena kakaknya yang tak kunjung menikah. Pasien di asuh dengan pola *otoriter*, yaitu yang mana pasien di didik dengan aturan-aturan yang dikehendaki oleh orangtuanya, pasien dididik dengan omelan ibunya.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien adalah resiko perilaku kekerasan; resti mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan; harga diri rendah kronik; coping individu tidak efektif; mekanisme coping keluarga tidak efektif dan rejimen terapi tidak efektif. Diagnosa yang menjadi *core problem* adalah resiko perilaku kekerasan karena tanda dan gejala yang muncul lebih menonjol pada saat pengkajian.

Perencanaan keperawatan pada pasien adalah fokus pada *core problem*, yaitu melakukan Strategi Pelaksanaan (SP). SP 1 pada pasien direncanakan satu kali pertemuan, SP 2 dua kali pertemuan, SP 3 satu kali pertemuan, SP 4 satu kali pertemuan. Perencanaan pada keluarga terdiri dari 2 SP dan masing-masing direncanakan satu kali pertemuan.

Pelaksanaan pada SP 1, SP 2, SP3 dan SP 4 masing-masing dilakukan dengan 1 kali pertemuan. Sedangkan SP pada keluarga tidak dapat dilaksanakan, karena keluarga pasien tidak pernah berkunjung ke rumah sakit. Teknik komunikasi yang digunakan adalah mendengarkan secara aktif, memperlihatkan sikap menerima, memberikan pertanyaan terbuka, klarifikasi, diam dan memberikan penghargaan.

Evaluasi pada Tn. G menggunakan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi pada pelaksanaan SP 1 sampai SP 4 pasien sudah memiliki 4 kemampuan yang dimiliki untuk mengontrol rasa marah yang dialami. Perubahan tanda dan gejala pada pasien setelah dilakukan asuhan keperawatan adalah pasien sudah tidak berbicara cepat, dapat mengontrol intonasi suara sedang, tidak mendominasi dalam berbicara, mata tidak melotot dan tidak lagi mengepalkan kedua tangan.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Lahan Praktik**

Pihak rumah sakit jiwa hendaknya bisa meningkatkan pelayanan keperawatan jiwa, dalam memberikan terapi generalis, yaitu melakukan tindakan Strategi Pelaksanaan (SP) pada pasien dan keluarga, khususnya pasien dengan resiko perilaku kekerasan, sehingga pasien dapat mengetahui dengan baik bagaimana cara untuk mengontrol perilaku kekerasan yang pernah dialami. Pihak

rumah sakit juga perlu memperhatikan pola komunikasi saat akan berinteraksi dengan pasien. Tenaga kesehatan, khususnya dokter dan perawat sangat perlu melakukan interaksi dengan pasien seperti menanyakan keluhan dan perkembangan pasien, sehingga penatalaksanaan yang diberikan tepat dengan keadaan pasien.

2. Bagi Institusi

Memperbanyak buku-buku referensi terbaru tentang keperawatan jiwa baik dalam media cetak maupun elektronik.

3. Bagi Mahasiswa

Meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa dan meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik kepada pasien serta dapat dengan baik membina hubungan saling percaya dengan pasien khususnya pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Melatih diri dalam berkomunikasi dan melakukan asuhan keperawatan serta giat dalam membaca dan mempelajari terkait pemberian asuhan keperawatan pada pasien, sehingga saat berkomunikasi dapat dilakukan dengan mudah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ambar. (2018). *17 Teknik dalam Komunikasi Keperawatan yang Perlu Diketahui*. Retrieved Februari Minggu, 2020, from <https://pakarkomunikasi.com/teknik-dalam-komunikasi-keperawatan>
- Amelia, D. R., & Anwar, Z. (2013). Relaps Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan, 01 (01)*, 53-65.
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. Yogyakarta: Indomedia Pustaka.
- \_\_\_\_\_ (2018). *Keperawatan Jiwa: Aplikasi Praktik Klinik*. Mojokerto: Karya Bina Sehat.
- Choresyo, B., Nulhaqim, S. A., & Wibowo, H. (2017). Kesadaran Masyarakat Terhadap Penyakit Mental. *Prosiding KS: Riset & PKM, 2 (3)*, 381-387.
- Fadilla, A. R., & Puspitasari, R. M. (2016). Evaluasi Ketepatan Penggunaan Antipsikotik. *Sainstech Farma, 9 (1)*, 41-46.
- Farkhah, L., Suryani, & Hernawati, T. (2017). Faktor Caregiver dan Kekambuhan Klien Skizofrenia. *JKP, 5 (1)*, 37-46.
- Haryu. (2018). Gangguan Stres Pasca Trauma Akibat Ditinggal Orang yang Sangat Dicintai. *Al-Tatwir, 5 (1)*, 123-138.
- Ibrahim, A. S. (2011). *Skizofrenia Spliting Personality*. Tangerang: Jelajah Nusa.
- Kaunang, I., Kanine, E., & Kallo, V. (2015). Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Prevalensi Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia yang Berobat Jalan Di Ruang Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Prof DR. V. L. Ratumbusang Manado. *ejournal keperawatan (e-Kp), 2 (2)*, 1-7.
- Keliat, B. A. (2011). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC.
- \_\_\_\_\_ (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

