

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA PERILAKU  
KEKERASAN PADA Tn. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
SURABAYA**



Oleh :

**EDWIN YURI WIDJANARKO, S.Kep.**  
**NIM. 193.0023**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA MASALAH UTAMA PERILAKU  
KEKERASAN PADA Tn. B DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
SKIZOFRENIA DI RUANG WIJAYA KUSUMA  
RUMAH SAKIT JIWA MENUR  
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Ners**



**Oleh :**

**EDWIN YURI WIDJANARKO, S.Kep.**  
**NIM. 193.0023**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Surabaya, 21 Juli 2020**

**Penulis,**



**EDWIN YURI WIDJANARKO**

**NIM. 193.0023**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Edwin Yuri Widjanarko

NIM : 193.0023

Program Studi : Profesi Ners

Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan Tn. B dengan Diagnosis Medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir Stikes Hang Tuah dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

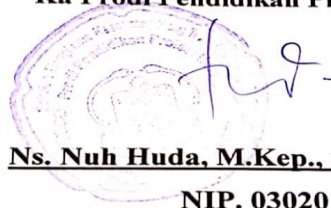
**NERS (Ns)  
Surabaya,**

**Pembimbing**



**Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes  
NIP.03.021**

**Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

  
**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.  
NIP. 03020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal :

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Edwin Yuri Widjanarko

NIM : 193.0023

Program studi : Ners

Judul : **Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan Tn. B dengan Diagnosis Medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya**

Telah dipertahankan dihadapan dewan karya ilmiah akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

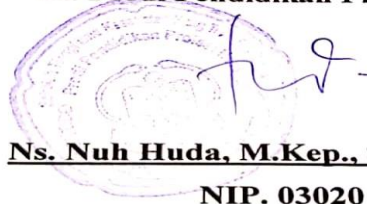
**Penguji I : Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes**  
NIP. 03.007



**Penguji II : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes.**  
NIP.03.021



**Mengetahui,**  
**STIKES Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.**  
NIP. 03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 03 Agustus 2020

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan Tn. B dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak yang telah ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisannya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar-besarnya kepada :

1. dr. H. Moch. Hafidin Ilham, Sp.An selaku direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
2. Ibu Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyningrum. S.Kp., M.Kep. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

3. Bapak Nuh Huda.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.M.B selaku Kepala Program Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku penguji yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes. Selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan dorongan, arahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan rahmat dari Allah SWT Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa Karya Ilmiah Akhir ini bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, 22 Juli 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN COVER .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir .....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Perilaku Kekerasan.....	9
2.1.1 Definisi Perilaku Kekerasan .....	9
2.1.2 Rentang Respon Marah.....	10
2.1.3 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan .....	11
2.1.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan .....	15
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan.....	15
2.2.1 Pengkajian.....	16
2.2.2 Pohon Masalah.....	71
2.2.3 Diagnosa Keperawatan .....	23
2.2.4 Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan dalam bentuk Strategi Pelaksanaan.....	24
2.2.5 Implementasi.....	27
2.2.6 Evaluasi.....	27
2.2.7 Format SPTK .....	28
2.3 Konsep Skizofrenia.....	29
2.3.1 Pengertian Skizofrenia.....	29
2.3.2 Etiologi Skizofrenia.....	30
2.3.3 Gejala-gejala Skizofrenia.....	31
2.3.4 Macam-macam Skizofrenia .....	32
2.3.5 Pengobatan Skizofrenia .....	34
2.4 Konsep Penyakit Virus Corona 2019 .....	35
2.4.1 Definisi Virus Covid-19 .....	35
2.4.2 Etiologi .....	35
2.4.3 Tanda dan Gejala .....	36



2.4.4 Pemeriksaan Penunjang .....	36
2.4.5 Pembagian Kelompok Penularan Covid-19 .....	36
2.4.6 Dampak COVID-19 pada Kesehatan Jiwa dan Psikososial .....	37
2.4.7 Cara Pencegahan Penularan COVID-19.....	41
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>42</b>
3.1. Pengkajian.....	42
3.2. Analisa Data.....	54
3.3. Rencana Keperawatan Jiwa .....	56
3.4. Implementasi dan Evaluasi .....	59
_Toc51072908	
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
4.1. Pengkajian.....	65
4.2. Diagnosa Keperawatan .....	71
4.3. Rencana Keperawatan .....	71
4.4. Tindakan Keperawatan .....	75
4.5. Evaluasi.....	81
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>84</b>
5.1. Simpulan .....	84
5.2. Saran .....	86
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>87</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>88</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rentang respon kekerasan.....	10
Tabel 2.2 Dampak Kesehatan Fisik, Jiwa, dan Psikososial pada Fase Pra Bencana .....	38
Tabel 2.3 Dampak Kesehatan Fisik, Jiwa, dan Psikososial pada Fase Bencana..	38
Tabel 2.4 Dampak Kesehatan Fisik, Jiwa, dan Psikososial pada Fase Pemulihan .....	40
Tabel 3.2 Analisa Data.....	54
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan.....	56
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi .....	59

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang respon Perilaku Kekerasan.....	10
Gambar 2.2 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan.....	22
Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.B .....	45
Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan pada Tn “B” .....	53

## DAFTAR LAMPIRAN

<i>Lampiran 1</i> .....	88
<i>Lampiran 2</i> .....	89
<i>Lampiran 3</i> .....	90

## DAFTAR SINGKATAN

CPN	: <i>Community Psychiatric Nurses</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
ECT	: <i>Electro Convulsif Therapy</i>
PK	: Perilaku Kekerasan
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RS	: Rumah Sakit
SP	: Strategi Pelaksanaan
SPTK	: Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
COVID-19	: <i>Corona Virus Disease 2019</i>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keliat & Marlina (2020) menyatakan pandemi COVID-19 adalah bencana non alam yang berdampak terhadap kesehatan jiwa dan psikososial masyarakat. Gelombang informasi tentang COVID-19 yang sangat tinggi dapat menimbulkan masalah kesehatan jiwa dan psikososial, hal tersebut dapat meningkatkan hormon kortisol yang dapat menyebabkan gangguan pada berbagai organ tubuh seperti peninggian pernafasan, denyut jantung meningkat, ketegangan otot, dan berkeringat. Semua ini merupakan gejala dari cemas (ansietas). Distorsi kognitif berupa pemikiran yang irasional juga dapat terjadi dan akan memperberat kondisi psikososial klien. Meilisa (2020) dalam beritanya pada tanggal 3 Juni 2020, terdapat 7 ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) pasien RS Jiwa Menur terkonfirmasi COVID-19.

Jumlah penderita gangguan jiwa di dunia sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia. (WHO, 2017). Penderita psikosis di Indonesia 1.091.528 jiwa dengan prevalensi psikosis 1,8 per 1000 penduduk menurut Riskesdas 2018 sedikit lebih tinggi dibandingkan hasil Riskesdas 2013 yang menyebutkan prevalensi psikosis 1,7 per 1000 penduduk (dengan metode sama seperti yang disebut di atas 1,5 per 1000 penduduk). Sedangkan jumlah penderita psikosis di Jawa Timur berjumlah total 162.962 jiwa dengan rincian 85.321 jiwa bertempat tinggal di perkotaan dan 77.641 jiwa bertempat tinggal di desa. Data dispenduk dan Capil Surabaya 2012 yang dikutip oleh Millatina, (2017) mencatat dari jumlah 3.104.584 penduduk

Surabaya, sebanyak 18.325 jiwa diantaranya menderita gangguan kejiwaan. Per tahun 2016 jumlah pasien skizofrenia di RS Jiwa Menur berjumlah 1.667 pasien rawat inap.

Penatalaksanaan keperawatan pasien gangguan jiwa untuk mengatasi perilaku kekerasan adalah dengan terapi psikofarmaka, terapi aktivitas kelompok dan manajemen perilaku kekerasan yang terdiri dari fisik, verbal, spiritual, dan obat. Pada manajemen perilaku kekerasan verbal dilakukan penerapan tindakan asertif. (Kusumaningtyas, 2018). Tindakan asertif adalah kemarahan atau rasa tidak setuju yang dinyatakan atau diungkapkan tanpa menyakiti orang lain (Kusumaningtyas, 2018). Berdasarkan pernyataan tersebut, tindakan asertif mampu membantu pasien dengan risiko perilaku kekerasan untuk mengungkapkan rasa marahnya pada orang lain tanpa membuat orang lain sakit hati dan membantu pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan. Irvanto (2013) dalam Kusumaningtyas, (2018) menyatakan penerapan tindakan asertif dilakukan pada pasien yang sudah memasuki masa (*maintenance*) dimana pasien sudah pernah dilakukan manajemen perilaku kekerasan berupa fisik seperti nafas dalam dan memukul bantal.

Perawat wajib berperan sebagai pendidik kegiatan yaitu mendengar, memerintahkan, menyarankan, menjelaskan, mendiskusikan dan membantu memutuskan. Dengan pendidikan kesehatan jiwa yang diberikan di klinik keperawatan oleh perawat membuat pasien dan keluarga tahu, yakni memutuskan dan melakukan informasi dan latihan yang diberikan (Widyastuti, 2009 dalam Elvita, 2018). Perawat diharapkan mampu melakukan perawatan pada klien secara komprehensif, bukan hanya kolaborasi pemberian psikofarmaka dan secara fisik

saja, namun penting juga untuk latihan mengontrol perilaku klien. Selain itu diharapkan perawat mempunyai catatan atau dokumentasi yang baik guna kesinambungan perawat antar ruangan. Rumah sakit diharapkan dapat mendukung penerapan terapi perilaku maladaptif, sehingga dibutuhkan perawat spesialis jiwa yang ada di ruangan akut atau jika belum memungkinkan, dapat dibuat jadwal visite perawat spesialis ke masing-masing ruangan. Perawat dimasa pandemi ini selain harus mengobati gangguan jiwa juga harus sebagai tenaga pendidik klien dalam mencegah penyebaran COVID-19.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn.B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya?”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya.



### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RS Menur Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan yang didapat melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RS Menur Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RS Menur Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan jika masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RS Menur Surabaya.
5. Mengevaluasi tindakan yang sudah dilaksanakan dengan asuhan keperawatan jiwa masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RS Menur Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama Perilaku Kekerasan pada Tn B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RS Menur Surabaya.

#### 1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini:

##### 1. Secara Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian *disability* dan mortalitas pada pasien jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan.

##### 2. Secara Praktis

###### a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan jiwa di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

###### b. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan dalam ilmu pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi keluarga dan klien

Agar keluarga mampu melakukan perawatan pada pasien jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan di rumah sehingga frekuensi kekambuhan dapat berkurang.

d. Bagi penulis selanjutnya

Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1. Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **2. Tehnik pengumpulan data**

#### **a. Wawancara**

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

4. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, dan daftar lampiran dan abstraksi.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Landasan teori yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan masalah utama perilaku kekerasan.

BAB 3 : Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini penulis.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep dasar skizofrenia, konsep dasar perilaku kekerasan dan asuhan keperawatan jiwa dengan perilaku kekerasan. Konsep dasar akan diuraikan meliputi definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada penyakit skizofrenia, perilaku kekerasan, dan COVID-19 dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan dan implementasi.

#### **2.1 Konsep Perilaku Kekerasan**

##### **2.1.1 Definisi Perilaku Kekerasan**

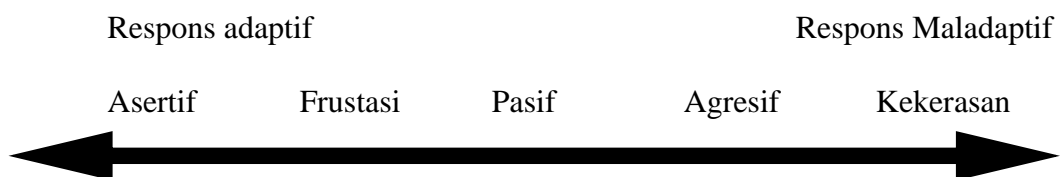
Menurut Keliat, (2011) dalam Kusumaningtyas, (2018) mengungkapkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan ditujukan pada diri sendiri/orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Depkes RI, 2006, Berkowitz, 1993 dalam Musmini, 2019).

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Keliat, dkk, 2011 dalam Prayeka, 2017). Sedangkan, Stuart dan Laraia (2005) dalam Prayeka (2017), menyatakan bahwa perilaku kekerasan adalah hasil dari marah yang ekstrim atau ketakutan sebagai respon terhadap perasaan terancam, baik berupa ancaman serangan fisik ataupun konsep diri.

### 2.1.2 Rentang Respon Marah

Menurut Yosep, (2016) dalam Elvita, (2018) Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa dia “Tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai pada respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 Rentang respon Perilaku Kekerasan Menurut (Keliat, 1996 dalam Puja 2017)

Tabel 2.1 Rentang respon kekerasan

Asertif	Frustrasi	Pasif	Agresif	Kekerasan
Klien mampu mengungkapkan marah tanpa menyalahkan orang lain dan memberikan kelegaan.	Klien gagal mencapai tujuan kepuasan atau saat marah dan tidak dapat menemukan alternatif.	Klien merasa tidak dapat mengungkapkan perasaannya, tidak berdaya dan menyerah.	Klien mengekspresikan secara fisik, tapi masih terkontrol, mendorong orang lain dengan ancaman.	Perasaan marah dan bermusuhan yang kuat dan hilang kontrol, disertai amuk, merusak lingkungan.

### 2.1.3 Proses Terjadinya Perilaku Kekerasan

Yosep (2011) dalam Sari (2019) menyatakan proses terjadinya perilaku kekerasan antara lain:

1. Faktor Predisposisi

- a. Teori Biologik

- 1) Neurologik Faktor, beragam komponen dari sistem syaraf seperti *synap, neurotransmitter, dendrit, axon terminalis* mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang mempengaruhi sifat agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

- 2) Genetik Faktor, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset Kazuo Murakami (2009) dalam gen manusia terdapat *dormant* (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotipe XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni perilaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

- 3) *Cycardian Rhytm* (irama sikardian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam tertentu manusia mengalami peningkatan cortisol pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 sampai jam 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.



- 4) *Biochemistry factor* ( faktor biokimia tubuh), seperti neurotransmitter di otak (*epinephrin, norepinephrin, dopamin, asetilkollin, dan serotonin*) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sitem persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui impuls neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serabut efferent. Peningkatan hormon *androgen* dan *norepinephrin* serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan *cerebrospinal vertebra* dapat menjadi faktor presdisposisi terjadinya perilaku agresif.
- 5) *Brain area disorder*, gangguan pada sistem limbik dan *lobus temporal*, sindrom otak organik, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepalitis, epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b. Teori Psikologik

1) Teori Psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (*life span history*). Teori ini menjelaskan adanya ketidakpuasan fase oral usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung mengembangkan sikap agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya. Tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat

mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah.

### 2) *Imitation, modeling and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang menolelir kekerasan. Model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut.

### 3) *Learning Theory*

Perilaku kekerasan merupakan hasil belajar individu terhadap lingkungan terdekatnya. Ia mengamati bagaimana respon ayah saat menerima kekecewaan dan mengamati bagaimana respon ibu saat marah. Ia juga belajar bahwa dengan agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut diperhitungkan.

#### c. Teori Sosiokultural

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini dipicu juga dengan maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul dan perdukunan (santet) dalam tayangan televisi.

#### d. Aspek Religiusitas

Dalam tinjauan religiusitas, kemarahan dan keagresivitas merupakan dorongan dan bisikan setan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal (*devil support*). Semua bentuk kekerasan adalah

bisika setan melalui pembuluh darah ke jantung, otak dan organ vital manusia lain yang dituruti manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal (ego) dan norma agama (super ego).

## 2. Faktor Presipitasi

Menurut Yosep (2010) dalam Sari (2019), faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak adanya dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme, serta tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f. Kematian anggota keluarga terpenting, kehilangan pekerjaan, dan perubahan tahap perkembangan keluarga.

### **2.1.4 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan**

Menurut Damaiyanti (2014) dalam Musmini (2019) tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

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

### **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Jiwa dengan Perilaku Kekerasan**

Klien yang mengalami perilaku kekerasan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, tersinggung” sehingga ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Untuk itu, perawat harus mempunyai kesadaran diri, jujur, empati, terbuka dan penuh penghargaan, tidak larut dalam emosi.

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada klien diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan wawancara. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi. Pengkajian kesehatan mental melalui wawancara/ anamnesis harus memperhatikan respon verbal dan nonverbal klien. Respon ini dapat menjadi gambaran, tanda dan gejala perilaku dan emosional klien. Tanda/ sign adalah temuan objektif yang dapat diobservasi (contoh : afek yang terbatas). Gejala/ simptom adalah pengalaman subjektif yang digambarkan oleh klien (Perasaan sedih dan mudah lelah). Oleh karena itu keterampilan wawancara pada klien oleh tenaga kesehatan berperan penting untuk memperoleh kelengkapan dan kevalidan pengkajian (Wuryaningsih, E. W., Windarwati, H. D., Dewi, E. I., Deviantony, F., & Kurniyawan, 2018).

Ada dua jenis anamnesis yaitu alloanamnesis atau heteroanamnesis dan autoanamnesis. Alloanamnesis merupakan pemeriksaan yang diperoleh dari selain klien yang bersangkutan yaitu bisa pada keluarga klien untuk mengetahui riwayat klien dengan baik. Autoanamnesis merupakan pemeriksaan/ wawancara yang dilakukan pada klien atau yang bersangkutan (Wuryaningsih, E. W., Windarwati, H. D., Dewi, E. I., Deviantony, F., & Kurniyawan, 2018).

Pengkajian adalah dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan melalui data biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Keliat, Budi Ana 1998: 3) dalam (Elvita, 2018).

1. Identitas klien

Perilaku kekerasan jenis kelamin terbanyak dominan laki-laki, usia rata-rata yang melakukan perilaku kekerasan 30 sampai 50 tahun dengan jenjang karir rata-rata lulusan sd.

2. Alasan Masuk

Marah-marah, memukul orang lain, membanting suatu benda, bertengkar dengan orang lain

3. Faktor predisposisi

Mengalami penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga, dan tindakan kriminal. Menanyakan kepada klien tentang faktor predisposisi, faktor predisposisi klien dari pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan, adanya riwayat anggota keluarga yang gangguan jiwa dan adanya riwayat penganiayaan

4. Pemeriksaan fisik

Klien dengan perilaku kekerasan pemeriksaan fisik biasanya tekanan darah naik, nadi naik, dan dengan kondisi fisik muka merah, otot wajah tegang.

5. Psikososial

- a. Genogram

Genogram menggambarkan klien dengan keluarga, dilihat dari pola komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh. Pada klien perilaku kekerasan perlu dikaji pola asuh keluarga dalam menghadapi klien.

b. Konsep diri

1) Gambaran diri

Klien dengan perilaku kekerasan mengenai gambaran dirinya ialah pandangan tajam, tangan mengepal dan muka merah

2) Identitas diri

Klien dengan PK biasanya identitas dirinya ialah moral yang kurang karena menunjukkan pendendam, pemaarah dan bermusuhan.

3) Fungsi peran

Fungsi peran pada klien perilaku kekerasan terganggu karena adanya perilaku mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

4) Ideal diri

Klien dengan perilaku kekerasan jika kenyataannya tidak sesuai dengan harapan maka ia cenderung menunjukkan amarahnya.

5) Harga diri

Harga diri yang dimiliki oleh klien perilaku kekerasan ialah harga diri rendah karena penyebab awal PK marah yang tidak biasa menerima kenyataan dan memiliki sifat labil yang tidak terkontrol beranggapan dirinya tidak berharga.

c. Hubungan sosial

Hubungan sosial pada perilaku kekerasan terganggu karena adanya resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan serta memiliki amarah yang tidak dapat terkontrol.

d. Spiritual

Nilai dan keyakinan dan ibadah pada pasien perilaku kekerasan menganggap tidak ada gunanya menjalankan ibadah

## 6. Status mental

### a) Penampilan

Pada klien dengan perilaku kekerasan biasanya klien tidak mampu merawat penampilannya, biasanya penampilan tidak rapi, penggunaan pakaian tidak sesuai, cara berpakaian tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut tidak seperti biasanya, rambut kotor, rambut seperti tidak pernah disisir, gigi kotor dan kuning, kuku panjang dan hitam

### b) Pembicaraan

Pada klien perilaku kekerasan cara bicara klien kasar, suara tinggi, membentak, ketus, berbicara dengan kata-kata kotor

### c) Aktivitas motorik

Klien perilaku kekerasan terlihat tegang dan gelisah, muka merah dan jalan mondar mandir

### d) Afek dan Emosi

Untuk klien perilaku kekerasan efek dan emosinya labil, emosi klien cepat berubah-ubah cenderung mudah mengamuk, membating barang-barang/melukai diri sendiri, orang lain maupun sekitar dan berteriak-teriak.

### e) Interaksi selama wawancara

Klien perilaku kekerasan selama interaksi wawancara biasanya mudah marah, defensive bahwa pendapatnya paling benar, curiga, sinis dan menolak dengan kasar. Bermusuhan: dengan kata-kata atau pandangan yang tidak bersahabat atau tidak ramah. Curiga dengan menunjukkan sikap atau peran tidak percaya kepada pewawancara atau orang lain



f) Presepsi / sensori

Pada klien perilaku kekerasan resiko untuk mengalami presepsi sensori sebagai penyebabnya

7. Proses pikir

a. Proses pikir (arus pikir)

Proses pikir klien perilaku kekerasan yaitu hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasinya yang cenderung menyenangkan dirinya.

b. Isi pikirannya

Pada klien dengan perilaku kekerasan klien memiliki pemikiran curiga, dan tidak percaya dengan orang lain dan merasa dirinya tidak aman

8. Tingkat kesadaran

Tidak sadar, bigung, dan apatis. Terjadi disorientasi orang, tempat dan waktu. Klien perilaku kekerasan tingkat keasadarannya bigung sendiri untuk menghadapi kenyataan dan mengalami kegelisahan.

Memori

Klien dengan perilaku kekerasan masih mengingat kejadian jangka pendek dan panjang

9. Tingkat konsentrasi

Tingkat konsentrasi klien perilaku kekerasan mudah beralih dari satu objek ke objek lainnya. Klien selalu menatap penuh kecemasan, tegang dan kegelisahan.

#### 10. Kemampuan penilaian / pengambilan keputusan

Klien dengan perilaku kekerasan tidak mampu mengambil keputusan yang konstruktif dan adaptif

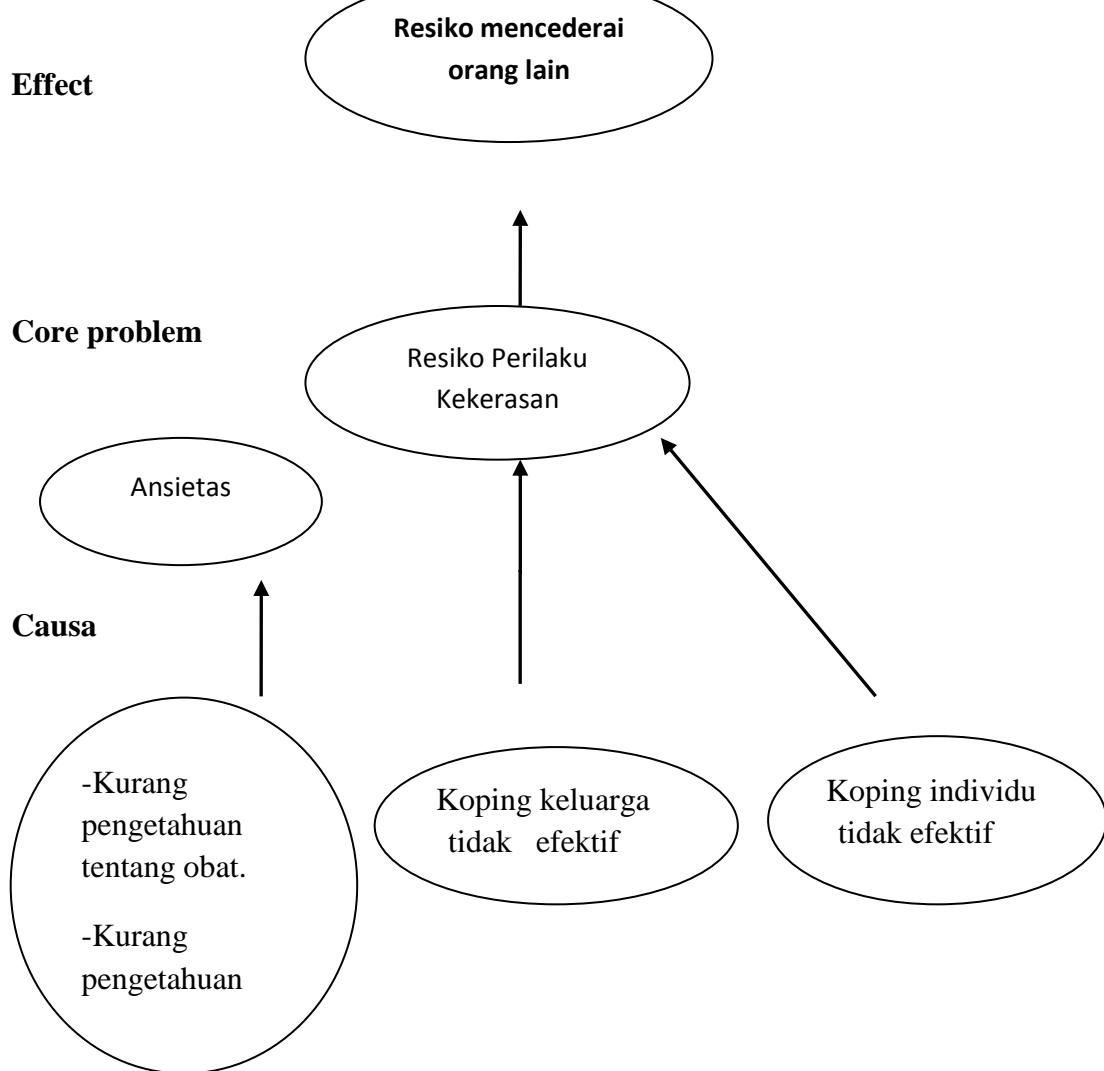
#### 11. Daya tilik

Klien dengan perilaku kekerasan biasanya mengingkari penyakit yang diderita klien tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik dan emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu minta pertolongan/klien menyangkal keadaan penyakitnya. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya yang menyebabkan timbulnya penyakit atau masalah

#### 12. Mekanisme koping

Klien dengan perilaku kekerasan menghadapi suatu permasalahan, dengan menggunakan cara maladaptif seperti minum alkohol, merokok reaksi lambat/berlebihan ,menghindar, mencederai diri atau lainnya.

### 2.2.2 Pohon Masalah



Gambar 2.2 Pohon masalah resiko perilaku kekerasan

### 2.2.3 Diagnosa Keperawatan

1. PPNI (2017) menyatakan diagnosa perilaku kekerasan dengan nomor D.0146 memiliki definisi beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan/atau seksual pada diri sendiri atau orang lain. Dengan faktor resiko :
  - 1) Pemikiran waham/delusi
  - 2) Curiga pada orang lain
  - 3) Halusinasi
  - 4) Berencana bunuh diri
  - 5) Disfungsi sistem keluarga
  - 6) Kerusakan kognitif
  - 7) Disorientasi atau konfusi
  - 8) Kerusakan kontrol impuls
  - 9) Persepsi pada lingkungan yang tidak akurat
  - 10) Alam perasaan depresi
  - 11) Riwayat kekerasan pada hewan
  - 12) Kelainan neurologis
  - 13) Lingkungan tidak teratur
  - 14) Penganiayaan atau pengabaian anak
  - 15) Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain atau destruksi properti orang lain
  - 16) Impulsif
  - 17) Ilusi
2. Keliat (2012) dalam Sari (2019) menyatakan perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara

fisik maupun psikologis. Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

3. NANDA NIC-NOC oleh Wilkinson (2012) menyatakan Perilaku Kekerasan dibagi menjadi dua yaitu perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan terhadap orang lain dengan definisi :

- 1) Perilaku kekerasan terhadap orang lain : beresiko terhadap perilaku tertentu, yaitu individu menunjukkan bahwa ia dapat melakukan perilaku kekerasan baik fisik, emosi, maupun seksual terhadap orang lain.
- 2) Perilaku kekerasan terhadap diri sendiri : beresiko terhadap perilaku yang ditandai dengan individu menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri, baik secara fisik, emosi, maupun seksual.

#### **2.2.4 Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan dalam bentuk Strategi**

##### **Pelaksanaan**

Tujuan :

1. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
2. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
3. Klien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
4. Klien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
5. Klien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmakologi.

Tindakan keperawatan:

1. Bina hubungan saling percaya. Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar klien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan anda. Tindakan yang harus anda lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:
  - a. Mengucapkan salam terapeutik
  - b. Berjabat tangan
  - c. Menjelaskan tujuan interaksi
  - d. Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu klien
2. Diskusikan bersama klien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
3. Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.
  - a. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
  - b. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
  - c. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social
  - d. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
  - e. Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
4. Diskusikan bersama klien perilaku kekerasan yang bisa dilakukan pada saat marah, yaitu secara verbal terhadap:
  - a. Orang lain
  - b. Diri sendiri
  - c. Lingkungan
5. Diskusikan bersama klien akibat perilakunya

6. Diskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
  - a. Fisik: pukul kasur dan bantal, tarik napas dalam
  - b. Sosial/verbal: menyatakan secara asertif rasa marahnya
  - c. Spiritual: kegiatan ibadah sesuai keyakinan klien
  - d. Obat
7. Latih klien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
  - a. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik
  - b. Susun jadwal latihan napas dalam dan pukul kasur-bantal
8. Latihan klien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
  - a. Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik
  - b. Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
9. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual:
  - a. Diskusikan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan klien
  - b. Latih mengontrol marah dengan melakukan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan klien
  - c. Buat jadwal latihan kegiatan ibadah
10. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat
  - a. Latih klien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama klien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat
  - b. Susun jadwal minum obat secara teratur

11. Ikut – sertakan klien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi mengontrol perilaku kekerasan.

### **2.2.5 Implementasi**

Tindakan keperawatan merupakan standart asuhan yang berhubungan dengan aktivitas keperawatan profesional yang dilakukan oleh perawat, dimana implementasi dilakukan pada pasien dan keluarga berdasarkan rencana keperawatan yang dibuat. Pada situasi nyata, implementasi sering kali jauh berbeda dengan rencana. Hal itu terjadi karena perawat belum terbiasa menggunakan rencana tertulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Dengan adanya perincinan kebutuhan waktu, diharapkan setiap perawat memiliki jadwal harian untuk masing-masing pasien sehingga waktu kerja perawat menjadi lebih efektif dan efisien (Keliat dan Akemat, 2009 dalam Elvita (2018)

### **2.2.6 Evaluasi**

Kusumaningtyas (2018) menyatakan evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :

- a. Menyebutkan penyebab, tanda, dan gejala perilaku kekerasan dan akibat dari perilaku kekerasan
- b. Mengontrol perilaku kekerasan :
  - a) Fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur
  - b) Sosial/verbal : meminta, menolak, mengungkapkan perasaan secara sopan dan baik
  - c) Spiritual : dzikir/berdoa, meditasi berdasarkan agama yang dianut



- d) Psikofarmaka : rutin mengkonsumsi obat, tidak putus obat, mampu mengenal obat sendiri dari warna, bentuk, nama, dosis, dll.
- c. Evaluasi kemampuan keluarga (pelaku rawat) risiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat :
  - a) Mengetahui masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya risiko 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

### **2.2.7 Format SPTK**

Berikut format SPTK menurut Anjaswari (2016) :

1. Kondisi Pasien
2. Diagnosis/ masalah keperawatan
3. Tujuan
4. SP Komunikasi

5. Fase Orientasi :

Perawat :

Pasien :

6. Fase Kerja

Perawat :

Pasien :

7. Fase Terminasi

Evaluasi subjektif :

Evaluasi objektif :

Rencana tindak lanjut :

Kontrak yang akan datang :

## **2.3 Konsep Skizofrenia**

### **2.3.1 Pengertian Skizofrenia**

Nurarif, A. H., & Kusuma (2015) menyatakan skizofrenia adalah sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat serta adanya gangguan fungsi psikososial. Gangguan pemikiran tidak saling berhubungan secara logis; persepsi dan perhatian yang keliru; afek yang datar atau tidak sesuai; dan berbagai gangguan aktivitas motorik yang bizzare. ODS (orang dengan skizofrenia) menarik diri dari orang lain dan kenyataan, seringkali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi.

Skizofrenia adalah bentuk gangguan yang sering dijumpai dan multifactorial, perkembangannya dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif dan deficit kognitif (Jones et al, 2011).

### **2.3.2 Etiologi Skizofrenia**

Nurarif, A. H., & Kusuma (2015) menyatakan beberapa faktor penyebab skizofrenia :

#### **1. Keturunan**

Telah dibuktikan dengan penelitian bahwa angka kesakitan bagi anak dengan salah satu orang tua skizofrenia 40-68 %.

#### **2. Endokrin**

Teori ini dikemukakan berhubungan dengan sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan atau puerperium dan waktu klimakterium.

#### **3. Metabolisme**

Teori ini didasarkan karena penderita skizofrenia tampak pucat, tidak sehat, ujung ekstermitas agak sianosis, nafsu makan berkurang, dan berat badan menurun serta pada penderita dengan stupor katatonik konsumsi zat asam menurun.

#### **4. Susunan saraf pusat**

Penyebab skizofrenia diarahkan pada kelainan SSP yaitu pada diensefalon atau korteks otak, tetapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan postmortem.

#### 5. Teori adolf meyer

Menurut Meyer skizofrenia merupakan reaksi yang salah, suatu maladaptasi, sehingga timbul disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang tersebut menjauhkan diri dari kenyataan.

#### 6. Teori sigmund Freus

Skizofren terjadi karena kelemahan ego, super ego, dan kehilangan kapasitas untuk pemindahan

#### 7. Eugen Bleuler

Jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses pikir, perasaan dan perbuatan.

### **2.3.3 Gejala-gejala Skizofrenia**

Gejala skizofrenia dalam teori bleuler yang dikutip dalam Nurarif, A. H., & Kusuma (2015), yaitu :

#### 1. Gejala Primer

- Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran. Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherenasi.
- Gangguan afek emosi
  - Terjadi kedangkalan afek emosi
  - Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan
  - Emosi berlebihan
  - Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik.
- Gangguan kemauan
- Gejala psikomotor

- Stupor atau hiperkinesia, logorea dan neologisme
- Streatip
- Katelesi : mempertahankan posisi tubuh dalam waktu lama
- Echolalia dan echopraxi autisme

## 2. Gejala Sekunder

- Waham
- Halusinasi

### 2.3.4 Macam-macam Skizofrenia

Pembagian Skizofrenia yang dikutip dari Nurarif, A. H., & Kusuma (2015) antara lain :

#### 1. *Skizofrenia simplex:*

Sering timbul pertama kali pada masa pubertasi. Gejala utama pada jenis simplex adalah kadangkala emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses pikir sukar ditemukan, waham dan halusinasi jarang sekali terdapat.

#### 2. *Skizofrenia hebefrenik*

Permulaanya perlahan-lahan an sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun.gejala yang menyolok ialah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan dan adanya *depersanalisasi* atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti neulogisme atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada *hebefrenik*. Waham dan halusinasi banyak sekali.

#### 3. *Skizofrenia katatonik*

Timbulnya pertama kali umur 15 – 30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik.

#### 4. *Skizofrenia paranoid*

Gejala yang menonjol ialah waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi baru dengan pemeriksaan yang teliti ternyata adanya gangguan proses berpikir, gangguan efek emosi dan kemauan. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak dan kurang percaya pada orang lain.

#### 5. *Skizofrenia akut*

Gejala Skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan dunia luar maupun diri sendiri berubah semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya.

#### 6. *Skizofrenia residual*

Keadaan skizofrenia dengan gejala primernya *Bleuler*, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia.

#### 7. *Skizofrenia Afektif*

Disamping gejala-gejala Skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan juga gejala-gejala depresi (skizo-depresif) atau gejala-gejala mania (skozomanik). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, mungkin juga timbul lagi serangan.

### 2.3.5 Pengobatan Skizofrenia

#### 1. Terapi Farmakologis

Obat-obatan Antipsikosis bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan polapikir yang terjadi pada skizofrenia. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik menurut Nurarif, A. H., & Kusuma (2015) yaitu :

- A. Anti psikosis konvensional
  - a. Haloperidol
  - b. Stelazine
  - c. Mellaril
  - d. Thorazine
  - e. Trifalon
  - f. prolixin
- B. Newer atypical antipsychotics
- C. Clozaril (clozapine)
- D. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)
- E. Pembedahan bagian otak
- F. Perawatan di rumah sakit
- G. Psikoterapi
  - a. Terapi psikoanalisa
  - b. Terapi perilaku
  - c. Terapi humanistik

## **2.4 Konsep Penyakit Virus Corona 2019**

### **2.4.1 Definisi Virus Covid-19**

Penyakit coronavirus 2019 (covid-19) adalah infeksi saluran pernapasan yang disebabkan oleh corona virus yang baru muncul yang pertama kali di Wuhan, Tiongkok pada bulan Desember 2019. Pengurutan genetika virus ini mengindikasikan bahwa virus ini berjenis betacoronavirus yang terkait erat dengan virus SARS. (WHO, 2020 dalam Keliat & Marlina, 2020).

Masih belum banyak data tersedia tentang presentasi klinis COVID-19 dalam kelompok-kelompok tertentu, seperti pada anak dan perempuan hamil maupun gangguan jiwa. Kasus pertama yang ditemukan di Indonesia dan diumumkan pada tanggal 2 Maret 2020, dan jumlahnya meningkat.

### **2.4.2 Etiologi**

Penyakit ini disebabkan oleh corona virus sindrom pernapasan akut berat 2 (SARS-CoV-2) atau *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus*. Virus ini menyebar melalui percikan (*droplets*) dari saluran pernapasan yang dikeluarkan saat sedang batuk atau bersin. Paru-paru adalah organ yang paling berpengaruh oleh penyakit ini karena virus memasuki sel inangnya lewat enzim pengubah angiotensin 2. (Keliat & Marlina, 2020)

Keliat, dkk (2020) menyatakan gelombang informasi tentang COVID-19 yang sangat tinggi dapat menimbulkan masalah kesehatan jiwa dan psikososial. Otak dalam korteks terstimulus dan memberikan makna adanya bahaya. Distorsi kognitif berupa pemikiran irasional juga dapat terjadi yang akan memperberat kondisi psikososial klien.



### **2.4.3 Tanda dan Gejala**

(Keliat & Marlina (2020) menyatakan bahwa gejala awal covid-19 berupa gejala flu, seperti demam, pilek, batuk kering, sakit tenggorokan, dan sakit kepala. Setelah itu, gejala bisa memberat, yaitu demam tinggi, batuk berdahak bahkan berdarah, sesak napas, dan nyeri dada. Gejala-gejala tersebut muncul ketika tubuh bereaksi melawan virus corona. Gejala infeksi virus corona bisa muncul dalam waktu 2-14 hari setelah terpapar virus corona, tetapi kebanyakan klien COVID-19 merasakan gejala setelah 11-12 hari. Penyakit COVID-19 dapat menyebabkan ISPA ringan sampai berat bahkan sampai terjadi ARDS, sepsis dan syok sepsis.

### **2.4.4 Pemeriksaan Penunjang**

WHO telah menerbitkan beberapa protokol pengujian untuk penyakit ini (WHO, 2020 dalam Keliat & Marlina, 2020). Pengujian ini menggunakan reaksi berantai polimerase transkrip balik secara waktu nyata (RT-PCR). Spesimen untuk pengujian dapat berupa usap di saluran pernapasan atau sampel dahak. Pada umumnya, hasil pengujian dapat diketahui dalam beberapa jam hingga 2 hari.

### **2.4.5 Pembagian Kelompok Penularan Covid-19**

KEMENKES RI (2020) membagi empat kelompok besar terkait penularan virus corona, yaitu :

1. Kasus Suspek : Memiliki gejala/ tanda ISPA dan pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di RS, riwayat perjalanan atau tinggal di wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal dan kontak dengan kasus konfirmasi/ probable COVID-19.

2. Kontak erat : Riwayat Kontak dengan kasus probable atau konfirmasi COVID-19 atau memberikan perawatan langsung terhadap kasus probable
3. Probable : Kasus suspek dengan ISPA berat/ARDS/meninggal dengan gejala COVID-19 dan belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR
4. Terkonfirmasi COVID-19 : Dinyatakan positif COVID-19 yang dibuktikan pemeriksaan RT-PCR : dengan gejala (simptomatik) atau konfirmasi tanpa gejala (asimptomatik)

#### **2.4.6 Dampak COVID-19 pada Kesehatan Jiwa dan Psikososial**

Keliat & Marliana (2020) menyatakan Kejadian COVID-19 merupakan bencana non alam yang berdampak pada biologis, psikologis, sosial dan lingkungan. Dampak COVID-19 pada kesehatan jiwa dan psikososial akan dianalisis berdasarkan tahapan bencana alam dan non alam, yaitu pra bencana, bencana dan paska bencana.

##### **1. Fase Pra bencana**

Merupakan tahapan dimana tidak ada bukti penularan virus corona ke manusia di seluruh dunia. Fase ini memiliki dua karakteristik yaitu karakteristik pertama adalah tidak ada bukti epidemiologis atau laboratorium bahwa virus Corona beredar di populasi manusia, karakteristik kedua adalah kasus sporadis mungkin terjadi tetapi tidak dianggap sebagai kasus COVID-19 setelah penyelidikan epidemiologis dan pengujian laboratorium. Perencanaan kesiapsiagaan dan respons kegiatan dibagi menjadi dua bagian yaitu oleh WHO dan otoritas kesehatan nasional.