- Lingga, B. Y. (2019). Peningkatan Mutu Perawat dan Asuhan Keperawatan Melalui Evaluasi Keperawatan. 1-5.
- Mamik. (2015). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Sidoarjo: Zifatama Publisher.
- Manumpahi, E., Goni, S. Y., & Pongoh, H. W. (2016). Kajian Kekerasan dalam Rumah Tangga Terhadap Psikologi Anak Di Desa Soakonora Kecamatan Jailolo Kabupaten Halmahera Barat. *e-journal "Acta Diurna", V (1)*.
- Mardiyati, I. (2015). Dampak Trauma Kekerasan Dalam Rumah Tangga Terhadap Perkembangan Psikis Anak. *Jurnal Studi Gender dan Anak*, 26-35.
- Maulana, I., Suryani, Sriati, A., Sutini, T., Widianti, E., Rafiah, I., . . . Senjaya, S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat*, 2 (2), 218-225.
- Nuraenah, Mustikasari, & Putri, Y. S. (2014). Hubungan dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2 (1), 41-50.
- Nurhalimah. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Jiwa*. Jakarta: AIPVIKI.
- Prastya, F. D. (2017). Mekanisme Koping Pada Pasien Perilaku Kekerasan dengan Riisiko Menciderai Orang Lain dan Lingkungan. *Publikasi Ilmiah*, i-20.
- Putri, A. W., Wibhawa, B., & Gutama, A. S. (2015). Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia (Pengetahuan dan Keterbukaan Masyarakat Terhadap Gangguan Kesehatan Mental). *PROSIDING KS: Riset & PKM*, 252-258.
- Rinawati, F., & Alimansur, M. (2016). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5 (1), 34-38.
- RISKESDAS. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. Retrieved Febuari Senin, 2020, from

[http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\\_rakorpop\\_2018/Hasil%20Riskasdas%202018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskasdas%202018.pdf)

- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (Edisi Indonesia ed.). (B. A. Keliat, Ed.) Indonesia: Elsevier.
- Suci, I. S. (2018, Juni 12). Analisis Hubungan Faktor Individu dan Beban Kerja Mental dengan Stres Kerja. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, 7 (2), 220-229. Retrieved from file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/5256-37666-3-PB.pdf
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Tumanggor. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Klien Skizofrenia dengan pendekatan NANDA, NIC, NOC, dan ISDA*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ulia, A. (2016). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kekambuhan Klien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Kumun Debai Kota Sungai Penuh Jambi. *Tesis*, x-118.
- Yanuar, R. (2019). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gangguan Jiwa Di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 1-14.
- Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Yosep, I. (2011). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yudhantara, S. (2018). *Sinopsis Skizofrenia untuk Mahasiswa Kedokteran*. Malang: UB Press.
- Yuniarti, S., & Julaikah. (2014). Peran Perawat Sebagai Care Giver. *Jurnal Keperawatan*, VII (1), 13-17.
- Zahnia, S., & Sumekar, D. W. (2016). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *MAJORITY*, 5 (4), 160-166.

# **LAMPIRAN**

## **Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

### **SP 1 Resiko Perilaku Kekerasan**

---

**Nama Pasien :** Tn. G

**Pertemuan :** 1

**Hari/Tanggal :** Rabu, 15 Januari 2010

**Alamat :** Ruang Belimbing Rumah Sakit RSKD Duren Sawit

#### **A. Proses Keperawatan**

##### **1. Kondisi Pasien**

Data Subjektif:

- Pasien mengatakan alasan masuk kerana marah-marrah dengan masyarakat setempat, karena menyalakan musik kencang, pasien merasa tidak nyaman, merasa kesal, mengeluarkan kata-kata kasar dan keras.
- Pasien mengatakan tidak menyukai masyarakat terutama dari segi keamanan, kepemimpinan RT atau RW nya yang suka main uang, terutama dalam hal memngurusi kehidupannya seperti suka ikut campur urusan kehidupan pribadinya
- Pasien juga mengatakan tidak menyukai keluarganya yang tidak pernah memberikan dukungan kepadanya.
- Keluhan saat ini pasien mengatakan masih kesal dengan istri dan ibunya, selain itu juga kesal dengan kakaknya kenapa tidak menikah hingga sekarang usianya sudah tua
- Pasien mengatakan pernah mengalami aniaya fisik di pukul oleh ayahnya pada kelas tiga SD atau kurang lebih usianya 8 tahun
- Pasien mengatakan dari kecil selalu melihat orangtuanya bertengkar sampai sebelum ayahnya meninggal di tahun 2015

- Pasien mengatakan ibu dan kakaknya mengalami masalah kejiwaan dengan tanda dan gejala, ibunya sering marah-marah tidak jelas, banting-banting barang, kakaknya tidak pernah punya niat untuk menikah meskipun umurnya sudah tua, marah-marah dan ngomel tidak jelas.
- Pasien mengatakan orantuanya selalu bertengkar dari kecil sampai ayahnya meninggal, pasien dididik dengan omelan ibunya

Data Objektif:

- Pasien tampak berbicara dengan nada tinggi
- Berbicara dengan cepat
- Pasien tampak melotot saat interaksi.
- Sering mengepalkan tangannya
- Selalu menganggap pendapatnya selalu benar.
- Berbicara dengan intonasi suara tinggi dan kasar
- Wajah tegang dan pasien lebih mendominasi dalam proses interaksi.
- Pasien berbicara dengan cepat dan keras pada saat dilakukan wawancara tentang keluarganya
- Pasien tampak tegang saat berinteraksi selama wawancara dengan perawat
- Pasien tampak marah dengan meninggikan suara dan merasa kesal dengan keluarganya
- Selama proses wawancara pasien terkadang tampak mudah tersinggung

2. Diagnosa keperawatan: resiko perilaku kekerasan
3. Tujuan khusus: pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik: tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal.
4. Tindakan keperawatan: SP 1 resiko perilaku kekerasan
  - a. Bina hubungan saling percaya
  - b. Identifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, akibat perilaku kekerasan, dan cara konstruktif dalam merespon terhadap kemarahan

- c. Ajarkan pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik:  
Tarik nafas dalam dan memukul kasur atau bantal
- d. Melatih pasien cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik:  
Tarik nafas dalam dan memukul bantal/kasus
- e. Memasukkan ke jadwal kegiatan.

## **B. Strategi Komunikasi**

### 1. Orientasi

#### a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak, perkenalkan nama saya dengan Suster Diana Fransiska, biasa dipanggil Suster Diana. Bapak namanya siapa?”

#### b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan bapak G hari ini? Kegiatan apa saja yang telah dilakukan hari ini? Apakah masih merasa kesal?”

#### c. Kontrak

Topik: “Baiklah, sesuai dengan kesepakatan kita tadi, hari ini kita akan berbincang-bincang mengenai perasaan kesal atau marah yang bapak rasakan dan cara mengontrol rasa marah dengan cara fisik: Tarik nafas dalam dan memukul kasur atau bantal”

Waktu: “Berapa lama kita akan berbincang-bincang hari ini?”

Tempat: “Dimana kita akan berbincang-bincang hari ini? Apakah disini saja?”