Tabel 2.2 Dampak Kesehatan Fisik, Jiwa, dan Psikososial pada Fase Pra Bencana

Wilayah	Dampak Fisik	Dampak Kes Jiwa dan Psikososial
Dunia	Dampak Positif	Dampak positif
Indonesia dan semua provinsi di Indonesia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesiapan meningkatkan literasi kesehatan</li> <li>2. Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan</li> <li>3. Kesiapan meningkatkan nutrisi</li> <li>4. Kesiapan meningkatkan pengetahuan</li> </ol> <p>Dampak Negatif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defisien kesehatan komunitas</li> <li>2. Perilaku kesehatan cenderung beresiko</li> <li>3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan</li> <li>4. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga</li> <li>5. Ketidakefektifan manajemen kesehatan</li> <li>6. Ketidakefektifan perlindungan</li> <li>7. Resiko infeksi</li> <li>8. Gaya hidup kurang gerak</li> <li>9. Defisiensi pengetahuan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesiapan meningkatkan harapan</li> <li>2. Kesiapan meningkatkan koping</li> <li>3. Kesiapan meningkatkan koping keluarga</li> <li>4. Kesiapan meningkatkan koping komunitas</li> <li>5. Kesiapan meningkatkan proses keluarga</li> <li>6. Kesiapan meningkatkan hubungan</li> <li>7. Kesiapan meningkatkan rasa nyaman</li> </ol> <p>Dampak Negatif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko ketidakefektifan perencanaan aktivitas</li> <li>2. Ansietas</li> <li>3. Koping defensif</li> <li>4. Ketidakefektifan koping komunitas</li> <li>5. ketakutan</li> </ol>

## 2. Fase bencana

Fase bencana (*response*) adalah merupakan tahapan terjadinya bencana/wabah dimulai dari deklarasi bencana, aktivasi rencana operasi kedaruratan, pengkajian kerusakan/ dampak, rantai pasokan bencana, pelayanan kesehatan kedaruratan serta mencari dan menyelamatkan individu dari wabah yang terjadi.

Tabel 2.3 Dampak Kesehatan Fisik, Jiwa, dan Psikososial pada Fase Bencana

Wilayah	Dampak Fisik	Dampak Kes Jiwa dan psikososial
Dunia	Bagi Negara yang belum melaporkan kasus	Bagi negara yang belum melaporkan kasus

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesiapan meningkatkan literasi kesehatan</li> <li>2. Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan</li> <li>3. Kesiapan meningkatkan nutrisi</li> <li>4. Kesiapan meningkatkan pengetahuan</li> </ol> <p>Bagi negara yang telah melaporkan kasus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defisien kesehatan komunitas</li> <li>2. Perilaku kesehatan cenderung beresiko</li> <li>3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan</li> <li>4. Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga</li> <li>5. Ketidakefektifan manajemen kesehatan</li> <li>6. Ketidakefektifan perlindungan</li> <li>7. Resiko infeksi</li> <li>8. Gaya hidup kurang gerak</li> <li>9. Defisiensi pengetahuan</li> <li>10. <i>Panic buying</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesiapan meningkatkan harapan</li> <li>2. Kesiapan meningkatkan koping</li> <li>3. Kesiapan meningkatkan koping keluarga</li> <li>4. Kesiapan meningkatkan koping komunitas</li> <li>5. Kesiapan meningkatkan proses keluarga</li> <li>6. Kesipan meningkatkan hubungan</li> <li>7. Kesiapan meningkatkan rasa nyaman</li> </ol> <p>Bagi negara yang sudah melaporkan kasus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko ketidakefektifan perencanaan aktivitas</li> <li>2. Ansietas</li> <li>3. Koping defensif</li> <li>4. Ketidakefektifan koping komunitas</li> <li>5. Ketakutan</li> <li>6. Dukacita</li> <li>7. Kebingungan informasi</li> <li>8. stress</li> </ol>
Negara daerah	<p>Bagi wilayah provinsi atau kabupaten/ kota yang belum melaporkan kasus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesiapan meningkatkan literasi kesehatan</li> <li>2. Kesiapan meningkatkan manajemen kesehatan</li> <li>3. Kesiapan meningkatkan nutrisi</li> <li>4. Kesiapan meningkatkan pengetahuan</li> </ol> <p>Bagi wilayah provinsi atau kabupaten/ kota yang telah meporkan kasus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defisien kesehatan komunitas</li> <li>2. Perilaku kesehatan cenderung beresiko</li> <li>3. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan</li> <li>4. Ketidakefektifan</li> </ol>	<p>Bagi wilayah provinsi atau kabupaten/ kota yang belum melaporkan kasus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesiapan meningkatkan harapan</li> <li>2. Kesiapan meningkatkan koping</li> <li>3. Kesiapan meningkatkan koping keluarga</li> <li>4. Kesiapan meningkatkan koping komunitas</li> <li>5. Kesiapan meningkatkan proses keluarga</li> <li>6. Kesipan meningkatkan hubungan</li> <li>7. Kesiapan meningkatkan rasa nyaman</li> </ol> <p>Bagi wilayah provinsi atau kabupaten/ kota yang telah meporkan kasus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko ketidakefektifan</li> </ol>

	manajemen kesehatan keluarga 5. Ketidakefektifan manajemen kesehatan 6. Ketidakefektifan perlindungan 7. Resiko infeksi 8. Gaya hidup kurang gerak 9. Defisiensi pengetahuan 10. <i>Panic buying</i>	perencanaan aktivitas 2. Ansietas 3. Koping defensif 4. Ketidakefektifan koping komunitas 5. Ketakutan 6. Dukacita 7. Ketidakberdayaan 8. Hambatan interaksi sosial 9. Resiko perilaku kekerasan 10. Resiko kesepian
--	--	---

### 3. Fase pemulihan

Pemulihan (*recovery*) adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat memadai pada wilayah paska pandemi COVID-19 dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pasca pandemi. Pada fase pemuliahan pelayanan kesehatan jiwa pada penyakit fisik di fasilitas kesehatan primer disediakan dengan memberdayakan pelayanan kesehatan jiwa yang telah tersedia oleh tenaga kesehatan jiwa yaitu perawat kesehatan masyarakat (PERKESMAS), yangv mendapat pelatihan keperawatan jiwa dan dokter umum yang medapat pelatihan kesehatan jiwa.

Tabel 2.4 Dampak Kesehatan Fisik, Jiwa, dan Psikososial pada Fase Pemulihan

Wilayah	Dampak Fisik	Dampak Kesehatan Jiwa dan Psikososial
Dunia	Dikembangkannya berbagai macam teknologi medis dan farmakologis untuk antisipasi infeksi virus serta berbagai terapi untuk meningkatkan imunitas tubuh	Berbagai macam dampak psikososial paska pandemi, berupa masalah kesehatan jiwa seperti PTSD, Ansietas, Depresi. Namun dilaporkan pula dari berbagai literatur di beberapa negara pasca bencana justru mengalami pertumbuhan perkembangan (Post Traumatic Growth/ PTG)
Negara daerah	Terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat berupa sandang,	1. Permasalahn kesehatan jiwa yang muncul kecemasan,

	<p>pangan, papan sehingga mendukung untuk perilaku hidup bersih dan sehat.</p>	<p>keputusasaan, beduka disfungsi, harga diri rendah akibat bullying maupun stigma dan deskriminasi hingga masalah gangguan jiwa pada individu yang sebelumnya memiliki riwayat masalah kesehatan jiwa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Penurunan kemampuan berinteraksi</li> <li>3. Munculnya budaya baru dalam bentuk pola interaksi dan komunikasi di masyarakat sebagai akibat dari pemberlakuan kebijakan <i>social distancing</i>, <i>physical distancing</i> dan pembatasan sosial bersekala besar.</li> </ol>
--	--	---

#### 2.4.7 Cara Pencegahan Penularan COVID-19

Pencegahan Penularan COVID-19 menurut KEMENKES (2020), yaitu dengan :

1. *Social Distancing*
2. *Physical Distancing*
3. Cuci Tangan
4. Menggunakan Masker
5. *Stay at Home*
6. Membersihkan telepon genggam dengan sabun

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai pada tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 22 sampai 30 Desember 2019 dengan data sebagai berikut :

#### **3.1. Pengkajian**

##### **I. IDENTITAS KLIEN**

Inisial : Tn B (Laki-laki)  
Umur : 35 Tahun  
Informan : Klien, Keluarga, Rekam Medik  
Tanggal Pengkajian : 22 Desember 2019  
RM No. : 06-XX-XX

##### **II. ALASAN MASUK**

###### **Keluhan utama**

Pada saat masuk IGD tanggal 22-12-19 pukul 13.12, keluarga pasien mengatakan klien marah-marah sejak 4 hari sebelum masuk RSJ kemudian marah-marah ditempat umum dan membawa senjata tajam. Pada saat dikaji tanggal 23-12-2019 pasien mengatakan datang ke RSJ karena marah-marah di Polres gresik karena merasa dihalangi untuk bertemu Kapolres dengan maksud menyelesaikan masalah didaerahnya mengenai kasus pemilihan calon legislatif yang curang, pasien menjawab dengan intonasi yang keras serta wajah tegang.

### III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. **Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?** Tidak

2. **Pengobatan sebelumnya ?**

Klien tidak ada riwayat gangguan jiwa sebelumnya

3. **Pengalaman**

	Pelaku Usia	Korban Usia	Saksi Usia
Aniaya fisik	-	-	-
Aniaya Seksual	-	-	-
Penolakan	-	-	-
Kekerasan dalam keluarga	-	-	-
Tindak kriminal	35 Tahun	-	-

Penjelasan Nomor 1,2,3 : pada tanggal 14 Desember 2019 klien atas nama Tn.B melakukan tindakan penganiayaan kepada Tn.C karena klien emosi pada saat diingatkan korban bahwa Tn.B salah jalur keluar parkir pelabuhan. Pada saat kejadian Tn. B langsung memukul korban lalu korban menuntut jalur hukum

4. **Adakah anggota keluarga yang mengalamai gangguan jiwa ?**

Tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

**Masalah keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

5. **Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan :**

Keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah mendaftar menjadi calon legislatif namun tidak lolos dalam pemilihan

**Masalah keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

### IV. FISIK

TANDA VITAL	TD :119/86	N : 94 X/Menit	S : 37 C	RR : 18 x/menit
UKUR BADAN	TB : 168,7 cm	BB : 78 Kg		
KELUHAN	Hasil Asam urat tinggi 8,5 mg/dl			



FISIK	
-------	--

## V. PSIKO SOSIAL

### 1. Konsep diri

- a. Gambaran Diri : Klien mengatakan tidak ada yang istimewa dalam dirinya
- b. Klien mengatakan masih belum menikah, pasien dapat menyebutkan nama dan umurnya saat ditanya
- c. Peran : klien mengatakan bahwa dia adalah seorang anak ke-tiga dari tiga bersaudara
- d. Ideal diri : klien mengatakan ingin melanjutkan dan mengembangkan sekolah sepak bola yang didirikan dan ingin segera menikah
- e. Harga diri : klien mengatakan bahwa pernah hampir menikah tetapi klien tidak siap karena belum mendapatkan pekerjaan yang pasti

**Masalah Keperawatan : Harga Diri Rendah**

### 2. Hubungan sosial

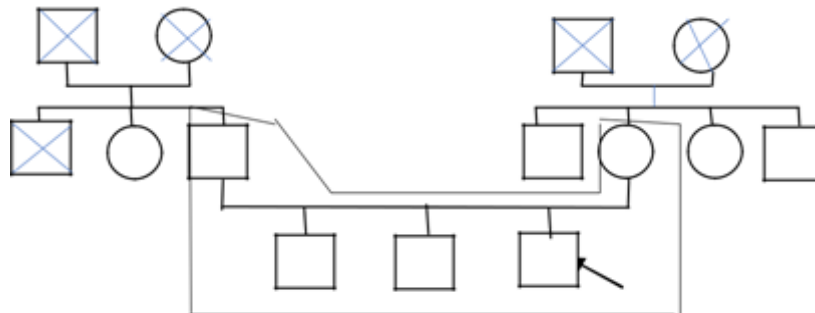
- a. Orang yang berarti : klien mengatakan orangtua dan kedua saudaranya adalah orang yang berarti
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat : klien mengatakan menyukai organisasi dan klien aktif dalam kegiatan ormas, pmi maupun dahulu saat menjadi mahasiswa
- c. Hambatan dan berhubungan dengan orang lain : klien mengatakan bisa emosi pada orang lain dengan perilaku tidak adil pada masyarakat

**Masalah Keperawatan : Perilaku Kekerasan**

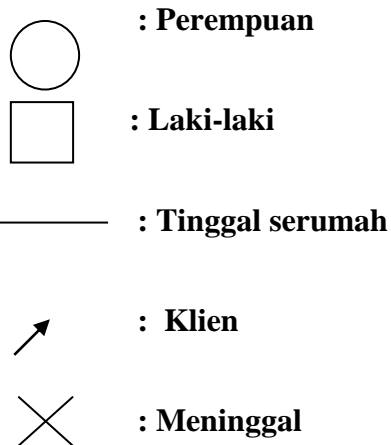
### 3. Spiritual

1. Nilai dan keyakinan : klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam
2. Kegiatan ibadah : klien mengatakan dia menjalani sholat 5 waktu

**Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan



Gambar 3.1 Genogram Keluarga Tn.B



**Jelaskan :** Klien anak ketiga dari tiga bersaudara dan orang tua masih hidup

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

## VI. STATUS MENTAL

### 1. Penampilan : Tidak rapi

**Jelaskan :** Klien memakai baju dengan benar tetapi rambutnya tidak rapi, rambut klien tampak gondrong

**Masalah keperawatan :** Tidak Ada Masalah Keperawatan

**2. Pembicaraan : Keras**

**Jelaskan** : Klien ketika berbicara intonasinya keras seperti orang emosi

**Masalah keperawatan** : Perilaku Kekerasan

**3. Aktivitas motorik : Agitasi**

**Jelaskan** : Klien tampak mengepalkan tangannya saat ada pemicu yang membuat emosi dan pasien terkadang meludahi pasien yang mengganggu

**Masalah keperawatan** : Perilaku Kekerasan

**4. Alam perasaan : Khawatir**

**Jelaskan** : Klien mengatakan merasa khawatir dengan dirinya karena tidak terpilih menjadi calon legislatif dan klien merasa dendam dikalahkan dengan rekannya yang main curang

**Masalah keperawatan** : Perilaku Kekerasan

**5. Afek : Labil**

**Jelaskan** : Emosi klien tampak cepat berubah ketika mengingat kejadian yang membuat marah, sering terlihat seperti orang mengantuk tetapi wajah tegang dan mudah emosi.

**Masalah keperawatan** : Perilaku Kekerasan

**6. Interaksi selama wawancara : Defensif, Mudah tersinggung, Kontak mata kurang**

**Jelaskan** : Klien mengatakan merasa membenarkan tindakan memukul orang yang membuatnya kesal ketika di pelabuhan

**Masalah keperawatan** : Perilaku Kekerasan

**7. Persepsi**

**Halusinasi** : Klien tidak mengalami halusinasi

**Jelaskan** : Klien tidak mengalami halusiansi pendengaran, pengecapan, pembauan, perabaan, dan penglihatan.

**Masalah keperawatan** : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 8. **Proses pikir : Blocking**

**Jelaskan** : Pasien menjelaskan apa yang ditanyakan oleh penulis, tetapi saat pasien menjawab pertanyaan tiba-tiba terhenti dan tidak bisa memulai kembali pembicaraan.

**Masalah keperawatan** : Perilaku Kekerasan

#### 9. **Isi pikir : Ide yang Terkait**

**Waham** : Klien tidak mengalami waham Agama, nihilistic, somatic, sisip pikir, kebesaran, siar pikir, curiga, dan kontrol pikir

**Jelaskan** : Klien dapat menyebutkan identitas diri

**Masalah keperawatan** : tidak ada masalah keperawatan

#### 10. **Tingkat kesadaran : Bingung (mondar-mandir)**

**Disorientasi** : klien tidak mengalami disorientasi orang, waktu, dan tempat

**Jelaskan** : Klien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang disekitarnya

**Masalah keperawatan** : Perilaku Kekerasan

#### 11. **Memori**

**Jelaskan** : Klien dapat menghitung sederhana dan tidak mengalami gangguan daya ingat

**Masalah keperawatan** : tidak ada masalah keperawatan

- 12. Tingkat konsentrasi dan berhitung : klien tampak mampu berhitung sederhana seperti penjumlahan, pengurangan dan perkalian menggunakan jari dan tampak berkonsentrasi**

**Jelaskan :** klien mampu berkonsentrasi dengan baik

**Masalah keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan

- 13. Kemampuan penilaian : klien tidak mengalami gangguan penilaian ringan maupun bermakna**

**Jelaskan :** Klien dapat mengambil keputusan mandiri ketika diberikan pilihan mau makan terlebih dahulu ataupun mandi, klien memilih mandi dulu kemudian makan

**Masalah keperawatan :** Tidak Ada Masalah Keperawatan

- 14. Daya tilik diri : Klien menyalahkan hal-hal diluar dirinya**

**Jelaskan :** Klien menyangkal adanya tindakan kekerasan yang dilakukan pada salah satu klien lainnya

**Masalah keperawatan :** Perilaku Kekerasan

## **VII. KEBUTUHAN PULANG**

- 1. Kemampuan Klien Menyediakan/memenuhi kebutuhan**

	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
<b>Makanan</b>	√	
<b>Minuman</b>	√	
<b>Perawatan Kesehatan</b>	√	
<b>Pakaian</b>	√	
<b>Transportasi</b>	√	
<b>Tempat Tinggal</b>	√	
<b>Uang</b>	√	

**Jelaskan :** Klien mampu melakukan activity daily living secara mandiri dengan sedikit arahan

**Masalah Keperawatan :** Tidak ada masalah keperawatan

## 2. Kegiatan sehari-hari

	Bantuan minimal	Bantuan total
Mandi	-	-
Kebersihan	-	-
Makan	-	-
BAK/BAB	-	-
Ganti pakaian	-	-

**Jelaskan** : Secara umum klien mandiri dengan sedikit arahan

**Masalah keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

Nutrisi

- |  | Ya | Tidak |
|--|----|-------|
| - Apakah ada puas dengan pola makan anda ? | √  |       |
| - Apakah anda makan memisahkan diri ?      |    | √     |

Jika Ya, jelaskan alasannya ? porsi makan klien memang sedikit, dari sebelum MRS pun juga sedikit.

- Frekuensi makan sehari : 3 kali
- Frekuensi udapan sehari : 3 kali
- Nafsu makan : sedikit-sedikit
- Diet khusus : Diet rendah purin dan rendah kalori

**Jelaskan** : Klien memiliki kadar asam urat tinggi (8,5)

**Masalah keperawatan** : Hiperuresemia

## 3. Tidur

- Apakah ada masalah ? Tidak
- Apakah anda merasa segar setelah bangun tidur ? Ya
- Apakah anda kebiasaan tidur siang ? Tidak

Lamanya 8 jam

- Apa yang menolong anda untuk tidur : tidak ada

- Waktu tidur malam : Jam 21.00 WIB
- Waktu bangun jam 05.00 WIB

Beri tanda  $\checkmark$  sesuai dengan keadaan klien.

Sulit untuk tidur	-	Terbangun saat tidur	-
Bangun terlalu pagi	-	Gelisah saat tidur	-
Semnabolisme	-	Berbicara dalam tidur	-

**Jelaskan** : Tidak ada gangguan tidur

**Masalah keperawatan** : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 4. Kemampuan klien dalam

	Ya	Tidak
Mengantisipasi kebutuhan sendiri	$\checkmark$	
Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri	$\checkmark$	
Mengatur penggunaan obat		$\checkmark$
Melakukan pemeriksaan kesehatan ( <i>follow up</i> )		$\checkmark$

**Jelaskan** : Klien mampu melakukan *activity daily living* secara mandiri

namun belum mengetahui jenis obat dan kegunaannya.

**Masalah keperawatan** : Defisit pengetahuan

#### 5. Klien memiliki sistim pendukung

	Ya	Tidak
Keluarga	$\checkmark$	
Profesional/terapis	$\checkmark$	
Teman sejawat		$\checkmark$
Kelompok sosial		$\checkmark$

**Jelaskan** : Klien dekat dengan keluarganya

**Masalah keperawatan** : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### 6. Apakah klien menikmati saat bekerja kegiatan yang menghasilkan atau hobi ? Ya

**Jelaskan** : Klien mengatakan sering bekerja dalam hal sosial organisasi dan menikmati pekerjaan tersebut

**Masalah keperawatan** : Tidak ada masalah keperawatan

### VIII. MEKANISME KOPING

Adaptif		Maladaptif	
	Bicara dengan orang lain		Minum alkohol
	Mampu menyelesaikan masalah		Reaksi lambat/berlebih
	Teknik relaksasi		Bekerja berlebihan
	Aktifitas konstruktif		Menghindar
	Olahraga	√	Mencederai diri
	Lainnya		Lainnya

**Masalah keperawatan** : Resiko Mencederai Diri Sendiri

### IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

1. Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik : Klien mengatakan sering menyibukkan diri dengan organisasi dan kelompok sosial
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik : Klien mengatakan tidak suka dengan aparat atau pemerintahan yang tidak bekerja sesuai dengan tugasnya sehingga klien pernah marah-marah di polres
3. Masalah dengan pendidikan, spesifik : tidak ada
4. Masalah dengan pekerjaan, spesifik : Tidak ada
5. Masalah dengan perumahan, spesifik : Klien mengatakan tidak suka dengan kepemimpinan yang meresahkan warga didaerah rumahnya
6. Masalah ekonomi, spesifik : Klien mengatakan masih kurang dalam segi ekonomi dan harus mencari pekerjaan tetap.
7. Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik : tidak ada
8. Masalah lainnya, spesifik : tidak ada

**Masalah keperawatan** : Koping Individu Tidak Efektif

### X. PENGETAHUAN KURANG TENTANG

1. Penyakit jiwa : Kurang



2. Koping : Kurang
3. Penyakit fisik : Kurang

**Masalah keperawatan** : Defisit Pengetahuan

#### XI. DATA LAIN-LAIN

WBC	: 9,0 10 <sup>3</sup> /uL	Nilai normal	: 4,8-10,8 10 <sup>3</sup> /uL
RBC	: 5,47 10 <sup>3</sup> /uL	Nilai normal	: 4,2-6,1 10 <sup>3</sup> /uL
HGB	: 15,3 g/dL	Nilai normal	: 12-18 mg/dL
HCT	: 44,7 %	Nilai normal	: 37-52 %
Trombosit	: 352	Nilai normal	: 150-450
Faal Hati			
SGOT	: 26 %	Nilai normal	: 37
SGPT	: 34 %	Nilai normal	: 40
Faal Ginjal			
BUN	: 10,7	Nilai normal	: 4,5-23
Kreat	: 0,9	Nilai normal	: 0,6-1,1
Asam Urat	: 8,5	Nilai normal	: 3,4-7,0
GDP	: 113	Nilai normal	: 73-115

#### XII. ASPEK MEDIK

**Diagnosa Medik** : F.20.3 (Skizofrenia Undifferentiated) tak terinci

**Terapi Medik** :

Terapi Obat	Dosis
Clozapine	25 mg 1-0-2 tab
Trifluoperazine	3x 5 mg
Trihexyphenidy	2 x 2 mg
Allopurinol	2 x 100 mg
k/p injeksi zyprexal	10 mg/ampul Intra Muskular

#### XIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

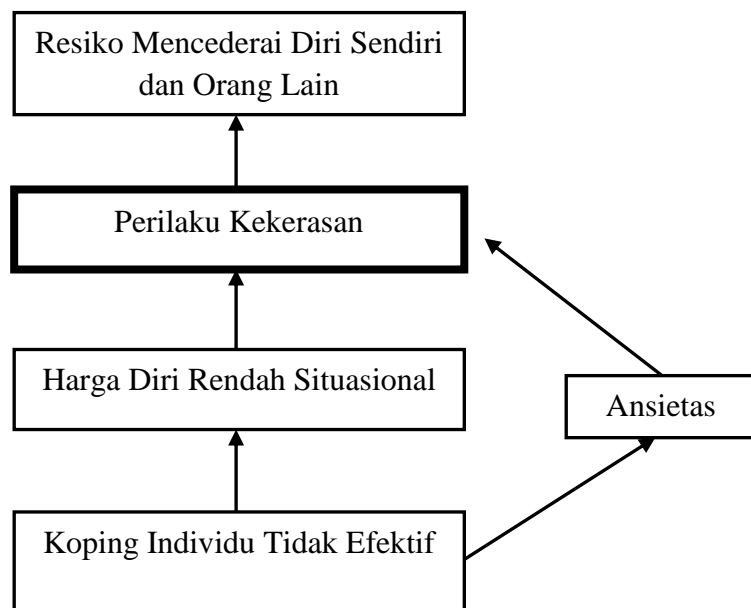
1. Perilaku Kekerasan
2. Gangguan Konsep Diri : Harga Diri Rendah
3. Koping Individu Tidak Efektif

4. Resiko Mencederai Diri Sendiri
5. Defisit Pengetahuan

#### **XIV. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

1. Perilaku Kekerasan
2. Defisit Pengetahuan

#### **Pohon Masalah**



Gambar 3.2 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan pada Tn “B”

Surabaya, 31 Desember 2019

Edwin Yuri Widjanarko, S.Kep.

### 3.2. Analisa Data

Nama : Tn.B

Ruangan : WK

Tabel 3.2 Analisa Data

TANGGAL	DATA	MASALAH	TTD
15 Juli 2019	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak suka ketika dilarang untuk menemui kapolres setempat didaerahnya, karena klien ingin melaporkan tindakan curang yang dilakukan oleh rekan caleg didaerahnya</li> <li>- Keluarga klien mengatakan, serin gmengancam orang lain dengan mengepalkan tangannya</li> <li>- Keluarga klien mengatakan, klien marah-marah di tempat umum dengan membawa senjata tajam</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas motorik klien agitasi</li> <li>- Wajah tegang dan terkadang meludahi orang yang mengganggunya</li> <li>- Sering emosi</li> <li>- Mudah tersinggung</li> <li>- Riwayat kriminal pelaku penganiayaan</li> <li>- Klien sering memutuskan pembicaraan serta intonasi bicara keras</li> </ul>	<b>Perilaku Kekerasan</b>	<b>Edwin Yuri W</b>
	<p><b>DS:</b> klien mengatakan bahwa pernah hampir menikah tetapi klien tidak siap karena belum mendapatkan pekerjaan yang pasti</p> <p><b>DO:</b> Dari data objektif saat wawancara pasien terlihat raut wajah sedih dan menundukkan kepala.</p>	<b>Harga Diri Rendah Situasional</b>	<b>Edwin Yuri W</b>
	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengatakan klien pernah dipenjara 3 kali karena</li> </ul>	<b>Resiko Mencederai Diri Sendiri dan</b>	<b>Edwin Yuri W</b>

	<p>melukai orang</p> <p><b>DO :</b>  Pasien sering mondar-mandir dan pasien lebih sering memejamkan mata dan mengatupkan rahangnya dengan kuat</p>	<b>Orang Lain</b>	
	<p><b>DS:</b> Pasien mengatakan sedih dan khawatir karena tidak pulang-pulang.</p> <p><b>DO:</b> pasien sering mondar-mandir dan mendatangi ruang perawat untuk menanyakan kapan pulang</p>	<b>Ansietas</b>	<b>Edwin Yuri W</b>
	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jari jari kaki serta pergelangan kaki terkadang terasa sakit</li> </ul> <p><b>DO:</b> Berdasarkan hasil lab Asam urat : 8,5 mg/dl (nilai normal 3,4-7,0)</p>	<b>Defisit Pengetahuan</b>	<b>Edwin Yuri W</b>
	<p><b>DS :</b> klien dan keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah mendaftar menjadi calon legislatif namun tidak lolos dalam pemilihan</p> <p><b>DO :</b> Pasien menceritakan dengan wajah yang kesal</p>	<b>Koping Individu Tidak Efektif</b>	<b>Edwin Yuri W</b>

### 3.3. Rencana Keperawatan Jiwa

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan Perilaku Kekerasan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
	Tujuan	Kriteria Hasil	
Perilaku Kekerasan	<p><b>SP 1 Pasien</b>            Pasien mampu membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab marah, tanda dan gejala yang dirasakan perilaku kekerasan yang dilakukan, akibat dan cara perilaku kekerasan dengan cara fisik pertama</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>2) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab marah</li> <li>3) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukan</li> <li>4) Pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala yang dirasakan jika terjadi penyebab perilaku kekerasan</li> <li>5) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan</li> <li>6) Pasien dapat menyebutkan cara</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lakukan bina hubungan saling percaya perawat melakukan salam terapeutik, berjabat tangan, menjelaskan tujuan interaksi, membuat kontrak, topik, waktu, dan tempat</li> <li>2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan sekarang dan yang lalu</li> <li>3) Diskusikan bersama pasien tentang perilaku kekerasan yang pernah dilakukan secara verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri, terhadap lingkungan.</li> <li>4) Diskusikan bersama pasien tentang tanda dan gejala pasien yang dirasakan ketika terjadi perilaku kekerasan secara fisik, psikologi, intelektual spiritual dan social.</li> <li>5) Diskusikan bersama pasien tentang akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan</li> <li>6) Diskusikan bersama pasien</li> </ol>

		<p>mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan</p> <p>7) Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam</p>	<p>tentang cara mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan baik secara verbal, fisik, obat dan spiritual</p> <p>7) Lakukan latihan nafas dalam dan kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan dalam</p>
	<p><b>SP 2 Pasien</b> Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik yang kedua yaitu pukul bantal / kasur</p>	<p>1) Pasien dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu pukul bantal / kasur</p> <p>2) Pasien dapat menyusun jadwal latihan pukul bantal / kasur kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan</p>	<p>1) Lakukan latihan pukul bantal / kasur</p> <p>2) Susun jadwal latihan pukul bantal / kasur dan kegiatan lain kegiatan fisik pengalihan perilaku kekerasan</p>
	<p><b>SP 3 Pasien</b> Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara verbal</p>	<p>1) Pasien mampu mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>2) Pasien mampu menyusun jadwal mengungkapkan rasa marah secara verbal</p>	<p>1) Bantu pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal yaitu menolak dan meminta dengan baik serta mengungkapkan perasaan dengan baik</p> <p>2) Susun jadwal mengungkapkan rasa marah secara verbal</p>
	<p><b>SP 4 Pasien</b> Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan</p>	<p>1) Pasien mampu mengendalikan marah dengan cara beribadah dan berdoa yang biasa dilakukan</p>	<p>1) Bantu pasien mengendalikan marah secara spiritual dengan kegiatan berdoa dan beribadah yang biasa dilakukan.</p>

	dengan cara Spiritual	2) Pasien mampu membuat jadwal beribadah dan berdoa	2) Buat jadwal beribadah dan berdoa
	<b>SP 5 Pasien</b> Pasien mampu melakukan latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara patuh minum obat	1) Pasien mampu meminum obat dengan cara teratur dengan prinsip lima benar serta kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat 2) Pasien mampu membuat jadwal minum obat secara teratur	1) Bantu pasien meminum obat dengan cara teratur dengan prinsip lima benar serta kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat 2) Buat jadwal minum obat secara teratur

### 3.4. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Tn. B Nomor RM : 443xxx  
 Jenis Kelamin : Laki-laki Dx Medis : Skizofrenia  
 Ruangan : Ruang Wijaya Kusuma

Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi

Tgl & Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TT
23 Desember 2019 09.00	Perilaku Kekerasan	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi penyebab PK 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 4. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 5. Mengidentifikasi akibat PK 6. Menyebutkan cara mengontrol PK	S : “Selamat pagi Mas bro, nama saya B biasa dipanggil B” “Gak Tau ya mas aku tuh bawaan ne marah marah, saya kesel aja sama orang yang ganggu mungkin karena saya benci sama temen saya yang pernah berbuat curang” “kalau lagi marah gitu rasane pingin aku ngeludah ke orang yang ganggu, saya juga waktu marah gitu rasane pingin kudu mukul orang sambil ngeludahi dia” “Aku kalo marah biasanya bicara (bahasa bawean) kasar, rasane pingin ke polisi melaporkan temen saya yang berbuat curang, tapi dikira gila saya” “Kalo habis marah-marah, gitu rasane lega gitu habis mukul orang sama ngeludahi dia”  O : - Pasien mau menjawab salam, berjabat tangan, dan menyebutkan namanya. Pasien menjelaskan alasan	<i>Edwin</i>



			<p>dirinya marah-marrah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tahu tentang penyebab, tanda dan gejala, PK yang dilakukan, dan akibat PK yang dialaminya</li> <li>- Pasien tidak dapat menyebutkan cara mengontrol PK</li> <li>- Pasien tidak dapat mempraktekkan cara mengontrol PK dengan cara tarik nafas dalam</li> <li>- Pasien tampak kooperatif, kontak mata cukup, ada respon yang baik, pasien terlihat nyaman saat ngobrol dengan perawat dengan kondisi wajah terlihat santai.</li> </ul> <p>A :</p> <p>Berdasarkan aspek kognitif, afektif, dan psikomotor pasien mampu membina hubungan saling percaya, mampu mengidentifikasi penyebab PK, mampu mengidentifikasi tanda dan gejala PK, mampu mengidentifikasi PK yang dilakukan, mampu mengidentifikasi akibat PK dan belum mampu menyebutkan cara mengontrol PK</p> <p>P : Ulangi SP 4, 5, 6</p>	
24 Desember 2019	Perilaku Kekerasan	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>3. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> </ol>	<p>S :</p> <p>“Pagi, baik mas bro”  “iya ingat mas”  “boleh (sambil menganggukkan kepala)”  “di meja makan aja mas,”  “Iya Mas, saya mau”.  Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar</p>	<b>Edwin</b>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengidentifikasi PK yang dilakukan</li> <li>5. Mengidentifikasi akibat PK</li> <li>6. Menyebutkan cara mengontrol PK</li> </ol>	<p>terus dikeluarkan lewat hidung”.</p> <p>“Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti</p> <p>O :</p> <p>Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat</p> <p>Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat</p> <p>Menjawab dengan singkat.</p> <p>K tampak sangat kooperatif, kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.</p> <p>K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias dan menerima kedatangan perawat dengan terbuka</p> <p>A : Berdasarkan aspek kognitif, afektif, dan psikomotor pasien mampu menyebutkan cara mengontrol PK namun belum mempraktekkan cara tersebut</p> <p>P : Ulangi SP 1</p>	
25 Desember 2019	Perilaku Kekerasan	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>3. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>4. Mengidentifikasi PK yang dilakukan</li> <li>5. Mengidentifikasi akibat PK</li> <li>6. Menyebutkan cara</li> </ol>	<p>S :</p> <p>“Pagi, baik mas bro”</p> <p>“Iya ingat mas”</p> <p>“boleh (sambil menganggukkan kepala)”.</p> <p>“di meja makan aja mas,”</p> <p>“Iya Mas, saya mau”.</p> <p>Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan lewat hidung”.</p> <p>“Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti</p>	<i>Edwin</i>

		mengontrol PK	<p>O :</p> <p>Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat  Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat  Menjawab dengan singkat.  K tampak sangat kooperatif, kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.  K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias dan menerima kedatangan perawat dengan terbuka</p> <p>A :</p> <p>Berdasarkan aspek kognitif, afektif, dan psikomotor pasien mampu menyebutkan cara mengontrol PK dan namun tidak mempraktekkan kembali</p> <p>P : Ulangi SP 1</p>	
26 Desember	Perilaku Kekerasan	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>3. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>4. Mengidentifikasi PK yang dilakukan</li> <li>5. Mengidentifikasi akibat PK</li> <li>6. Menyebutkan cara mengontrol PK</li> </ol>	<p>S :</p> <p>“Pagi, baik mas bro”  “Iya ingat mas”  “boleh (sambil menganggukkan kepala)”.  “di meja makan aja mas,”  “Iya Mas, saya mau”.  Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan lewat hidung”.  “Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti</p> <p>O :</p> <p>pasien menjawab dengan menatap tajam menganggukkan kepala berbicara dengan nada suara tinggi  K memandang perawat, kontak mata baik,</p>	<i>Edwin</i>

			<p>menyimak dan mendengarkan, namun tangan seolah mengepal</p> <p>A :</p> <p>Berdasarkan aspek kognitif, afektif, dan psikomotor pasien mampu menyebutkan cara mengontrol PK dan namun tidak mempraktekkan kembali</p> <p>P : Ulangi SP 1</p>	
27 Desember	Perilaku Kekerasan	<p>SP 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab PK</li> <li>3. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK</li> <li>4. Mengidentifikasi PK yang dilakukan</li> <li>5. Mengidentifikasi akibat PK</li> <li>6. Menyebutkan cara mengontrol PK</li> </ol>	<p>S :</p> <p>“Pagi, baik mas bro”  “iya ingat mas”  “boleh (sambil menganggukkan kepala)”.  “iya mas sekarang aja mas,”  “Iya Mas, saya mau”.  Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan lewat hidung”.  “Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti</p> <p>O :</p> <p>pasien menjawab dengan membentak dan berbicara kotor  pasien membalas senyuman namun dengan wajah memerah  K memandangi perawat, kontak cukup dengan wajah merah.  Menjawab dengan nada tinggi dan sedikit mengeluarkan kata kotor</p> <p>A :</p> <p>Berdasarkan aspek kognitif, afektif, dan psikomotor pasien mampu menyebutkan cara mengontrol PK dan namun tidak</p>	<i>Edwin</i>

			mempraktekkan kembali	
			P : Ulangi SP 1	
28 Desem ber	Perilaku Kekerasan	SP 1 1. Membina hubungan saling percaya 2. Mengidentifikasi penyebab PK 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala PK 4. Mengidentifikasi PK yang dilakukan 5. Mengidentifikasi akibat PK 6. Menyebutkan cara mengontrol PK	S : “Pagi, baik mas bro” “Iya ingat mas” “boleh (sambil menganggukkan kepala)” “iya mas sekarang aja mas,” “Iya Mas, saya mau”. Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan lewat hidung”. “Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti  O : pasien membalas senyuman namun dalam keadaan pengaruh obat pasien menjawab sambil tersenyum dengan mata sayu mengataskan alis berbicara dengan nada suara pelan, kontak mata sayu K memandang perawat, kontak mata baik, menyimak dan mendengarkan namun dengan keadaan sedikit mengantuk  A : Berdasarkan aspek kognitif, afektif, dan psikomotor pasien mampu menyebutkan cara mengontrol PK dan namun tidak mempraktekkan kembali  P : Ulangi SP 1	<i>Edwin</i>

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa medis skizofrenia dengan masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. B di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 23 Desember 2019 sampai dengan 30 Desember 2019. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan, tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah pasien (Kusumawati dan Hartono, 2010). Pengkajian pada pasien, penulis menggunakan teori proses keperawatan jiwa yaitu pengkajian identitas pasien, alasan masuk, faktor predisposisi, faktor presipitasi, pemeriksaan fisik, psikososial, status mental, kebutuhan persiapan pulang, mekanisme koping, masalah psikososial dan lingkungan, aspek medik dan terapi (Damaiyanti, 2012 dalam Sari, 2019). Teknik pengkajian yang dilakukan penulis adalah dengan cara wawancara dengan pasien (*autoanamnesis*) dan keluarga (*alloanamnesis*).

Hasil pengkajian pada Tn.B didapatkan data subyektif dan objektif yaitu Tn.B mengatakan, marah-marah, mengancam, melakukan tindakan penganiayaan, mata pasien tampak merah, melotot, wajah merah, pandangan tajam, marah dengan nada suara yang keras dan tinggi, serta pasien tampak direstrain. Berdasarkan data pengkajian di atas diketahui tanda dan gejala pada Tn. B yang

muncul tersebut sesuai dengan teori dari PPNI (2017) yang menunjukkan bahwa Tn.B mengalami perilaku kekerasan.

Pengkajian pada asuhan keperawatan jiwa dengan masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. B dengan diagnosa medis skizofrenia dilakukan pada tanggal 22 Desember 2019 pada pukul 09.00 WIB, pengkajian dilakukan melalui wawancara serta dari rekam medis klien adapun pengkajian yang dilakukan pada klien meliputi :

#### 1. Identitas Klien

Pasien berjenis kelamin laki-laki, berusia 35 tahun. dari data-data terbaru didapatkan bahwa laki-laki lebih banyak melakukan perilaku kekerasan dibandingkan dengan perempuan. Hal ini disebabkan karena laki-laki menggunakan mekanisme ego berupa rasionalisasi, yaitu mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima masyarakat untuk menghalalkan / membenarkan impuls, perasaan, perilaku, dan motif yang tidak dapat diterima. Sedangkan pada perempuan, mekanisme ego yang digunakan adalah supresi, yaitu pengesampingan secara disadari tentang pikiran, impuls atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, dari kesadaran seseorang (Budi Anna Keliat, 2003 dalam Sari 2019). Sebagian kasus Skizofrenia terjadi antara umur 20-25 tahun, dimana tahap kehidupan seseorang mencapai kemandirian, mengembangkan hubungan dengan pasangan, mulai mengejar karir atau tujuan hidup akan berdampak pada keberhasilan social dan pekerjaan sehingga dapat menghancurkan kehidupan (Elaine, *et al*, 2005 dalam Sari, 2019).

Pada tinjauan kasus, tidak terdapat sedikit kesenjangan antara teori dengan kenyataan pada Tn. B, pasien adalah seorang laki-laki dan berusia 35 tahun yang

mengalami gangguan jiwa perilaku kekerasan yang disebabkan karena gagal meraih impian untuk menjadi anggota legislatif.

## 2. Alasan masuk

Dari data primer Tn. B mengatakan ingin marah-marah jika merasa capek, stres dan terganggu karena bisikan-bisikan itu. Data sekunder hasil wawancara dengan Ibu pasien mengatakan “*pasien dibawa ke IGD karena ingin marah-marah sejak dua hari yang lalu, pernah memukul orang dan membanting barang-barang yang ada di rumah karena merasa kesal gagal menjadi anggota legislatif*”. Dari data objektif di lapangan didapatkan pasien tampak bingung, nada berbicara cepat dan sesekali mata melotot dengan amarahnya.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsungnya perilaku kekerasan dan riwayat perilaku kekerasan (Keliat, 2011 dalam Sari, 2019).