### 2. Tahap kerja

#### a. Pengkajian

“Coba sekarang bapak G ceritakan kejadian apa yang menyebabkan bapak marah? Coba pak G ceritakan apa yang dirasakan ketika marah? Perasaan apa yang dirasakan ketika marah? Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat marah? Apa akibat dari cara marah yang pak G lakukan? Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah bapak G hilang? Menurut pak G apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan?”

b. Penjelasan

“Baiklah, hari ini kita akan berdiskusi mengenai cara mengontrol rasa marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur dan bantal. Jadi jika pak G merasa marah, coba pak G menenangkan diri terlebih dahulu senyaman mungkin lalu tarik nafas dalam dari hidung secara perlahan, tahan sebentar, lalu keluarkan atau tiupkan secara perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Caranya seperti ini (mendemonstrasikan) coba terus sampai rasa marah yang bapak rasakan hilang. Selain tarik nafas dalam, cara yang dapat pak G lakukan adalah dengan memukul kasur atau bantal. Jadi, jika nanti pak G merasa marah dan ingin marah, bapak G langsung pergi ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur atau bantal sambil mengatakan “saya kesal, saya kesal”. Caranya seperti ini, ya (mendemonstrasikan). Nah, sekarang coba pak G lakukan cara yang sudah saya contohkan tadi. Bagus sekali ya, pak G”.

3. Tahap terminasi

a. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan pak G setelah berbincang-bincang tentang kemarahan yang rasakan dan cara mengontrolnya dengan tarik nafas dalam serta memukul kasur atau bantal?”

b. Evaluasi Objektif

“Coba sekarang pak G ulangi kembali cara mengontrol marah dengan cara fisik, yaitu tarik nafas dalam dan memukul kasur atau bantal. Bagus ya, pak G. Latihan ini bisa pak G lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul, pak G sudah terbiasa melakukannya”

c. Rencana tindak lanjut

“Bagaimana jika kegiatan hari ini dimasukkan ke jadwal kegiatan pak G. Mau berapa kali melakukan latihan ini dalam satu hari dan jam berapa saja untuk melakukannya?”

d. Rencana yang akan datang

Topik: “Baiklah, untuk hari ini kita telah berbincang-bincang mengenai rasa marah yang pak G rasakan dan cara mengontrolnya dengan cara tarik nafas dalam dan memukul kasur atau bantal. Besok kita akan bertemu lagi untuk berbincang-bincang mengenai cara mengontrol rasa marah yang kedua, yaitu dengan cara minum obat yang teratur, tujuannya agar pak G bisa minum obat secara mandiri”

Waktu: “Untuk pertemuan besok, kira-kira pak G mau jam berapa untuk berbincang-bincangnya? Kira-kira berapa lama kita akan bertemu?”

Tempat: “Kira-kira kita mau bertemu dimana pak G? Baik lah, sampai jumpa lagi ya, pak G”.

## **Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

### **SP 2 Resiko Perilaku Kekerasan**

---

**Nama Pasien :** Tn. G

**Pertemuan :** 1

**Hari/Tanggal :** Kamis, 16 Januari 2020

**Alamat :** Ruang Belimbing Rumah Sakit RSKD Duren Sawit

#### **A. Proses Keperawatan**

##### 1. Kondisi pasien

Data Subjektif:

- Pasien mengatakan ucapan selamat pagi
- Pasien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Pasien menyebutkan nama perawat
- Pasien mengatakan masih merasa kesal dengan istri dan ibunya
- Pasien mengatakan cukup diam saja bila marah dan kalau tidak mampu menahan di ungkapkan dengan kata-kata kasar
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan tentang mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien mempraktikkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasul bantal
- Pasien mengatakan akan memasukan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sebagai kegiatan harian jika mengalami marah
  
- Pasien dapat menjawab ucapan selamat pagi
- Pasien dapat menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan
- Pasien dapat menyebutkan nama perawat

- Pasien tampak kesal saat berinteraksi dengan perawat mengenai istri dan ibunya
  - Pasien tampak mengepalkan tangan
  - Pasien tampak mengatupkan giginya
  - Pasien dapat mempratikan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal dengan benar
  - Pasien akan memasukan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal sebagai kegiatan tambahan
2. Diagnosa keperawatan: resiko perilaku kekerasan
  3. Tujuan khusus: pasien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara minum obat teratur
  4. Tindakan keperawatan: SP 2 resiko perilaku kekerasan
    - a. Evaluasi kegiatan SP 1
    - b. Jelaskan cara mengontrol marah dengan cara minum obat dengan prinsip 5 benar, manfaat obat dan efek samping obat
    - c. Latih pasien cara minum obat yang benar
    - d. Berikan kesempatan pasien untuk menjelaskan ulang 5 benar minum obat, manfaat obat dan efek samping obat