Perawat berasumsi bahwa tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tindakan kasus, karena pada tinjauan kasus didapatkan bahwa pasien dibawa ke Rumah Sakit karena marah-marah, ingin memukul orang dan membanting barang-barang yang ada. Berdasarkan teori, tanda dan gejala tersebut merupakan tanda dan gejala perilaku kekerasan. Pada saat perawat melakukan pengkajian dan melakukan SP 1 SPTK pertama, perawat menjumpai tanda dan gejala perilaku kekerasan pada pasien. Hal ini terjadi karena obat pertama masih belum berpengaruh terllu signifikan yang telah diberikan oleh perawat ruangan



selama pasien dirawat di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya. Akan tetapi, tanda dan gejala perilaku kekerasan ditemukan oleh perawat berdasarkan data sekunder melalui wawancara perawat dengan keluarga pasien serta data dari rekam medis pasien. Berdasarkan data sekunder didapatkan bahwa pasien mempunyai riwayat tindakan kriminal karena memukul orang lain. Sesuai dengan tinjauan teori disebutkan bahwa perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsungnya perilaku kekerasan dan riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan yang dialami pasien adalah perilaku kekerasan yang terjadi secara aktual karena tanda dan gejala perilaku kekerasan ditemukan secara langsung.

### 3. Faktor Predisposisi

Dalam tinjauan pustaka, faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain adalah faktor biologi, psikologi, sosiokultural, dan spiritual (Yosep, 2011 dalam Sari, 2019). Pada saat mengkaji pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan pasien pernah melakukan tindak kriminal karena memukul orang lain hanya karena masalah kecil. Koping individu yang tidak efektif dalam menghadapi stress yang muncul dapat menimbulkan perilaku kekerasan. Pasien merasa frustrasi yang dialaminya sehingga stressor yang dialami pasien meningkat dan dapat menyebabkan perilaku kekerasan.

Dengan hal ini penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan pada faktor predisposisi, dikarenakan terganggunya salah satu faktor yaitu psikologis sehingga muncul perilaku kekerasan.

#### 4. Psikososial

##### a. Konsep Diri

Saat dilakukan pengkajian mengenai konsep diri pada Tn. B pasien kooperatif. Pasien mau menjawab pertanyaan perawat saat ditanya mengenai identitas dan harga diri. Pasien mengatakan saat di rumah ia aktif mengikuti kegiatan karang taruna dan PMI. Px mengatakan merasa sangat kesal sekali dengan teman caleg nya yang berbuat curang, dan sangat marah karena itu sehingga px gagal menjadi anggota legislatif.

Menurut Vidback (2008) dalam Sari (2019) pada pasien dengan perilaku kekerasan biasanya pasien mengalami harga diri rendah. Mereka mungkin yakin bahwa dirinya orang yang jahat, tidak berguna, mereka pantas dianiaya atau mereka yang menyebabkan penganiayaan terjadi. Banyak pasien berpikir bahwa mereka tidak berharga atau hancur akibat pengalaman penganiayaan bahwa mereka juga merasa tidak akan pernah berguna atau dihargai oleh orang lain.

Penulis berasumsi bahwa tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus didapatkan tanda-tanda harga diri rendah dibuktikan dengan data pasien mengatakan “ *pasien merasa kesal karena gagal menjadi anggota legislatif, dan rasanya ingin memukul orang saja*”

##### b. Hubungan Sosial

Sebelum di rawat di RS, pasien sering mengikuti kegiatan kelompok/masyarakat di rumah. Berdasarkan hasil observasi pasien terlihat sering berkomunikasi namun dengan nada yang tinggi dan terkadang

meludahi pasien lain yang berisik. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut merupakan tanda-tanda pasien mengalami perilaku kekerasan.

#### 5. Status Mental

##### Aktivitas Motorik

Pasien mengatakan, *“saya kalau lagi sumpek, stress dan bosan biasanya tidur bro.”* Saat di tanya *“Apa yang dilakukan saat marah?”* pasien menjawab, *“kalau rasa ingin marah saya muncul saya biasanya meludahi orang sambil bicara kasar seperti bahasa bawean. Kalau saya memelototkan mata kepada orang yang berisik berarti saya sedang akan marah saya bro”*. Dari data objektif pasien tampak mondar-mandir, dan sesekali mengepalkan tangan sambil memelototkan mata. Ciri ini sesuai dengan tanda dan gejala perilaku kekerasan menurut Keliat (2011) dalam Sari (2019) yaitu muka merah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, jalan mondar-mandir, bicara kasar, suara tinggi menjerit atau berteriak, mengancam secara verbal atau fisik, melempar atau memukul benda, merusak barang, tidak mempunyai kemampuan untuk mengontrol perilaku kekerasan.

Dalam hal ini penulis berasumsi tidak terdapat kesenjangan, karena perilaku kekerasan sangat mempengaruhi status mental dan beberapa faktor yang ada telah terpenuhi, seperti perilaku meludahi, melotot, mengepalkan tangan dan mondar mandir. Berdasarkan pengkajian diatas penulis menyimpulkan bahwa apabila seseorang yang mengalami gangguan jiwa dengan coping individu yang tidak efektif maka akan timbul perilaku kekerasan yang membuat seseorang dapat bertindak sesuka hatinya tanpa memikirkan resiko yang akan terjadi.

#### 4.2. Diagnosa Keperawatan

SDKI (2017) menyatakan bahwa diagnosa Risiko perilaku kekerasan dengan nomor D.0146 menyatakan bahwa beresiko membahayakan secara fisik, emosi dan/ atau seksual pada diri sendiri atau orang lain dengan faktor resiko alam perasaan depresi maka dapat dikategorikan pada diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan.

Saat dilakukan pengkajian pasien mengalami frustrasi karena keinginan untuk mencapai tujuannya terhambat sehingga menyebabkan perilaku kekerasan yang didukung dari data yaitu pasien marah-marah sendiri, mengancam orang, teriak-teriak, mata melotot dan merah dengan riwayat kriminal penganiayaan. Berdasarkan data yang diperoleh tersebut, diagnosa prioritas yang disesuaikan dengan masalah utama yaitu perilaku kekerasan.

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus yang terjadi. Dan dari masalah diatas, dapat dibuat pohon masalah yang terdiri dari *causa* / penyebab, *core problem* / masalah utama, *effect* / akibat. Masalah yang menjadi *causa* / penyebab dalam kasus Tn. B adalah Harga Diri Rendah Situasional, Koping Individu Tidak Efektif, Ansietas dan defisit pengetahuan. *Core problem* atau masalah utamanya yaitu perilaku kekerasan. *Efect* atau akibatnya yaitu Resiko Mencederai Diri Sendiri dan Orang Lain.

#### 4.3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan ada 5 SP yaitu SP 1 : membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab PK, mengidentifikasi tanda dan gejala PK, mengidentifikasi PK yang dilakukan,

mengidentifikasi akibat PK, menyebutkan cara mengontrol PK, membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I yaitu dengan tarik nafas dalam, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian. SP 2 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II yaitu pukul bantal / kasur, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 3 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 4 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. SP 5 : mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien, melatih pasien mengontrol PK dengan cara minum obat, dan menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian.

Selain itu, terdapat 3 SP Keluarga yang dapat dilakukan, meliputi SP 1 : mediskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien, menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK, menjelaskan ke keluarga cara merawat pasien dengan PK. SP 2 : melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK, melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK. SP 3 : membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat (*discharge planning*), menjelaskan *follow up* pasien setelah pulang

Rencana keperawatan pada Tn. B yang mengalami perilaku kekerasan berupa strategi pelaksanaan yang bertujuan agar klien mampu mengatasi atau mengendalikan perilaku kekerasan (Keliat, 2009 dalam Sari, 2019).

Pada perencanaan yang diberikan hanya berfokus pada masalah utama, yaitu Perilaku kekerasan yang mengacu pada strategi pelaksanaan tindakan keperawatan (SPTK). Pada tinjauan teori terdapat enam strategi pelaksanaan. Menurut (Yusuf.A, Fitryasari, Nihayati 2015 dalam Kusumaningtyas 2018)

1. Pasien dapat membina hubungan saling percaya
2. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
3. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
4. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
5. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
6. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya

A. Tindakan :

- 1) Bina hubungan saling percaya
  - a) mengucapkan salam terapeutik
  - b) berjabat tangan
  - c) menjelaskan tujuan interaksi
  - d) membuat kontrak topic, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
- 2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan masa lalu
- 3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan

- a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
  - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
  - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
  - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
  - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
- 4) Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
- a) Verbal
  - b) Terhadap orang lain
  - c) Terhadap diri sendiri
  - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara
- a) Fisik, misalnya pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
  - b) Obat
  - c) Spiritual, misalnya sholat dan berdoa sesuai keyakinan pasien

Penulis berasumsi bahwa teori yang tersedia sesuai dengan strategi pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan. semua direncanakan sesuai dengan teori, dalam perencanaan, ditetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, assessment, planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

#### 4.4. Tindakan Keperawatan

Klien B selama 7 hari hanya bisa dilakukan SP 1 diakarenakan *personal ability* klien kurang, yang dimaksud yaitu kemampuan personal klien yang telah diajarkan cara mengontrol perilaku kekerasan yang dialaminya. Klien sebenarnya sudah diajarkan namun klien masih belum mengetahui cara mengatasi respon emosional yang muncul. Netrida (2015) dalam penelitiannya menyatakan bahwa klien dengan kurangnya *personal ability* diberikan terapi dari spesialis keperawatan jiwa. Kemampuan personal yang dibutuhkan klien dalam mengatasi masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan adalah pengetahuan yang baik serta keterampilan coping yang perlu dilakukan untuk mengurangi marah dan mengendalikan perilaku agresinya.

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Implementasi yang akan dilakukan dengan asuhan keperawatan jiwa dengan diagnosa medis skizofrenia dengan masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. B di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya dilakukan mulai tanggal 23– 30 Desember 2019.

Pada tanggal 23 Desember 2019 dilaksanakan strategi pelaksanaan (SP1) SPTK ke-1 untuk pasien yang isinya mencakup: bina hubungan saling percaya, mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan, mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan, mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan, menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan, membantu mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik dengan latihan napas dalam, serta menganjurkan pasien memasukkan latihan cara mengontrol fisik I dalam jadwal kegiatan harian.



Dalam pelaksanaannya, bina hubungan saling percaya dapat terjalin pada tanggal 23 Desember 2019 dibuktikan dengan data subjektif pasien mengatakan *“Selamat pagi bro, nama saya B biasa dipanggil B”*, pasien mau menjawab salam perawat dan berjabat tangan, kontak mata ada, dan pasien kooperatif. Pasien tidak pernah menolak jika diajak ngobrol oleh perawat. Pasien mampu mengidentifikasi penyebab PK, tanda dan gejala PK, PK yang dilakukan serta akibat dari PK yang dilakukan. Hal ini dibuktikan dengan data subjektif yang dikatakan pasien *“Aku tuh kalo marah-marah biasanya pingin ngeludahi orang bro kebayang temanku yg curang. Aku ga suka kalau dibohongin, jadi kalau dibohongin gitu aku kecewa terus pengen marah. Kalau lagi pengen marah gitu biasanya aku ngerasa jengkel, jantungku berdebar, terus tangan ini penegn mukul saja. kesel gitu bro. Aku kalo marah biasanya bicara kotor khas bawean lah, terus trus aku pernah mukul orang yang bikin gara gara sama saya. Kalo habis marah-marah, orang rumah jadi takut bro, terus tangan saya merah gitu habis mukul orang”*. Pada pelaksanaan SPTK ke-1 pasien belum mampu menyebutkan cara mengontrol marah dan mempraktekkan latihan mengontrol PK dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam karena ditengah-tengah pelaksanaan SPTK ke-1 pasien terlihat akan marah dan meninggalkan perawat.

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SPTK yang terdapat dalam tinjauan teori. Tujuan SP 1 belum tercapai dalam SPTK ke-1 karena ditengah pelaksanaan SPTK ke-1, pasien mengeluh pusing dan bosan sehingga meninggalkan perawat. Selain itu, kendala yang dialami oleh penulis yaitu fokus pasien mudah terganggu oleh lingkungan sekitar sehingga penulis

lebih sering memfokuskan pasien. Penulis harus mengulang SP 1 pada SPTK ke-2 dengan latihan mengontrol PK dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.

Pada tanggal 24 Desember 2019 penulis melakukan SPTK ke-2, penulis mengulangi SP 1 dengan *point* latihan mengontrol PK dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam pada pukul 09.00 WIB. Dalam pelaksanaan SPTK ke-2 pasien kooperatif, pasien masih ingat dengan perawat, lebih tenang daripada pertemuan sebelumnya, kontak mata ada dan terdapat *feedback* yang baik terhadap perawat. Pasien mampu menyebutkan cara mengontrol PK dibuktikan dengan data subjektif yang dikatakan oleh pasien “*Saya tahu bro cara mengontrol marah. Jadi, cara mengontrol marah itu ada lima. Pertama tarik nafas dalam, terus pukul bantal / kasur, dengan cara verbal, lalu spiritual atau berdoa, sama minum obat bro*”. Pasien juga mampu menjelaskan cara mengontrol PK dengan tarik nafas dalam dibuktikan dengan pasien mengatakan “*Cara nafas dalam yaitu pertama tarik nafas pelan-pelan sambil dinikmati setiap udara yang masuk lewat hidung, kemudian ditahan sejenak lalu dikeluarkan melalui mulut pelan-pelan*” dan berdasarkan data objektif pasien mampu mendemonstrasikan cara tarik nafas dalam dengan baik dan benar secara mandiri. Berdasarkan data-data tersebut SP 1 penulis masih harus mengawasi pasien.

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Tujuan pelaksanaan SP tidak harus tercapai dalam satu pertemuan tergantung dengan kondisi pasien, seperti yang dialami oleh penulis bahwa tujuan SP 1 tercapai harus dengan evaluasi atau pengamatan yg tepat karena keadaan pasien berubah-ubah.

Pada tanggal 25 Desember 2019 pukul 09.00 dilakukan SP 1 yaitu kegiatannya sebagai berikut mengevaluasi jadwal kegiatan harian, melatih pasien mengendalikan perilaku kekerasan dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam. Dalam pelaksanaan pasien kooperatif namun dalam keadaan habis marah-marah dan pasien mengungkapkan bahwa lupa caranya saat terjadi marah.

Penulis berasumsi bahwa keadaan pasien perilaku kekerasan mudah berubah-ubah karena setiap koping pasien berbeda-beda sehingga perlu kesabaran dalam melatih pasien perilaku kekerasan. Penulis berasumsi bahwa keberhasilan SP didasarkan atas faktor kemampuan personal klien dan kemampuan perawat dalam melakukan dan memodifikasi SP sesuai dengan keadaan klien.

Pada implementasi 26 Desember 2019 pasien masih sering marah secara tiba-tiba dan tidak terkendali. Pasien perlu ditekankan dari awal untuk tidak memotong pembicaraan dengan dilakukan kontrak awal/perjanjian. Pasien sudah mampu mengenal tindakan asertif. Hal tersebut dapat dilihat dari pasien mampu menjawab pengertian dan menjelaskan tindakan asertif, namun pasien masih belum mampu untuk mempraktekan cara mengungkapkan dengan baik. Pasien masih sering beralasan khawatir apabila penilaian orang lain buruk terhadap pasien.

Perawat berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SPTK yang terdapat dalam tinjauan teori. Tujuan SP 1 belum tercapai dalam SPTK ke-1 karena ditengah pelaksanaan SPTK ke-1, pasien tiba-tiba memotong pembicaraan penulis. Selain itu, kendala yang dialami oleh penulis yaitu fokus pasien mudah terganggu oleh lingkungan sekitar sehingga penulis lebih sering memfokuskan

pasien. Penulis harus mengulang SP 1 pada SPTK ke-4 dengan *point* menyebutkan cara mengontrol PK dan latihan mengontrol PK dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.

Pada implementasi tanggal 27 Desember 2019 pasien masih kesulitan dalam melakukan tindakan asertif. pasien sulit diarahkan dalam pembicaraan. Pasien sering memotong pembicaraan dengan membahas kecurigaannya terhadap orang lain, pasien juga terkadang meludahi orang disekitarnya. Pasien masih kesulitan dalam mengingat manajemen marah, pasien hanya mengingat manajemen marah nafas tetapi lupa untuk melakukannya disaat marah marah terjadi.

Perawat berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SPTK yang terdapat dalam tinjauan teori. Tujuan SP 1 belum tercapai dalam SPTK ke-1 karena ditengah pelaksanaan SPTK ke-1, pasien tiba-tiba memotong pembicaraan penulis. Selain itu, kendala yang dialami oleh penulis yaitu fokus pasien mudah terganggu oleh lingkungan sekitar sehingga penulis lebih sering memfokuskan pasien. Penulis harus mengulang SP 1 pada SPTK ke-5 dengan *point* menyebutkan cara mengontrol PK dan latihan mengontrol PK dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.

Pada implementasi tanggal 28 Desember 2019 pasien sudah mulai tidak terfikasi namun masih kesulitan dalam melakukan tindakan asertif. pasien sulit diarahkan dalam pembicaraan. Pasien sering memotong pembicaraan dengan membahas kecurigaannya terhadap orang lain, pasien juga terkadang

meludahi orang disekitarnya. Pasien masih kesulitan dalam mengingat manajemen marah, pasien hanya mengingat manajemen marah nafas tetapi lupa untuk melakukannya disaat marah marah terjadi.

Perawat berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SPTK yang terdapat dalam tinjauan teori. Tujuan SP 1 belum tercapai dalam SPTK ke-1 karena ditengah pelaksanaan SPTK ke-1, pasien tiba-tiba memotong pembicaraan penulis. Selain itu, kendala yang dialami oleh penulis yaitu fokus pasien mudah terganggu oleh lingkungan sekitar sehingga penulis lebih sering memfokuskan pasien. Penulis harus mengulang SP 1 pada SPTK ke-6 dengan *point* menyebutkan cara mengontrol PK dan latihan mengontrol PK dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.

Pada implementasi tanggal 29 Desember 2019 pasien masih kesulitan dalam melakukan tindakan asertif. pasien sulit diarahkan dalam pembicaraan. Pasien sering memotong pembicaraan dengan membahas kecurigaannya terhadap orang lain, pasien juga terkadang meludahi orang disekitarnya. Pasien masih kesulitan dalam mengingat manajemen marah, pasien hanya mengingat manajemen marah nafas tetapi lupa untuk melakukannya disaat marah marah terjadi.

Perawat berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus karena perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SPTK yang terdapat dalam tinjauan teori. Tujuan SP 1 belum tercapai dalam SPTK ke-1 karena ditengah pelaksanaan SPTK ke-1, pasien tiba-tiba memotong pembicaraan penulis. Selain itu, kendala yang dialami oleh penulis yaitu fokus pasien mudah

terganggu oleh lingkungan sekitar sehingga penulis lebih sering memfokuskan pasien. Penulis harus mengulang SP 1 pada SPTK ke-7 dengan *point* menyebutkan cara mengontrol PK dan latihan mengontrol PK dengan cara fisik I yaitu tarik nafas dalam.

pasien pada tanggal 30 Desember 2019 masih dalam tahap SP 1 karena kondisi pasien yang masih belum stabil. Pada tanggal tersebut pasien sudah mulai mengingat cara dan melakukan cara tersebut sehingga pelaksanaan SP 1 pasien berhadil mdan akan dilanjutkan SP 2 pasien.

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Tujuan pelaksanaan SP tidak harus tercapai dalam satu pertemuan tergantung dengan kondisi pasien, seperti yang dialami oleh penulis bahwa tujuan SP 1 tercapai pada SPTK ke-8.

#### **4.5. Evaluasi**

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melakukan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan (Kusumawati dan Hartono, 2010).

Hasil evaluasi yang didapatkan dari Tn. B pada tanggal 23 Desember pengkajian yang dilakukan oleh perawat berhasil, pasien masih kooperatif namun masih ada tanda-tanda perilaku kekerasan. Pada tanggal 24 Desember 2019 pasien

masih mengingat perawat dan memulai cara mengendalikan amarah dengan tarik napas dalam, pasien mengikuti. Hingga pada tanggal 27 dan 28 Desember pasien dalam keadaan terfiksasi, perilaku kekerasan pasien tidak bisa dikontrol dan sempat merusak properti rumah sakit serta melukai diri. Dan pada data subyektif dan data objektif pada tanggal 30 Desember 2020 antara lain: pasien mengatakan Klien mengatakan sudah bisa mengontrol marah, merasa senang mengikuti kegiatan rehabilitasi, Klien mengatakan “saya tidak mau bertemu dengan kapolres lagi dalam keadaan marah”. Klien tampak mengikuti rehabilitasi dengan baik, tenang, menjadwalkan kegiatan cara mengontrol perilaku kekerasan dan ada kontak mata. Pasien Tn. B hanya bisa dilakukan SP 1 pada tanggal 24 Desember hingga 29 Desember dan pada tanggal 30 Desember pasien bisa dilakukan terapi SP 2.

Penulis berasumsi dari pelaksanaan pengkajian pada pasien telah didapatkan bahwa pasien berawal dari koping individu yang tidak efektif dikarenakan pasien gagal terpilih menjadi anggota calon legislatif sehingga merasa tidak terima dan kesal karena temannya yang terpilih sebagai anggota legislatif menurut pasien berbuat curang. Dari hasil pengkajian faktor predisposisi pasien penulis berasumsi kecenderungan perilaku kekerasannya karena berawal dari koping individu yang tidak efektif sehingga stress yang muncul pada pasien diungkapkan dengan perilaku kekerasan. Dalam aktivitas motorik penulis merasa harus lebih berhati-hati dengan pasien dikarenakan pada saat pengkajian pasien menjawab dengan benar namun wajah pasien memerah dan tangan mengepal. Pada penegakkan diagnosa keperawatan jiwa, pasien didapatkan hasil yang jelas dan sesuai dengan kondisi pasien. Dari diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien perencanaan

asuhan keperawatan jiwa pada pasien sesuai dengan literatur. dalam pelaksanaan implementasi penulis merasa kesusahan dikarenakan masih perlu belajar dari pengalaman karena pasien kondisinya naik turun. Lalu inti dari evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa pasien penulis berasumsi bahwa faktor yang mendukung keberhasilan SP selain kemampuan personal yaitu tingkat pendidikan, kooperatif klien, kemauan diri serta pengaruh obat yang telah diberikan.



## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan pada Tn. B dengan diagnosa medis Skizofrenia di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa masalah utama perilaku kekerasan dengan diagnosa medis Skizofrenia dengan resiko tinggi terpapar COVID-19.

#### **5.1. Simpulan**

Perilaku kekerasan merupakan salah satu masalah keperawatan jiwa yang paling sering ditemui. Perilaku kekerasan yang tidak ditangani dengan cepat dan tepat dapat membahayakan karena akan mencederai diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Perilaku kekerasan dapat didahului oleh adanya gangguan konsep diri yaitu harga diri rendah, yang disebabkan karena tidak terpenuhinya harapan atau keinginan. Intervensi keperawatan pada perilaku kekerasan terbagi menjadi 5 strategi pelaksanaan (SP), yang bertujuan untuk mengontrol rasa marah sehingga pasien tidak mencederai dirinya, orang lain, maupun lingkungan sekitar. SP tersebut dimulai dari BHSP hingga mengajarkan cara – cara mengontrol rasa marah. Tiap pasien memiliki respon yang berbeda terhadap penerapan SP sehingga perlu dipertimbangkan mengenai kondisi serta kemampuan pasien. Perilaku kekerasan yang diderita oleh Tn. B di Ruang Wijaya Kusuma RSJ Menur Surabaya sudah dilakukan asuhan keperawatan, namun untuk hasil masih belum dikarenakan kurangnya keterampilan penulis dalam memodifikasi asuhan keperawatan perilaku kekerasan.

Dalam Pengkajian yang dilakukan oleh Tn. B dengan diagnosa perilaku kekerasan, Tn. B cukup kooperatif sehingga data pengkajian terisi lengkap. Dengan lengkapnya data pengkajian penulis dapat merumuskan diagnosa-diagnosa keperawatan yang terjadi pada Tn. B. setelah mendiagnosis keperawatan pada Tn. B penulis melakukan perencanaan (strategi pelaksanaan) keperawatan jiwa pada pasien perilaku kekerasan berupa Sp 1 hingga Sp 5. Lalu mengimplementasikan hasil strategi kepada pasien, dalam pelaksanaannya pada tanggal 24 Desember hingga 29 Desember pasien hanya bisa dilakukan Sp 1 tarik nafas dalam dan pada tanggal 30 Desember pasien sudah mulai bisa melanjutkan ke Sp 2.

Evaluasi yang didapat dalam melakukan Sp keperawatan jiwa perilaku kekerasan, penulis menemui kendala naik turunnya kondisi pasien sehingga perawat hanya bisa melakukan Sp 1, pada tanggal 27 dan 28 Desember pasien terfiksasi dikarenakan perilaku kekerasannya tidak terkontrol. hingga 30 Desember Sp 2 sudah mulai bisa dilakukan oleh pasien.

Dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, penulis sangat terbantu dengan adanya format yang disediakan di RSJ Menur Surabaya, sehingga pendokumentasian asuhan keperawatan jiwa menjadi tepat sasaran.

## **5.2. Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Pasien dengan perilaku kekerasan memiliki resiko tinggi untuk mencederai baik dirinya, orang lain maupun lingkungan sekitar sehingga asuhan keperawatah yang cepat dan tepa sangat diperlukan. Selain itu dalam

penerapan intervensi harus mempertimbangkan kondisi serta kemampuan pasien.

2. Sebaiknya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan juga tetap memperbarui keilmuan dengan lebih sering membaca penelitian terbaru serta pelatihan guna meningkatkan performa untuk membantu pasien dengan perilaku kekerasan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Elvita, A. R. (2018). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan pada Ny. N dengan Diagnosa Medis Skizofrenia Hebefrenik di Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya*. STIKES Hang Tuah Surabaya.
- Keliat, B. A., & Marlina, T. (2020). *Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial*. 204.
- Kusumaningtyas, K. P. (2018). *Maintenance Rsj Grhasia*.
- Meilisa, H. (2020). *RSJ Menur Surabaya Rawat 7 Orang Dengan Gangguan Jiwa Positif COVID-19*. Detik. <https://news.detik.com/berita-jawa-timur/d-5038127/rsj-menur-surabaya-rawat-7-orang-dengan-gangguan-jiwa-positif-covid-19>
- Millatina, N. F. (2017). *Analisis Korespondensi Gangguan Jiwa Jenis Skizofrenia Berdasarkan Kategori Umur Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Tahun 2016*. <http://repository.its.ac.id/42111/>
- Musmini, S. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Klien Resiko Perilaku Kekerasan Terintegrasi dengan Keluarga di Wilayah Kerja PUSKESMAS Sempaja Samarinda*. POLTEKES KEMENKES Samarinda.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Medication.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Prayeka, P. S. (2017). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perilaku Kekerasan di Ruang Merpati RSJ Prof. HB. Sa'anin Padang*. POLTEKES KEMENKES Padang.
- Sari, E. P. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Perilaku Kekerasan pada Tn. H Dengan Diagnosa Medis Skizofrenia di Ruang Jiwa RUMKITAL dr. Ramelan Surabaya*. STIKES Hang Tuah Surabaya.
- Wilkinson. (2012). *Diagnosis Kperawatan NANDA NIC-NOC* (E. W. Ningsih (ed.)). EGC.
- Wuryaningsih, E. W., Windarwati, H. D., Dewi, E. I., Deviantony, F., & Kurniyawan, E. H. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember.

*Lampiran 1****CURRICULUM VITAE***

Nama : Edwin Yuri Widjanarko

Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 1 Mei 1996

Alamat : Jl. Gadung 6/2-A Jagir, Wonokromo, Surabaya

Email : [edwinyuriwidjanarko@gmail.com](mailto:edwinyuriwidjanarko@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

1. TK Aisiyah 2002
2. SDN Muhammadiyah 6 – Lulus Tahun 2008
3. SMP Muhammadiyah 4– Lulus Tahun 2011
4. SMA Muhammadiyah 3 – Lulus Tahun 2014
5. STIKES Hang Tuah Surabaya – Lulus Tahun 2018

*Lampiran 2***MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

*Sehat bukanlah tujuan namun sehat merupakan sebuah bonus dari perilaku  
dan pikiran yang positive.*

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada :

1. Ibu dan Ayah yang tidak pernah berhenti mendoakan dan memberikan dukungan dalam penyelesaian KIA.
2. Sahabat saya di tanggulangun, Sidoarjo.
3. Sahabat-sahabat saya di Bendul Merisi : Faris, Hasbi, Permana, Ramzy, Edwin, Fawwaz.
4. Sahabat-sahabat saya dari STIKES Hang Tuah Surabaya.

**Lampiran 3****STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. B  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 1 (SP 1)

Hari / Tanggal : Senin, 23 Desember 2019

Waktu : 09.00 WIB

**1) Proses Keperawatan****a. Kondisi Pasien**

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak berbicara dengan intonasi keras, mengepalkan tangan, kontak mata kurang, tampak meludahi pasien lain yang mengganggu.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

**c. Tujuan Diagnosa**

Bina hubungan saling percaya dan dapat mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I.

**d. Tindakan Keperawatan**

- 1) Mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2) Mengidentifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan.
- 3) Mengidentifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan.
- 4) Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan .
- 5) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- 6) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I : tarik nafas dalam.
- 7) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

## 2) Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

### a. Orientasi

#### 1) Salam Terapeutik

“Selamat pagi, pak B. Perkenalkan nama saya Edwin Yuri W, saya mahasiswa dari Stikes Hang Tuah Surabaya. Pagi ini saya sedang bertugas di ruang ini. Saya hari ini bertugas mulai jam 6 pagi sampai jam 2 siang nanti. Nama mas siapa? Lebih senang dipanggil apa?”

#### 2) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini? Apakah masih ada perasaan kesal dan marah?”

#### 3) Kontrak

**Topik** : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah Mas. Apakah Mas B setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan ngobrol? Bagaimana kalau di tempat duduk yang ada di tengah itu?”

**Waktu** : “Berapa lama kita akan ngobrol? Bagaimana kalau 20 menit? Apakah Mas setuju?”

### b. Kerja (Tindakan)

“Apa yang menyebabkan Mas marah? Apakah sebelumnya Mas pernah marah? Terus apa yang menyebabkan mas marah? Apakah sama dengan yang sekarang? Oh...iya jadi itu (sebutkan) yang menyebabkan Mas marah?”

“Jika Mas merasa kesal, apakah dada Mas terasa berdebar-debar, mata melotot, rahang terkatup rapat dan mengepalkan tangan?”



“Setelah itu apa yang Mas lakukan? Apakah Mas memukul orang atau merusak benda? Apakah dengan cara itu Mas merasa puas dan amarahnya berkurang?”

“Apakah Mas tau akibat dari perbuatan yang Mas lakukan? Apakah Mas merasa jika perbuatan yang Mas lakukan itu merugikan diri Mas sendiri dan orang-orang di sekitar Mas?”

“Nah, kira-kira Mas mau nggak saya kasih tau cara mengurangi amarah Mas tapi tidak menimbulkan kerugian buat diri Mas dan orang lain? Jadi, cara mengontrol rasa marah itu ada 5 cara, yang pertama yaitu dengan tarik nafas dalam, yang kedua dengan cara memukul bantal / guling, yang ketiga dengan cara verbal, yang keempat dengan cara spiritual / berdoa, dan yang kelima dengan minum obat”.

“Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang pertama dulu yaitu dengan cara tarik nafas dalam?”.

“Nah, jadi saat Mas merasa tanda-tanda ingin marah itu muncul seperti jantung berdebar-debar, tangan mengempal, gigi mengatup kuat Mas langsung tarik nafas dalam sampai tanda-tanda keinginan marah itu hilang. Apakah bisa kita coba hari ini?”

“Iya, bagus sekali benar seperti itu”.

### **c. Terminasi**

#### **1) Evaluasi Subjektif**

“Bagaimana perasaan Mas setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

## 2) Evaluasi Objektif

“Tadi kita sudah berbincang-bincang banyak ya Mas, Apakah Mas masih ingat tadi kita bicara tentang apa saja? Bisa Mas ulang kembali?”

## 3) Rencana Tindak Lanjut

“Mas, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam ke dalam jadwal kegiatan Mas sehari-hari? Jadi, kalau misalnya saya tidak ada, dan rasa ingin marah itu muncul, Mas langsung mempraktekkan tarik nafas dalam seperti tadi yang sudah kita pelajari bersama”.

## 4) Kontrak yang Akan Datang

**Topik** : “Baik Mas, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal/kasur. Bagaimana? Apakah Mas setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan bertemu? Bagaimana kalau di tempat ini?”

**Waktu** : “Jam berapa kita akan bertemu dan berapa lama kita mengobrol?” Bagaimana kalau jam 09.00 wib selama 30 menit? Apakah Mas setuju?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. B  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 2 (SP 1)

Hari / Tanggal : Selasa, 24 Desember 2019

Waktu : 09.00 WIB

**1. Proses Keperawatan**

**a. Kondisi Pasien**

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak berbicara dengan intonasi keras, mengepalkan tangan, kontak mata kurang, tampak meludahi pasien lain yang mengganggu.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

**c. Tujuan Diagnosa**

Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I.

**d. Tindakan Keperawatan**

- 1) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- 2) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I : tarik nafas dalam.
- 3) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

**2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

**a. Orientasi**

**1) Salam Terapeutik**

“Selamat pagi, Mas. Masih ingat dengan saya?, nama saya siapa mas?”

## 2) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini? Apakah masih ada perasaan kesal dan marah?”

## 3) Kontrak

**Topik** : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah Mas. Apakah Mas B setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan ngobrol? Bagaimana kalau di tempat duduk yang ada di tengah itu?”

**Waktu** : “Berapa lama kita akan ngobrol? Bagaimana kalau 20 menit? Apakah Mas setuju?”

### b. Kerja (Tindakan)

“Nah, kira-kira Mas mau nggak saya kasih tau cara mengurangi amarah Mas tapi tidak menimbulkan kerugian buat diri Mas dan orang lain? Jadi, cara mengontrol rasa marah itu ada 5 cara, yang pertama yaitu dengan tarik nafas dalam, yang kedua dengan cara memukul bantal / guling, yang ketiga dengan cara verbal, yang keempat dengan cara spiritual / berdoa, dan yang kelima dengan minum obat”.

“Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang pertama dulu yaitu dengan cara tarik nafas dalam?”.

“Nah, jadi saat Mas merasa tanda-tanda ingin marah itu muncul seperti jantung berdebar-debar, tangan mengepal, gigi mengatup kuat Mas langsung tarik nafas dalam sampai tanda-tanda keinginan marah itu hilang. Apakah bisa kita coba hari ini?”

“Iya, bagus sekali benar seperti itu”.

### c. Terminasi

#### 1) Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan Mas setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

#### 2) Evaluasi Objektif

“Tadi kita sudah berbincang-bincang banyak ya Mas, Apakah Mas masih ingat tadi kita bicara tentang apa saja? Bisa Mas ulang kembali?”

#### 3) Rencana Tindak Lanjut

“Mas, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam ke dalam jadwal kegiatan Mas sehari-hari? Jadi, kalau misalnya saya tidak ada, dan rasa ingin marah itu muncul, Mas langsung mempraktekkan tarik nafas dalam seperti tadi yang sudah kita pelajari bersama”.

#### 4) Kontrak yang Akan Datang

**Topik** : “Baik Mas, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal/kasur. Bagaimana? Apakah Mas setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan bertemu? Bagaimana kalau di tempat ini?”

**Waktu** : “Jam berapa kita akan bertemu dan berapa lama kita mengobrol?” Bagaimana kalau jam 09.00 wib selama 30 menit? Apakah Mas setuju?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. B  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 2 (SP 1)

Hari / Tanggal : Rabu, 25 Desember 2019

Waktu : 09.00 WIB

**1. Proses Keperawatan**

**a. Kondisi Pasien**

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak berbicara dengan intonasi keras, mengepalkan tangan, kontak mata kurang, tampak meludahi pasien lain yang mengganggu.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

**c. Tujuan Diagnosa**

Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I.

**d. Tindakan Keperawatan**

- 4) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- 5) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I : tarik nafas dalam.
- 6) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

**2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

**d. Orientasi**

**4) Salam Terapeutik**

“Selamat pagi, Mas. Masih ingat dengan saya?, nama saya siapa mas?”

### 5) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini? Apakah masih ada perasaan kesal dan marah?”

### 6) Kontrak

**Topik** : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah Mas. Apakah Mas B setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan ngobrol? Bagaimana kalau di tempat duduk yang ada di tengah itu?”

**Waktu** : “Berapa lama kita akan ngobrol? Bagaimana kalau 20 menit? Apakah Mas setuju?”

### e. Kerja (Tindakan)

“Nah, kira-kira Mas mau nggak saya kasih tau cara mengurangi amarah Mas tapi tidak menimbulkan kerugian buat diri Mas dan orang lain? Jadi, cara mengontrol rasa marah itu ada 5 cara, yang pertama yaitu dengan tarik nafas dalam, yang kedua dengan cara memukul bantal / guling, yang ketiga dengan cara verbal, yang keempat dengan cara spiritual / berdoa, dan yang kelima dengan minum obat”.

“Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang pertama dulu yaitu dengan cara tarik nafas dalam?”.

“Nah, jadi saat Mas merasa tanda-tanda ingin marah itu muncul seperti jantung berdebar-debar, tangan mengepal, gigi mengatup kuat Mas langsung tarik nafas dalam sampai tanda-tanda keinginan marah itu hilang. Apakah bisa kita coba hari ini?”

“Iya, bagus sekali benar seperti itu”.

## f. Terminasi

### 1) Evaluasi Subjektif

“Bagaimana perasaan Mas setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

### 2) Evaluasi Objektif

“Tadi kita sudah berbincang-bincang banyak ya Mas, Apakah Mas masih ingat tadi kita bicara tentang apa saja? Bisa Mas ulang kembali?”

### 3) Rencana Tindak Lanjut

“Mas, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam ke dalam jadwal kegiatan Mas sehari-hari? Jadi, kalau misalnya saya tidak ada, dan rasa ingin marah itu muncul, Mas langsung mempraktekkan tarik nafas dalam seperti tadi yang sudah kita pelajari bersama”.

### 4) Kontrak yang Akan Datang

**Topik** : “Baik Mas, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal/kasur. Bagaimana? Apakah Mas setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan bertemu? Bagaimana kalau di tempat ini?”

**Waktu** : “Jam berapa kita akan bertemu dan berapa lama kita mengobrol?” Bagaimana kalau jam 09.00 wib selama 30 menit? Apakah Mas setuju?”



**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. B  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 2 (SP 1)

Hari / Tanggal : Kamis, 26 Desember 2019

Waktu : 09.00 WIB

**1. Proses Keperawatan**

**a. Kondisi Pasien**

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak berbicara dengan intonasi keras, mengepalkan tangan, kontak mata kurang, tampak meludahi pasien lain yang mengganggu.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

**c. Tujuan Diagnosa**

Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I.

**d. Tindakan Keperawatan**

- 7) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.
- 8) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I : tarik nafas dalam.
- 9) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

**2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

**e. Orientasi**

**1) Salam Terapeutik**

“Selamat pagi, Mas. Masih ingat dengan saya?, nama saya siapa mas?”

## 2) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini? Apakah masih ada perasaan kesal dan marah?”

## 3) Kontrak

**Topik** : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah Mas. Apakah Mas B setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan ngobrol? Bagaimana kalau di tempat duduk yang ada di tengah itu?”

**Waktu** : “Berapa lama kita akan ngobrol? Bagaimana kalau 20 menit? Apakah Mas setuju?”

## f. Kerja (Tindakan)

“Nah, kira-kira Mas mau nggak saya kasih tau cara mengurangi amarah Mas tapi tidak menimbulkan kerugian buat diri Mas dan orang lain? Jadi, cara mengontrol rasa marah itu ada 5 cara, yang pertama yaitu dengan tarik nafas dalam, yang kedua dengan cara memukul bantal / guling, yang ketiga dengan cara verbal, yang keempat dengan cara spiritual / berdoa, dan yang kelima dengan minum obat”.

“Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang pertama dulu yaitu dengan cara tarik nafas dalam?”.

“Nah, jadi saat Mas merasa tanda-tanda ingin marah itu muncul seperti jantung berdebar-debar, tangan mengepal, gigi mengatup kuat Mas langsung tarik nafas dalam sampai tanda-tanda keinginan marah itu hilang. Apakah bisa kita coba hari ini?”

“Iya, bagus sekali benar seperti itu”.

**g. Terminasi****a. Evaluasi Subjektif**

“Bagaimana perasaan Mas setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

**b. Evaluasi Objektif**

“Tadi kita sudah berbincang-bincang banyak ya Mas, Apakah Mas masih ingat tadi kita bicara tentang apa saja? Bisa Mas ulang kembali?”

**c. Rencana Tindak Lanjut**

“Mas, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam ke dalam jadwal kegiatan Mas sehari-hari? Jadi, kalau misalnya saya tidak ada, dan rasa ingin marah itu muncul, Mas langsung mempraktekkan tarik nafas dalam seperti tadi yang sudah kita pelajari bersama”.

**d. Kontrak yang Akan Datang**

**Topik** : “Baik Mas, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal/kasur. Bagaimana? Apakah Mas setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan bertemu? Bagaimana kalau di tempat ini?”

**Waktu** : “Jam berapa kita akan bertemu dan berapa lama kita mengobrol?” Bagaimana kalau jam 09.00 wib selama 30 menit? Apakah Mas setuju?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. B  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 2 (SP 1)

Hari / Tanggal : Jum'at, 27 Desember 2019

Waktu : 09.00 WIB

**1. Proses Keperawatan**

**a. Kondisi Pasien**

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak berbicara dengan intonasi keras, mengepalkan tangan, kontak mata kurang, tampak meludahi pasien lain yang mengganggu.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

**c. Tujuan Diagnosa**

Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I.

**d. Tindakan Keperawatan**

10) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.

11) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I : tarik nafas dalam.

12) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

**2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

**e. Orientasi**

**1) Salam Terapeutik**

“Selamat pagi, Mas. Masih ingat dengan saya?, nama saya siapa mas?”