## **B. Strategi Komunikasi**

1. Orientasi
  - a. Salam terapeutik
 

“Selamat pagi pak G, berjumpa lagi dengan saya, masih ingat saya?”
  - b. Evaluasi/validasi
 

“Bagaimana keadaan pak G hari ini? Apa perasaan yang bapak rasakan? Apakah masih merasakan perasaan kesal? Kegiatan apa saja yang telah dilakukan dari kemarin setelah suster tinggal dan hari ini? Apakah pak G hari ini sudah minum obat?”
  - c. Kontrak
 

Topik: “Baiklah, sesuai dengan kesepakatan kemarin, pada hari ini kita akan berbincang-bincang mengenai cara mengontrol rasa marah dengan cara yang kedua, yaitu dengan minum obat secara teratur”

Waktu: “Berapa lama kita akan berbincang-bincang hari ini?”

Tempat: “Dimana kita akan berbincang-bincang hari ini? Apakah disini saja?”

## 2. Tahap kerja

### a. Pengkajian

“Baik pak G kita mulai saja, sekarang coba ceritakan ada kejadian apasaja yang menyebabkan pak G marah? Apa yang pak G rasakan ketika marah? Perasaan apa yang dirasakan ketika marah? Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan pak G saat marah? Apa akibat dari cara marah yang pak G lakukan? Apakah dengan cara yang digunakan pak G penyebab marah hilang? Menurut pak G apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan?”

### b. Penjelasan

“Baik pak, hari ini kita akan berdiskusi mengenai cara mengontrol rasa marah dengan cara minum obat secara teratur. Jadi minum obat itu sangat penting agar pak G bisa mengontrol rasa marah yang pak G rasakan. Obat yang pak G minum ada 3 yaitu Trihexyphenidil, Risperidone, dan Clorilex. Clorilex berwarna kuning, diminum 1 kali perhari pada sore hari, fungsinya adalah membuat rileks dan agar tidak merasa cemas, efek sampingnya adalah banyak keluar air liur dan mengantuk. Risperidone berwarna hijau diminum 2 kali sehari, yaitu pada pagi dan sore dengan dosis 3 mg, obat ini berfungsi untuk menenangkan pikiran dan mengontrol rasa marah, efek sampingnya adalah mulut kering, tremor atau mengalami getaran yang tidak disadari, dan badan kaku. Trihexyphenidil berwarna putih diminum 2 kali sehari, yaitu pada pagi dan sore, dengan dosis yang diminum adalah 2 mg. Obat ini berfungsi untuk menetralkan efek samping yang ditimbulkan seperti efek samping yang membuat badan kaku. Efek sampingnya adalah pusing, mengantuk, dan banyak keluar air liur. Apabila pak G merasakan mulut kering, pak G banyak minum air putih dan apabila merasa pusing atau mengantuk, pak G langsung istirahat saja. Sebelum

minum obat ada 5 benar yang harus pak G perhatikan adalah benar nama pak G, benar nama obat, benar dosis, benar waktu dan benar cara minum obat. Perlu diperhatikan hal terpenting adalah pak G tidak boleh putus minum obat, sehingga sebelum obatnya habis, pak G harus segera kontrol untuk mendapatkan obat-obatan pak G. Obat tidak boleh dihentikan, harus minum secara teratur, obat hanya bisa dihentikan jika mendapat intruksi atau saran dari dokter.

3. Tahap terminasi

a. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan pak G setelah berbincang-bincang tentang cara mengontrolnya dengan minum obat secara tepat?”