## 2) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini? Apakah masih ada perasaan kesal dan marah?”

## 3) Kontrak

**Topik** : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah Mas. Apakah Mas B setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan ngobrol? Bagaimana kalau di tempat duduk yang ada di tengah itu?”

**Waktu** : “Berapa lama kita akan ngobrol? Bagaimana kalau 20 menit? Apakah Mas setuju?”

## f. Kerja (Tindakan)

“Nah, kira-kira Mas mau nggak saya kasih tau cara mengurangi amarah Mas tapi tidak menimbulkan kerugian buat diri Mas dan orang lain? Jadi, cara mengontrol rasa marah itu ada 5 cara, yang pertama yaitu dengan tarik nafas dalam, yang kedua dengan cara memukul bantal / guling, yang ketiga dengan cara verbal, yang keempat dengan cara spiritual / berdoa, dan yang kelima dengan minum obat”.

“Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang pertama dulu yaitu dengan cara tarik nafas dalam?”.

“Nah, jadi saat Mas merasa tanda-tanda ingin marah itu muncul seperti jantung berdebar-debar, tangan mengepal, gigi mengatup kuat Mas langsung tarik nafas dalam sampai tanda-tanda keinginan marah itu hilang. Apakah bisa kita coba hari ini?”

“Iya, bagus sekali benar seperti itu”.

**g. Terminasi****a. Evaluasi Subjektif**

“Bagaimana perasaan Mas setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

**b. Evaluasi Objektif**

“Tadi kita sudah berbincang-bincang banyak ya Mas, Apakah Mas masih ingat tadi kita bicara tentang apa saja? Bisa Mas ulang kembali?”

**c. Rencana Tindak Lanjut**

“Mas, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam ke dalam jadwal kegiatan Mas sehari-hari? Jadi, kalau misalnya saya tidak ada, dan rasa ingin marah itu muncul, Mas langsung mempraktekkan tarik nafas dalam seperti tadi yang sudah kita pelajari bersama”.

**d. Kontrak yang Akan Datang**

**Topik** : “Baik Mas, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal/kasur. Bagaimana? Apakah Mas setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan bertemu? Bagaimana kalau di tempat ini?”

**Waktu** : “Jam berapa kita akan bertemu dan berapa lama kita mengobrol?” Bagaimana kalau jam 09.00 wib selama 30 menit? Apakah Mas setuju?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. B  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 2 (SP 1)

Hari / Tanggal : Sabtu, 28 Desember 2019

Waktu : 09.00 WIB

**1. Proses Keperawatan**

**a. Kondisi Pasien**

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak berbicara dengan intonasi keras, mengepalkan tangan, kontak mata kurang, tampak meludahi pasien lain yang mengganggu.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

**c. Tujuan Diagnosa**

Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I.

**d. Tindakan Keperawatan**

13) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.

14) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I : tarik nafas dalam.

15) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

**2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

**e. Orientasi**

**1) Salam Terapeutik**

“Selamat pagi, Masih ingat dengan saya?, nama saya siapa mas?”

## 2) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini? Apakah masih ada perasaan kesal dan marah?”

## 3) Kontrak

**Topik** : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah Mas. Apakah Mas B setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan ngobrol? Bagaimana kalau di tempat duduk yang ada di tengah itu?”

**Waktu** : “Berapa lama kita akan ngobrol? Bagaimana kalau 20 menit? Apakah Mas setuju?”

## f. Kerja (Tindakan)

“Nah, kira-kira Mas mau nggak saya kasih tau cara mengurangi amarah Mas tapi tidak menimbulkan kerugian buat diri Mas dan orang lain? Jadi, cara mengontrol rasa marah itu ada 5 cara, yang pertama yaitu dengan tarik nafas dalam, yang kedua dengan cara memukul bantal / guling, yang ketiga dengan cara verbal, yang keempat dengan cara spiritual / berdoa, dan yang kelima dengan minum obat”.

“Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang pertama dulu yaitu dengan cara tarik nafas dalam?”.

“Nah, jadi saat Mas merasa tanda-tanda ingin marah itu muncul seperti jantung berdebar-debar, tangan mengepal, gigi mengatup kuat Mas langsung tarik nafas dalam sampai tanda-tanda keinginan marah itu hilang. Apakah bisa kita coba hari ini?”

“Iya, bagus sekali benar seperti itu”.



**g. Terminasi****a. Evaluasi Subjektif**

“Bagaimana perasaan Mas setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

**b. Evaluasi Objektif**

“Tadi kita sudah berbincang-bincang banyak ya Mas, Apakah Mas masih ingat tadi kita bicara tentang apa saja? Bisa Mas ulang kembali?”

**c. Rencana Tindak Lanjut**

“Mas, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam ke dalam jadwal kegiatan Mas sehari-hari? Jadi, kalau misalnya saya tidak ada, dan rasa ingin marah itu muncul, Mas langsung mempraktekkan tarik nafas dalam seperti tadi yang sudah kita pelajari bersama”.

**d. Kontrak yang Akan Datang**

**Topik** : “Baik Mas, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal/kasur. Bagaimana? Apakah Mas setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan bertemu? Bagaimana kalau di tempat ini?”

**Waktu** : “Jam berapa kita akan bertemu dan berapa lama kita mengobrol?” Bagaimana kalau jam 09.00 wib selama 30 menit? Apakah Mas setuju?”

**STRATEGI PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA TN. B  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN PERILAKU KEKERASAN**

Pertemuan : Ke 2 (SP 1)

Hari / Tanggal : Senin, 30 Desember 2019

Waktu : 09.00 WIB

**1. Proses Keperawatan**

**a. Kondisi Pasien**

Pada pasien dengan perilaku kekerasan, pasien tampak berbicara dengan intonasi keras, mengepalkan tangan, kontak mata kurang, tampak meludahi pasien lain yang mengganggu.

**b. Diagnosa Keperawatan**

Perilaku kekerasan

**c. Tujuan Diagnosa**

Mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik I.

**d. Tindakan Keperawatan**

16) Menyebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan.

17) Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I : tarik nafas dalam.

18) Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian

**2. Strategi Komunikasi Dalam Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**

**h. Orientasi**

**4) Salam Terapeutik**

“Selamat pagi, Mas. Masih ingat dengan saya?, nama saya siapa mas?”

## 5) Evaluasi Validasi

“Bagaimana perasaan Mas hari ini? Apakah masih ada perasaan kesal dan marah?”

## 6) Kontrak

**Topik** : “Baiklah sekarang kita akan berbincang-bincang tentang perasaan marah Mas. Apakah Mas B setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan ngobrol? Bagaimana kalau di tempat duduk yang ada di tengah itu?”

**Waktu** : “Berapa lama kita akan ngobrol? Bagaimana kalau 20 menit? Apakah Mas setuju?”

### i. Kerja (Tindakan)

“Nah, kira-kira Mas mau nggak saya kasih tau cara mengurangi amarah Mas tapi tidak menimbulkan kerugian buat diri Mas dan orang lain? Jadi, cara mengontrol rasa marah itu ada 5 cara, yang pertama yaitu dengan tarik nafas dalam, yang kedua dengan cara memukul bantal / guling, yang ketiga dengan cara verbal, yang keempat dengan cara spiritual / berdoa, dan yang kelima dengan minum obat”.

“Bagaimana kalau hari ini kita belajar cara mengontrol marah dengan cara yang pertama dulu yaitu dengan cara tarik nafas dalam?”.

“Nah, jadi saat Mas merasa tanda-tanda ingin marah itu muncul seperti jantung berdebar-debar, tangan mengepal, gigi mengatup kuat Mas langsung tarik nafas dalam sampai tanda-tanda keinginan marah itu hilang. Apakah bisa kita coba hari ini?”

“Iya, bagus sekali benar seperti itu”.

**j. Terminasi****a. Evaluasi Subjektif**

“Bagaimana perasaan Mas setelah kita berbincang-bincang hari ini?”

**b. Evaluasi Objektif**

“Tadi kita sudah berbincang-bincang banyak ya Mas, Apakah Mas masih ingat tadi kita bicara tentang apa saja? Bisa Mas ulang kembali?”

**c. Rencana Tindak Lanjut**

“Mas, bagaimana kalau kita masukkan latihan cara mengontrol marah dengan cara nafas dalam ke dalam jadwal kegiatan Mas sehari-hari? Jadi, kalau misalnya saya tidak ada, dan rasa ingin marah itu muncul, Mas langsung mempraktekkan tarik nafas dalam seperti tadi yang sudah kita pelajari bersama”.

**d. Kontrak yang Akan Datang**

**Topik** : “Baik Mas, untuk besok kita latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal/kasur. Bagaimana? Apakah Mas setuju?”

**Tempat** : “Dimana kita akan bertemu? Bagaimana kalau di tempat ini?”

**Waktu** : “Jam berapa kita akan bertemu dan berapa lama kita mengobrol?” Bagaimana kalau jam 09.00 wib selama 30 menit? Apakah Mas setuju?”

**ANALISA PROSES INTERAKSI**

Nama : Edwin Yuri Widjanarko

Mahasiswa : 23 Desember 2019

Tanggal : Pkl. 11.00 – 11.20 WIB (20 Menit)

Waktu : Ruang Wijaya Kusuma RSJ Povinsi Menur

Tempat : Tn.B

Inisial Klien : I (Fase Perkenalan)

Interaksi ke : Ruang Tunggu Tamu, bersebelahan dengan klien, suasana tenang

Lingkungan : Rambut panjang, berwarna hitam, penampilan rapi, pakaian tidak

Deskripsi : terbalik, wajah klien tampak tegang, cara berbicara klien dengan

pasien : intonasi yang keras, Kontak mata kurang, mudah tersinggung

: Klien dapat mengenal perawat namun belum bisa mengungkapkan

Tujuan : permasalahannya secara terbuka

komunikasi

<b><i>KOMUNIKASI VERBAL</i></b>	<b><i>KOMUNIKASI NON VERBAL</i></b>	<b><i>ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT</i></b>	<b><i>ANALISA BERPUSAT PADA KLIEN</i></b>	<b><i>RASIONAL</i></b>
P: Selamat siang Pak, boleh saya duduk di sebelah Bapak? Px: siang mas,	P: Memandang P dan tersenyum  Px: Ekpresi datar	P : Ingin membuka percakapan dengan klien dan berharap dengan sapaan sederhana Px bisa menerima kedatangan P. P merasa senang ada tanggapan atas salam	Px masih ragu terhadap orang baru yang masuk ke lingkungannya Px ragu terhadap orang baru	Salam merupakan kalimat pembuka untuk memulai suatu percakapan sehingga dapat terjalin rasa percaya.

		walaupun belum diekpresikan secara tulus		
P : Oh ya pak kita belum berkenalan, perkenalkan saya Edwin, saya mahasiswa praktek disini yang akan merawat bapak Px : oh iya	P : Memandang Px sambil mengulurkan tangan ke Px  Px : Menerima uluran tangan P	P merasa bahwa Px harus diberikan penjelasan tentang kedatangan P	Px masih memberikan tanggapan secara ragu-ragu	Memperkenalkan diri dapat menciptakan rasa percaya klien terhadap perawat
P : kalau saya boleh tau, nama Bapak siapa ?  Px : nama saya Bambang	P : Masih menjabat tangan pasien dan mendekatkan diri ke-Px Px : Menoleh dan menghadapkan badan kearah P	P ingin tahu nama pasien  P merasa pasien mau berkenalan dengan P	Px bersikap biasa  Px merasa perkenalan merupakan hal yang penting	Mengenal nama pasien akan memudahkan interaksi dengan pasien
P : Bapak lebih senang dipanggil siapa ?  K : Pak B saja	P : Memandang Px  Px : Melirik sebentar dan kemudian memalingkan muka	P ingin menjalin kedekatan dengan pasien  P senang karena respon Px senang	Px memilih panggilan yang disukainya  Px mulai tertarik dengan perkenalan dengan P	Nama panggilan merupakan nama akrab klien sehingga menciptakan rasa senang akan adanya pengakuan atas namanya
P : kalau begitu saya panggil Pak Bambang boleh ? Px : iya boleh	P : Memandang Px sambil tersenyum  Px : memperhatikan P	P mencoba mengakrabkan suasana  P merasa pertanyaan mendapatkan respon	Px berpikir sejenak, mengngingat nama yang disukainya  Px mulai merasa bahwa P datang untuk membantu K	Pujian berguna untuk mendekatkan perawat menjalin hubungan therapeutik dengan klien
P : Pak	P : Memandang	P masih berusaha	Px berpikir	Topik

Bambang asalnya asli mana ? Px : Gresik Bawean	Px  Px : Memandang ke bawah dan menjawab	membangun keakraban dengan topik sederhana  P senang karena Px memberi respon	dan mengingat- ingat  Px senang karena ingat daerah asalnya dan mencoba mengingat kejadian sebelumnya.	sederhana membantu menjalin kedekatan dengan klien
P: kalau boleh tau, di Bawean tinggal Bersama Siapa Pak ? Px: Sama orang tua	P: Memandang sambil tersenyum  Px: Memandang sebentar dan menjawab kemudian memalingkan wajah kembali	P mulai mengkaji data umum pasien  P senang Px mau menjawab	K berusaha mengingat tempat asalnya  Px membanyakan apa yang dia alami disana	Menstimulus ingatan pasien untuk menggali pengalaman masa lalu
P : Pak Bambang sekarang umurnya berapa? K : 35 tahun	P : Mendekatkan diri ke Px  Px : Menoleh ke arah P	P mengkaji daya ingat Px  P merasa arah pertanyaan sudah dapat dijawab jelas oleh Px	Px berusaha mengingat- ingat  Px menjawab sesuai dengan daya ingat yang dimilikinya	Umur mempengaruh hi daya ingat klien
P : Pak Bambang masih ingat kenapa dibawa kesini? Px : Tidak tau lah mbak, Gpp	P : Menunjukkan keseriusan  Px : Pandangan mata ke sebelah P sambil menunduk	P berhati-hati karena pertanyaan tsb sangat spesifik dan takut menyinggung pasien	Px mengingat- ingat  Px menjawab dengan ekspresi malas	Keluhan utama merupakan dasar pasien dirawat di RS Jiwa
P: Sebelumnya bapak pernah	P : Menatap Px dengan ekspresi tertarik	P Mengkaji lebih dalam pada riwayat	Px mengingat- ingat	Riwayat pengobatan sebelumnya

dirawat disini ? K: Tidak pernah	Px : Menyimak P	pengobatan dahulu  P menentukan keberhasilan pengobatan sebelumnya	Px menjawab pertanyaan sambil tersenyum	dapat menentukan keparahan keluhan ke dua.
P : apakah bapak pernah marah atau ngomel ketika dirumah ? K : Pernah	P : Menatap K  Px: pandangan mata kearah lain	P berusaha mengkaji data lebih dalam terkait alasan masuk pasien  P menemukan adanya kemungkinan resiko perilaku kekerasan	Px ekspresi datar dan pandangan kearah lain  K sepertinya kesal dan ada yang disembunyikan	Perilaku kekerasan muncul karena adanya rasa kesal pada diri sendiri atau lingkungan
P : lalu apa alasan bapak dibawa kesini? Px : Saya itu mau menghadap kapolres gresik tetapi dihalangi	P : Memerhatikan K sambil tersenyum Px : Memandang kearah lain	P berusaha mengkaji data penunjang dan menjaga emosi Px dengan mengalihkan topik sementara P menemukan adanya kemungkinan perilaku kekerasan	Px tdak memerhatikan P	HDR kemungkinan terjadi karena ideal diri dan harga diri klien yang minder belum menikah hingga sekarang
P : Pak Bambang, apakah bapak sering mendengar atau pernah mendengar suara suara yang menyuruh untuk untuk marah? Px : Tidak pernah, saya cuman sangat benci saja	P : Memerhatikan Px dengan serius  Px : memandang kearah lain	P berusaha mengkaji adanya tanda halusinasi  P merasa belum yakin dengan jawaban pasien	Px berusaha mengingat ingat  Px menjawab dengan apa yang ia alami	Halusinasi dapat terjadi kapan saja karena adanya stimulus tertentu
P : apakah bapak pernah	P : Memerhatikan	P berusaha mengkaji alasan	Px mencoba mengingat	



bertengkar dengan orang lain? Px : pernah	Px : Menunduk	masuk RS  P menemukan stressor yang dialami Px	Px berekspresi bingung	
P : kira kira bapak mengingat masih ingat tidak kenapa bapak bertengkar dengan orang tersebut K : gara gara saya dituduh masuk jalur salah, terus saya bawaannya ingin marah aja keinget temen saya yang berbuat curang	P : Memperhatikan Px serius  K : Mendengarkan sambil melihat P sesekali	P mencoba menggali alasan mengapa bertengkar dengan penghulu dan petugas KUA	Px mencoba mengingat  Px masih tidak terbuka	Mengkaji alasan px sering marah-marah.
P : Baiklah pak hari ini cukup dulu ya pak, besok kita ngobrol lagi boleh ? Px : iya mas	P : Memandang Px  Px : Menoleh P	P kontrak topik pertemuan selanjutnya  P akan mulai kontrak waktu	Px menerima ajakan P  Px menjawab dengan tenang	Kontrak pertemuan selanjutnya membuat Px memiliki tanggung jawab
P : Besok kita bertemu lagi jam berapa Pak ? bagaimana kalau jam 10, di ruang tunggu ini? Px : disini aja mas, ada anginnya jadi tidak panas mas	P : Memandang px  Px : Menunduk	P kontrak waktu dan tempat  P merasa senang Px mau bertemu kembali	Px senang diajak berbincang dan bercerita tentang apa yang dialaminya  Px merasa nyaman ngobrol di meja makan	Kontrak pertemuan selanjutnya membuat Px memiliki tanggung jawab
P : Terimakasih	P : mengulurkan jabat tangan	P menutup pertemuan ke I	Px menunjukka	Salam penutup

<p>atas kesediaan Pak Bambang ngobrol dengan saya hari ini, sekarang bapak boleh kembali ketempat tidurnya pak Px : iyaa mbak terimakasih kembali</p>	<p>Px : Menoleh, menjabat tangan P  Px : Tersenyum dan mengangguk P : Tersenyum</p>	<p>P senang karena Px mau berinteraksi dengan P</p>	<p>n rasa percaya pada P  K menyambut salam P</p>	<p>merupakan akhir fase yang harus dilakukan untuk mencegah tidak percaya pada klien</p>
---	---	---	---	--

### ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Inisial pasien : Tn. B

Status interaksi perawat pasien : SP 1 - SPTK 2

Lingkungan : Pasien duduk di meja makan Ruang Wijaya Kusuma

Deskripsipasien : Pasien tampak rapi, baju rapi, rambut rapi.