b. Evaluasi Objektif

“Sekarang coba pak G sebutkan lagi ada berapa obat yang pak G minum, Efek samping dan kegunaannya obat-obatannya, serta 5 benar prinsip minum obat, bagus ya, pak G dapat menyebutkan dengan benar”

c. Rencana tindak lanjut

“Nah bapak G sekarang kita masukan ke jadwal kegiatan harian sesuai dengan jadwal minum obat bapak. Setelah bapak G melakukan minum obat bisa ceklis di kotak yang sudah dibuat, kalau ‘M’ bapak G melakukannya secara mandiri, nah kalau ‘B’ bapak G minum obat tetapi diingatkan atau dibantu sama perawat atau keluarga bapak, kalau ‘T’ bapak G tidak melakukan minum obat”

d. Rencana yang akan datang

Topik: “Baiklah, hari ini kita sudah berbincang-bincang mengenai cara mengontrol rasa marah yang kedua, yaitu dengan cara minum obat yang teratur, besok kita akan berdiskusi lagi mengenai cara yang ketiga, yaitu mengontrol rasa marah dengan cara verbal”

Waktu: “Untuk pertemuan besok, kira-kira bapak G mau jam berapa untuk berbincang-bincangnya? Kira-kira berapa lama kita akan bertemu?”

Tempat: “Tempatnya disini lagi ya pak? Baiklah, sampai jumpa  
besok ya, bapak G”

## **Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan SP 3 Resiko Perilaku Kekerasan**

---

**Nama Pasien** : Tn. G  
**Pertemuan** : 1  
**Hari/Tanggal** : Jumat, 17 Januari 2020  
**Alamat** : Ruang Belimbing Rumah Sakit RSKD Duren Sawit

### **A. Proses Keperawatan**

#### 1. Kondisi Pasien

Data Subjektif:

- Pasien mengatakan cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan prinsip 5 benar minum obat, manfaat obat dan efek samping obat
- Pasien mengatakan obatnya ada 3 macam, diminum pagi hari dan malam hari
- Pasien mengatakan ada 5 benar prinsip minum obat, benar nama pasien, benar nama obat, benar dosis, benar waktu minum obat dan benar cara minum obat
  
- Pasien dapat mempraktikkan kembali cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur bantal
- Pasien dapat menyebutkan 5 benar prinsip minum obat
- Pasien dapat menyebutkan jumlah obat dengan benar

#### 2. Diagnosa keperawatan: resiko perilaku kekerasan

3. Tujuan khusus: pasien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan secara verbal

4. Tindakan keperawatan: SP 3 resiko perilaku kekerasan

a. Evaluasi SP 1 dan SP 2

- b. Jelaskan cara mengontrol marah dengan cara verbal : meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- c. Berikan kesempatan untuk pasien mendemonstrasikan kepada perawat untuk meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik
- d. Berikan pujian terhadap keberhasilan
- e. Masukkan sebagai kegiatan tambahan

## **B. Strategi Komunikasi**

### 1. Orientasi

#### a. Salam terapeutik

“Selamat pagi pak G apakah masih ingat dengan saya?”

#### b. Evaluasi/validasi

“Bagaimana perasaan pak G hari ini? Apakah masih merasa kesal? Kegiatan apa saja yang telah dilakukan hari ini? Apakah bapak sudah terapkan mengontrol marah dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal, serta minum obat secara teratur?”

#### c. Kontrak

Topik: “Baiklah, sesuai dengan kesepakatan kemarin, hari ini kita akan berbincang-bincang mengenai perasaan kesal atau marah yang pak G rasakan dan cara mengontrol rasa marah dengan cara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik”

Waktu: “Berapa lama kita akan berbincang-bincang hari ini?”

Tempat: “Dimana kita akan berbincang-bincang hari ini? Apakah disini saja?”

### 2. Tahap kerja

#### a. Pengkajian

“Coba sekarang pak G ceritakan ada kejadian apa yang menyebabkan pak G marah? Coba pak G ceritakan apa yang bapak rasakan ketika marah? Perasaan apa yang dirasakan ketika marah? Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat pak G

merasa marah? Apa akibat dari cara yang dilakukan? Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah pak G hilang? Menurut pak G apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan?"

b. Penjelasan

"Baiklah hari ini kita akan berdiskusi mengenai cara mengontrol rasa marah yang ke-3 dengan cara verbal, yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Jadi, jika pak G ingin menolak, meminta, dan mengungkapkan dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata kasar.

Cara meminta yang baik, misalnya "Ibu bisa tidak berbicara dengan baik, tidak dengan teriak atau membanting barang, agar saya dapat mengerti dengan apa yang ibu sampaikan". Nanti bisa dicoba untuk meminta diingatkan untuk minum obat, dan lain-lainnya. Cara menolak dengan baik jika ada yang menyuruh pak G dan tidak ingin melakukannya, pak G bisa katakan "maaf, saya tidak bisa melakukannya karena saya masih ada kerjaan". Cara mengungkapkan perasaan kesal, misalnya jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal, pak G dapat mengatakan "saya merasa sedikit kesal karena perkataan mu itu". Saya akan mencontohkan bagaimana cara berbicara yang baik, menolak yang baik, dan meminta dengan cara yang baik (demonstrasi). Seperti itu ya, pak. Coba pak G praktikkan kembali cara yang sudah saya contohkan tadi". Bagus ya, pak G".

3. Tahap terminasi

a. Evaluasi Subjektif

"Bagaimana perasaan pak G setelah berbincang-bincang tentang cara mengontrol kemarahan dengan cara verbal, yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik?"

b. Evaluasi Objektif

“Sekarang coba pak G ulangi lagi mengontrol rasa marah dengan cara verbal, yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Bagus ya, pak G”.

c. Rencana tindak lanjut

“Bagaimana jika kegiatan latihan ini kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pak G. Mau berapa kali pak G latihan dan pada jam berapa?”

d. Kontrak yang akan datang

Topik: “Baiklah pak untuk pertemuan hari ini kita cukupkan sampai disini, berbincang-bincang mengenai mengontrol rasa marah dengan cara verbal, yaitu menolak dengan baik, meminta dengan baik, dan mengungkapkan perasaan dengan baik. Bagaimana kalau besok kita bertemu lagi untuk berlatih cara yang ke-4 yaitu dengan cara spiritual, nanti saya akan dibantu bluder F ya pak?”

Waktu: Pak G mau jam berapa kita bertemu besok dan mau berapa lama kita akan berbincang-bincang besok?”

Tempat: “Kira-kira besok mau bertemu dimana?”.

**Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**  
**SP 4 Resiko Perilaku Kekerasan**

---

**Nama Pasien** : Tn. G  
**Pertemuan** : 1  
**Hari/Tanggal** : Jumat, 17 Januari 2020  
**Alamat** : Ruang Belimbing Rumah Sakit RSKD Duren Sawit

**A. Proses Keperawatan**

1. Kondisi pasien

Data Subjektif:

- Pasien mengatakan cara mengontrol marah yang telah dilatih, yang pertama dengan cara menarik nafas dalam lalu memukul kasur dan bantal, yang kedua dengan cara minum obat yang benar dan teratur
- Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan cara menontrol marah dengan cara verbal meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan amarah dengan baik
- Pasien mengatakan kepada perawat untuk meminta mengungkapkan apa yang dirasakan sekarang
- Pasien mengatakan menolak untuk di minta bantuan dari perawat karena alasanya masih sibuk berkerja
- Pasien mengungkapkan apa yang di rasakan dengan benar
- Pasien mengatakan akan melakukan tindakan ini sebagai kegiatan tambahan kepada orang lain di sekitarnya
  
- Pasien dapat menyebutkan ulang cara mengontrol marah dengan cara tarik nafas dalam dan memukul kasur bantal serta prinsip 5 benar cara minum obat
- Pasien dapat melakukan cara meminta, menolak dan mengungkapkan amarah dengan baik

- Pasien akan memasukan kegiatan cara meminta, menolak dan mengungkapkan dengan baik sebagai kegiatan tambahan
- 2. Diagnosa keperawatan: resiko perilaku kekerasan
- 3. Tujuan khusus: pasien mampu mengatasi atau mengendalikan resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual: salat lima waktu
- 4. Tindakan keperawatan: SP 4 resiko perilaku kekerasan
  - a. Evaluasi SP 1, SP 2 dan SP 3
  - b. Jelaskan cara mengontrol marah dengan cara spiritual: menjalankan salat lima waktu.
  - c. Berikan kesempatan untuk pasien mendemonstrasikan salat
  - d. Berikan pujian terhadap keberhasilan
  - e. Masukan sebagai kegiatan tambahan

## **B. Strategi Komunikasi**

1. Orientasi
  - a. Salam terapeutik
 

“Selamat pagi pak G apakah masih ingat dengan saya?. Baik pak G bapak sudah kenal dengan teman suster ini? Hari ini kita akan berbincang dengan Bruder F juga ya pak”
  - b. Evaluasi/validasi
 

“Bagaimana perasaan pak G hari ini? Apakah masih merasa kesal? Kegiatan apa saja yang telah dilakukan hari ini? Apakah bapak sudah terapkan mengontrol marah dengan cara fisik tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal, minum obat secara teratur dan melakukan cara mengontrol marah dengan cara verbal: meminta dengan baik, menolak dengan baik dan mengungkapkan dengan baik?”
  - c. Kontrak
 

Topik: “Baiklah, sesuai dengan kesepakatan kemarin, hari ini kita akan berbincang-bincang mengenai perasaan kesal atau marah yang pak G rasakan dan cara mengontrol rasa marah dengan cara spritual:

menjalankan salat lima waktu yang nantinya akan dijelaskan oleh Bluder F”

Waktu: “Berapa lama kita akan berbincang-bincang hari ini?”

Tempat: “Dimana kita akan berbincang-bincang hari ini? Apakah disini saja?”

## 2. Tahap kerja

### a. Pengkajian

“Coba sekarang pak G ceritakan ada kejadian apa yang menyebabkan pak G marah? Coba pak G ceritakan apa yang bapak rasakan ketika marah? Perasaan apa yang dirasakan ketika marah? Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat pak G merasa marah? Apa akibat dari cara yang lakukan? Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah pak G hilang? Menurut pak G apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan?”

### c. Penjelasan

“Baik pak G apa kabarnya hari ini? Perkenalkan nama saya Bluder F ya pak, bapak bisa panggil saya dengan sebutan Bluder F. Baiklah pak hari ini kita akan berdiskusi mengenai cara mengontrol rasa marah dengan cara yang keempat, yaitu mengontrol marah dengan cara spiritual. Jadi jika bapak merasa ingin marah bapak bisa mengontrolnya dengan salat dan banyak istighfar, sehingga marah yang bapak rasakan dapat berkurang dan teratasi. Tata cara yang kita lakukan sebelum salat baca niat dulu, lalu wuduh dengan air yang mengalir, bersihkan tangan, kumur 3 kali, cuci hidung wajah, cuci tangan sampai siku, kanan kiri kanan 3 kali usap wajah 3 kali, kepala sampai belakang, kuping 3 kali, kaki sampai mata kaki dibasahin 3 kali lalu baca doa selesai wudu. Setelah wuduh selanjutnya pakai peci dan sarung, salat hadap ke kiblat. Salat jalankan salat lima waktu, pertama salat Dzuhur 4 rakaat jam 12.00 WIB, kedua salat Ashar 4 rakaat jam 15.30 WIB, ketiga salat Maghrib 3 rakaat jam 17.30 WIB, keempat salat Isya 4 rakaat jam 19.00 WIB dan yang kelima salat Subuh 2 rakaat jam 04.30 WIB. Saya akan

mencontohkan bagaimana cara salat yang benar (demonstrasi). Seperti itu ya, pak. Coba pak G praktekan kembali cara yang sudah saya contohkan tadi”. Bagus ya, pak G”.

4. Tahap terminasi

e. Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan pak G setelah kita melakukan cara mengontrol marah dengan salat tadi pak?”

f. Evaluasi Objektif

“Sekarang coba pak G ulangi lagi mengontrol rasa marah dengan spiritual dengan mempraktikan salat. Bagus ya, pak G”.

g. Rencana tindak lanjut

“Bagaimana jika kegiatan latihan ini kita masukkan ke dalam jadwal kegiatan harian pak G. Bapak akan melakukan kegiatan yang keempat ini dengan salat lima waktu ya pak, berarti ada lima kali bapak lakukan dalam satu hari ya pak?”

h. Kontrak yang akan datang

Topik: “Baiklah pak untuk pertemuan hari ini kita cukupkan sampai disini. Saya mengucapkan terimakasih atas kerja sama bapak sehingga suster dapat memberikan kegiatan dengan lancar pada bapak. Untuk besok kita akan bertemu lagi untuk mengevaluasi dari keempat kegiatan untuk mengontrol rasa marah yang bapak alami, bagaimana pak apakah bapak bersedia?”

Waktu: Pak G mau jam berapa kita bertemu besok dan mau berapa lama kita akan berbincang-bincang besok?”

Tempat: “Kira-kira besok mau bertemu dimana?”