Tujuan (Berorientasi pada pasien) : 1. Setelah intervensi keperawatan K dan P dapat membina hubungan saling percaya  
2. Kontrak waktu untuk bercakap-cakap  
3. Mengajarkan SP 1

Tanggal : 24 Desember 2019

Jam : 09.00 WIB

Ruang : Ruang Wijaya Kusuma

<b>KOMUNIKASI VERBAL</b>	<b>KOMUNIKASI NON VERBAL</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA PASIEN</b>	<b>RASIONAL</b>
<p>P : “Selamat pagi mas, bagaimana perasaannya hari ini?”</p> <p>K : “Pagi, baik mas bro”</p>	<p>P : perawat tersenyum menatap, bicara dengan nada ceria dan ramah sambil menjabat tangan.</p> <p>K : pasien membalas senyuman dan menjabat</p>	Ingin membina hubungan saling percaya	Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat	Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang
<p>P : “Apakah Mas masih ingat</p>	<p>P : bicara perlahan sambil</p>	Ingin mengetahui apakah pasien	Pasien terlihat senang dan menerima	Dengan mengingatkan kembali,

<p>dengan saya?” K : “Iya ingat mas”</p>	<p>tersenyum K : pasien menjawab sambil tersenyum</p>	<p>bisa mengingat dengan baik</p>	<p>kehadiran perawat</p>	<p>mampu membina hubungan saling percaya.</p>
<p>P : “bila Mas tidak keberatan, boleh kah saya ngobrol-ngobrol dengan Mas sebentar ? sekitar 20 menit saja.” K : “boleh (sambil mengganggu kepala)”.</p>	<p>P : tetap tersenyum, mempertahankan kontak mata dengan K, berbicara dengan nada pelan dan ramah. K : mengganggu kepala</p>	<p>Berharap K mau untuk diajak berbincang-bincang</p>	<p>K tampak mau diajak berbincang-bincang</p>	<p>Melakukan kontrak waktu dengan pasien, mampu meningkatkan hubungan saling percaya.</p>
<p>P :Mas B, enak nya kita ngobrol-ngobrol dimana ya?” K : “di meja makan aja mas,”</p>	<p>P :bertanya dengan lembut dan mempertahankan kontak mata. K : berbicara dengan nada suara pelan, kontak mata baik</p>	<p>Berharap K mau untuk diajak berinteraksi.</p>	<p>Menjawab dengan singkat.</p>	<p>Kontrak tempat di perlukan untuk mendapatkan tempat yang nyaman bagi pasien agar dapat berbincang-bincang.</p>
<p>P :“Mas, kemarin kita belum sempat belajar tentang cara mengontrol marah, nah bagaimana kalo hari</p>	<p>P : sikap terbuka, mempertahankan kontak mata dan tersenyum pada pasien</p>	<p>Mencoba menjelaskan tujuan dari pertemuan ini</p>	<p>K tampak sangat kooperatif, kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.</p>	<p>Dengan menjelaskan tujuan berbincang-bincang, di harapkan pasien mengerti dan mau berinteraksi dengan perawat.</p>

<p>ini kita belajar cara mengontrol marah? Apakah Mas mau?" K : "Iya Mas, saya mau".</p>	<p>K : kontak mata cukup</p>			
<p>P : "Nah, jadi cara mengontrol marah itu ada 5 mas. Yang pertama itu dengan cara fisik I yaitu dengan tarik nafas dalam. Kedua, dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal / kasur, ketiga dengan cara verbal, keempat dengan cara spiritual dan yang kelima dengan cara minum obat. Bagaimana kalo hari ini kita</p>	<p>P : memandang K dengan ramah dan tersenyum.</p>	<p>P sangat senang melihat antusias K untuk belajar cara mengontrol PK dan mendapatkan <i>feedback</i> yang baik dari K.</p>	<p>K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias dan menerima kedatangan perawat dengan terbuka</p>	<p>Cara mengontrol PK dengan cara yang positif dapat mengurangi dampak negative pada pasien dan lingkungan sekitar.</p>

<p>belajar dengan cara yang pertama? K : “Iya boleh mas”</p>	<p>K : K memandang perawat, kontak mata baik, menyimak dan mendengarkan dengan antusias.</p>			
<p>P : “Jadi, kalo Mas pengen marah mas bisa mencoba dengan cara yang pertama yaitu tarik nafas dalam. Caranya mas tarik nafas dalam melalui hidung kemudian tahan sejenak lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut. Mari kita coba lakukan bersama” K : “Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar</p>	<p>P : menatap wajah K sambil mempraktekkan tarik nafas dalam  K : kontak mata baik, K mau mengikuti P mempraktekkan tarik</p>	<p>P mengajarkan cara mempraktekkan tarik nafas dalam. P merasa senang karena K mau mengikuti arahan P.</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Tarik nafas dalam dapat membuat perasaan pasien merasa tenang dan lebih rileks sehingga dapat mengurangi emosi pasien.</p>

terus dikeluarkan lewat hidung”.	nafas dalam			
<p>P : “Nah, bagus sekali. Jadi seperti itu caranya. Bagaimana kalau kita masukkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam ini ke dalam kegiatan harian mas? Jadi, kalo mas merasa pengen marah mas bisa melakukannya secara mandiri. Apakah mas setuju?”</p> <p>K : “Iya mas</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata baik, K menganggukkan kepala sebagai tanda setuju memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	Perawat merasa senang karena pasien sangat kooperatif dan mau mengikuti arahan perawat	K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P	Membuat jadwal kegiatan harian dapat membantu pasien mengontrol marah dalam kegiatan sehari-hari
<p>P : “Nah, tidak terasa sudah 20 menit.</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara</p>	Ingin mengetahui apakah pasien bisa	Pasien mampu menjawab pertanyaan perawat dengan baik	Mengevaluasi pasien apakah sudah

<p>Bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang hari ini? Mas masih ingat kita belajar apa aja hari ini?"</p> <p>K : "Saya merasa terkadang saya gak bisa mengendalikan emosi mas"</p>	<p>perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata cukup, K mulai memandang P, K menjawab pertanyaan P dengan benar</p>	<p>menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>dan merasa senang setelah berbincang-bincang</p>	<p>mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "Apakah mas masih ingat bagaimana cara tarik nafas dalam yang sudah saya ajarkan tadi?"</p> <p>K : "Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti"</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien lupa</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "baik Mas, sampai disini dulu ngobrol-ngobrolnya. Besok kita ketemu lagi ya? Kita belajar lagi cara tarik nafas dalam</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p>	<p>Perawat senang karena pasien mau menyepakati kontrak berikutnya</p>	<p>Pasien sangat kooperatif dan mau berinteraksi dengan perawat</p>	<p>Kontrak yang jelasakan membuat pasien semakin percaya pada perawat.</p>



ketika sedang marah K : “iya, jam 09.00. Di sini aja mas”  P: “Baik Mas, terima kasih untuk waktu nya. silakan melanjutkan aktivitas nya, selamat pagi.” K : “pagi bro”	K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata  P : Perawat mengakhiri obrolan dan menjabat tangan pasien  K : Menjabat tangan perawat			
---	---	--	--	--

Kesan perawat : Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan baik dengan pasien namun tetap harus dipertahankan agar memudahkan komunikasi terapeutik. Pasien nampak antusias dalam melakukan cara fisik pertama untuk mengontrol emosi nya dengan cara tarik nafas dalam. Namun pasien tampak dengan emosi yang belum stabil dan perlu diberlakukan sp I lagi.

### ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Inisial pasien : Tn. B

Status interaksi perawat pasien : SP 1 - SPTK 2

Lingkungan : Pasien duduk di meja makan Ruang Wijaya Kusuma

Deskripsipasien : Pasien tampak rapi, baju rapi, rambut rapi.

Tujuan (Berorientasi pada pasien) : 1. Setelah intervensi keperawatan K dan P dapat membina hubungan saling percaya  
2. Kontrak waktu untuk bercakap-cakap  
3. Mengajarkan SP 1

Tanggal : 25 Desember 2019

Jam : 09.00 WIB

Ruang : Ruang Wijaya Kusuma

<b>KOMUNIKASI VERBAL</b>	<b>KOMUNIKASI NON VERBAL</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA PASIEN</b>	<b>RASIONAL</b>
<p>P : “Selamat pagi mas, bagaimana perasaannya hari ini?”</p> <p>K : “Pagi, baik mas bro”</p>	<p>P : perawat tersenyum menatap, bicara dengan nada ceria dan ramah sambil menjabat tangan.</p> <p>K : pasien membalas senyuman dan menjabat</p>	Ingin membina hubungan saling percaya	Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat	Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang
<p>P : “Apakah Mas masih ingat</p>	<p>P : bicara perlahan sambil</p>	Ingin mengetahui apakah pasien	Pasien terlihat senang dan menerima	Dengan mengingatkan kembali,

<p>dengan saya?” K : “Iya ingat mas”</p>	<p>tersenyum K : pasien menjawab sambil tersenyum</p>	<p>bisa mengingat dengan baik</p>	<p>kehadiran perawat</p>	<p>mampu membina hubungan saling percaya.</p>
<p>P : “bila Mas tidak keberatan, boleh kah saya ngobrol-ngobrol dengan Mas sebentar ? sekitar 20 menit saja.” K : “boleh (sambil mengganggu kepala)”.</p>	<p>P : tetap tersenyum, mempertahankan kontak mata dengan K, berbicara dengan nada pelan dan ramah. K : mengganggu kepala</p>	<p>Berharap K mau untuk diajak berbincang-bincang</p>	<p>K tampak mau diajak berbincang-bincang</p>	<p>Melakukan kontrak waktu dengan pasien, mampu meningkatkan hubungan saling percaya.</p>
<p>P : Mas B, enak nya kita ngobrol-ngobrol dimana ya?” K : “di meja makan aja mas,”</p>	<p>P : bertanya dengan lembut dan mempertahankan kontak mata. K : berbicara dengan nada suara pelan, kontak mata baik</p>	<p>Berharap K mau untuk diajak berinteraksi.</p>	<p>Menjawab dengan singkat.</p>	<p>Kontrak tempat di perlukan untuk mendapatkan tempat yang nyaman bagi pasien agar dapat berbincang-bincang.</p>
<p>P : “Mas, kemarin kita belum sempat belajar tentang cara mengontrol marah, nah bagaimana kalo hari</p>	<p>P : sikap terbuka, mempertahankan kontak mata dan tersenyum pada pasien</p>	<p>Mencoba menjelaskan tujuan dari pertemuan ini</p>	<p>K tampak sangat kooperatif, kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.</p>	<p>Dengan menjelaskan tujuan berbincang-bincang, di harapkan pasien mengerti dan mau berinteraksi dengan perawat.</p>

<p>ini kita belajar cara mengontrol marah? Apakah Mas mau?" K : "Iya Mas, saya mau".</p>	<p>K : kontak mata cukup</p>			
<p>P : "Nah, jadi cara mengontrol marah itu ada 5 mas. Yang pertama itu dengan cara fisik I yaitu dengan tarik nafas dalam. Kedua, dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal / kasur, ketiga dengan cara verbal, keempat dengan cara spiritual dan yang kelima dengan cara minum obat. Bagaimana kalo hari ini kita</p>	<p>P : memandang K dengan ramah dan tersenyum.</p>	<p>P sangat senang melihat antusias K untuk belajar cara mengontrol PK dan mendapatkan <i>feedback</i> yang baik dari K.</p>	<p>K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias dan menerima kedatangan perawat dengan terbuka</p>	<p>Cara mengontrol PK dengan cara yang positif dapat mengurangi dampak negative pada pasien dan lingkungan sekitar.</p>

<p>belajar dengan cara yang pertama? K : “Iya boleh mas”</p>	<p>K : K memandang perawat, kontak mata baik, menyimak dan mendengarkan dengan antusias.</p>			
<p>P : “Jadi, kalo Mas pengen marah mas bisa mencoba dengan cara yang pertama yaitu tarik nafas dalam. Caranya mas tarik nafas dalam melalui hidung kemudian tahan sejenak lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut. Mari kita coba lakukan bersama” K : “Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar</p>	<p>P : menatap wajah K sambil mempraktekkan tarik nafas dalam  K : kontak mata baik, K mau mengikuti P mempraktekkan tarik</p>	<p>P mengajarkan cara mempraktekkan tarik nafas dalam. P merasa senang karena K mau mengikuti arahan P.</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Tarik nafas dalam dapat membuat perasaan pasien merasa tenang dan lebih rileks sehingga dapat mengurangi emosi pasien.</p>

terus dikeluarkan lewat hidung”.	nafas dalam			
<p>P : “Nah, bagus sekali. Jadi seperti itu caranya. Bagaimana kalau kita masukkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam ini ke dalam kegiatan harian mas? Jadi, kalo mas merasa pengen marah mas bisa melakukannya secara mandiri. Apakah mas setuju?”</p> <p>K : “Iya mas</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata baik, K menganggukkan kepala sebagai tanda setuju memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	Perawat merasa senang karena pasien sangat kooperatif dan mau mengikuti arahan perawat	K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P	Membuat jadwal kegiatan harian dapat membantu pasien mengontrol marah dalam kegiatan sehari-hari
<p>P : “Nah, tidak terasa sudah 20 menit.</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara</p>	Ingin mengetahui apakah pasien bisa	Pasien mampu menjawab pertanyaan perawat dengan baik	Mengevaluasi pasien apakah sudah

<p>Bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang hari ini? Mas masih ingat kita belajar apa aja hari ini?"</p> <p>K : "Saya merasa terkadang saya gak bisa mengendalikan emosi mas"</p>	<p>perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata cukup, K mulai memandang P, K menjawab pertanyaan P dengan benar</p>	<p>menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>dan merasa senang setelah berbincang-bincang</p>	<p>mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "Apakah mas masih ingat bagaimana cara tarik nafas dalam yang sudah saya ajarkan tadi?"</p> <p>K : "Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti"</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien lupa</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "baik Mas, sampai disini dulu ngobrol-ngobrolnya. Besok kita ketemu lagi ya? Kita belajar lagi cara tarik nafas dalam</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p>	<p>Perawat senang karena pasien mau menyepakati kontrak berikutnya</p>	<p>Pasien sangat kooperatif dan mau berinteraksi dengan perawat</p>	<p>Kontrak yang jelasakan membuat pasien semakin percaya pada perawat.</p>

ketika sedang marah K : “iya, jam 09.00. Di sini aja mas”  P: “Baik Mas, terima kasih untuk waktu nya. silakan melanjutka n aktivitas nya, selamat pagi.” K : “pagi bro”	K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata  P : Perawat mengakhiri obrolan dan menjabat tangan pasien  K : Menjabat tangan perawat			
--	--	--	--	--

Kesan perawat : Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan baik dengan pasien namun tetap harus dipertahankan agar memudahkan komunikasi terapeutik. Pasien nampak antusias dalam melakukan cara fisik pertama untuk mengontrol emosi nya dengan cara tarik nafas dalam. Namun pasien tampak dengan emosi yang belum stabil dan perlu diberlakukan sp I lagi.



### ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Inisial pasien : Tn. B

Status interaksi perawat pasien : SP 1 - SPTK 2

Lingkungan : Pasien terfiksasi di kasur Ruang Wijaya Kusuma

Deskripsipasien : Pasien kotor, dengan kondisi terfiksasi.

Tujuan (Berorientasi pada pasien) : 1. Setelah intervensi keperawatan K dan P dapat membina hubungan saling percaya  
2. Kontrak waktu untuk bercakap-cakap  
3. Mengajarkan SP 1

Tanggal : 26 Desember 2019

Jam : 09.00 WIB

Ruang : Ruang Wijaya Kusuma

<b>KOMUNIKASI VERBAL</b>	<b>KOMUNIKASI NON VERBAL</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT</b>	<b>ANALISA BERPUSAT PADA PASIEN</b>	<b>RASIONAL</b>
P : “Selamat pagi mas, bagaimana perasaannya hari ini?”  K : “Pagi, baik mas bro”	P : perawat tersenyum menatap, bicara dengan nada ceria dan ramah  K : pasien membalas senyuman namun dengan kondisi mata dan wajah merah	Ingin membina hubungan saling percaya	Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat	Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang
P : “Apakah Mas masih	P : bicara perlahan	Ingin mengetahui	Pasien terlihat senang dan	Dengan mengingat

ingat dengan saya?" K : "Iya ingat mas"	sambil tersenyum K : pasien menjawab dengan menatap tajam	apakah pasien bisa mengingat dengan baik	menerima kehadiran perawat	an kembali, mampu membina hubungan saling percaya.
P : "bila Mas tidak keberatan, boleh kah saya ngobrol-ngobrol dengan Mas sebentar ? sekitar 20 menit saja." K : "boleh (sambil mengangguk kepala)".	P : tetap tersenyum, mempertahankan kontak mata dengan K, berbicara dengan nada pelan dan ramah. K : mengganggu kepala	Berharap K mau untuk diajak berbincang-bincang	K tampak mau diajak berbincang-bincang	Melakukan kontrak waktu dengan pasien, mampu meningkatkan hubungan saling percaya.
P : Mas B, enak nya kita ngobrol-ngobrol sekarang ya? K : "oke mas"	P : bertanya dengan lembut dan mempertahankan kontak mata. K : berbicara dengan nada suara tinggi	Berharap K mau untuk diajak berinteraksi.	Menjawab dengan singkat dengan anda tinggi	Kontrak tempat di perlukan untuk mendapatkan tempat yang nyaman bagi pasien agar dapat berbincang-bincang.
P : "Mas, kemarin kita sudah sempat belajar tentang cara mengontrol marah, nah bagaimana	P : sikap terbuka, mempertahankan kontak mata dan tersenyum pada pasien	Mencoba menjelaskan tujuan dari pertemuan ini	K tampak sangat kooperatif, kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.	Dengan menjelaskan tujuan berbincang-bincang, di harapkan pasien mengerti dan mau berinteraksi dengan

<p>kalo hari ini kita belajar cara mengontrol marah lagi? Apakah Mas mau?" K : "Iya Mas, saya mau".</p>	<p>K : kontak mata cukup</p>			<p>perawat.</p>
<p>P : "Nah, jadi cara mengontrol marah itu ada 5 mas. Yang pertama itu dengan cara fisik I yaitu dengan tarik nafas dalam. Kedua, dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal / kasur, ketiga dengan cara verbal, keempat dengan cara spiritual dan yang kelima dengan cara minum obat. Bagaimana kalo hari ini</p>	<p>P : memandang K dengan ramah dan tersenyum.</p>	<p>P sangat senang melihat antusias K untuk belajar cara mengontrol PK dan mendapatkan <i>feedback</i> yang baik dari K.</p>	<p>K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias dan menerima kedatangan perawat dengan terbuka</p>	<p>Cara mengontrol PK dengan cara yang positif dapat mengurangi dampak negative pada pasien dan lingkungan sekitar.</p>

<p>kita belajar dengan cara yang pertama? K : “Iya boleh mas”</p>	<p>K : K memandang perawat, kontak mata baik, menyimak dan mendengarkan, namun tangan seolah mengepal</p>			
<p>P : “Jadi, kalo Mas pengen marah mas bisa mencoba dengan cara yang pertama yaitu tarik nafas dalam. Caranya mas tarik nafas dalam melalui hidung kemudian tahan sejenak lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut. Mari kita coba lakukan bersama” K : “Iya mas. Jadi begini caranya</p>	<p>P : menatap wajah K sambil mempraktekkan tarik nafas dalam  K : kontak mata baik, K mau</p>	<p>P mengajarkan cara mempraktekkan tarik nafas dalam. P merasa senang karena K mau mengikuti arahan P.</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Tarik nafas dalam dapat membuat perasaan pasien merasa tenang dan lebih rileks sehingga dapat mengurangi emosi pasien.</p>

tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan lewat hidung”.	mengikuti P mempraktekkan tarik nafas dalam			
<p>P : “Nah, bagus sekali. Jadi seperti itu caranya. Bagaimana kalau kita masukkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam ini ke dalam kegiatan harian mas? Jadi, kalo mas merasa pengen marah mas bisa melakukan nya secara mandiri. Apakah mas setuju?”</p> <p>K : “Iya mas</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata baik, K mengganggu kepala sebagai tanda setuju memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	Perawat merasa senang karena pasien sangat kooperatif dan mau mengikuti arahan perawat	K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P	Membuat jadwal kegiatan harian dapat membantu pasien mengontrol marah dalam kegiatan sehari-hari
P : “Nah, tidak	P : menatap	Ingin	Pasien mampu	Mengevalua

<p>terasa sudah 20 menit. Bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang hari ini? Mas masih ingat kita belajar apa aja hari ini?"</p> <p>K : "Saya merasa terkadang saya gak bisa mengendalikan emosi mas, ini aja saya di iket lagi mas"</p>	<p>wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata cukup, K mulai memandang P, K menjawab pertanyaan P dengan benar</p>	<p>mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>menjawab pertanyaan perawat dengan baik dan merasa senang setelah berbincang-bincang</p>	<p>si pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "Apakah mas masih ingat bagaimana cara tarik nafas dalam yang sudah saya ajarkan tadi?"</p> <p>K : "Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti"</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : menjawab dengan nada tinggi</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien lupa</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "baik Mas, sampai disini dulu ngobrol-ngobrolnya. Besok kita ketemu lagi"</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak</p>	<p>Perawat senang karena pasien mau menyetujui kontrak berikutnya</p>	<p>Pasien sangat kooperatif namun dalam keadaan mood labil</p>	<p>Kontrak yang jelasakan membuat pasien semakin percaya</p>

<p>ya? Kita belajar lagi cara tarik nafas dalam ketika sedang marah</p> <p>K : “iya, jam 09.00 mmas”</p> <p>P: “Baik Mas, terima kasih untuk waktu nya. silakan melanjutkan aktivitas nya, selamat pagi.”</p> <p>K : “pagi !”</p>	<p>mata.</p> <p>K : menjawab dengan nada tinggi</p> <p>P : Perawat mengakhiri obrolan dan menjabat tangan pasien</p> <p>K : Menjabat tangan perawat</p>			<p>pada perawat.</p>
---	---	--	--	----------------------

Kesan perawat : Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan baik dengan pasien namun tetap harus dipertahankan agar memudahkan komunikasi terapeutik. Pasien nampak antusias dalam melakukan cara fisik pertama untuk mengontrol emosi nya dengan cara tarik nafas dalam. Namun pasien tampak dengan emosi yang belum stabil dan perlu diberlakukan sp I lagi.

### ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Inisial pasien : Tn. B

Status interaksi perawat pasien : SP 1 - SPTK 2

Lingkungan : Pasien terfiksasi

Deskripsipasien : Pasien tampak kotor bau pesing

Tujuan (Berorientasi pada pasien) : 1. Setelah intervensi keperawatan K dan P dapat membina hubungan saling percaya

2. Kontrak waktu untuk bercakap-cakap

3. Mengajarkan SP 1

Tanggal : 27 Desember 2019

Jam : 09.00 WIB

Ruang : Ruang Wijaya Kusuma

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA PASIEN	RASIONAL
<p>P : “Selamat pagi mas, bagaimana perasaannya hari ini?”</p> <p>K : “Pagi, baik mas bro”</p>	<p>P : perawat tersenyum menatap, bicara dengan nada ceria dan ramah sambil menjabat tangan.</p> <p>K : pasien membalas senyuman namun dengan wajah memerah</p>	Ingin membina hubungan saling percaya	Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat	Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang
<p>P : “Apakah Mas masih ingat</p>	<p>P : bicara perlahan sambil</p>	Ingin mengetahui apakah pasien	Pasien terlihat senang dan menerima	Dengan mengingatkan kembali,



<p>dengan saya?” K : “Iya ingat mas”</p>	<p>tersenyum K : pasien menjawab dengan membentak dan berbicara kotor</p>	<p>bisa mengingat dengan baik</p>	<p>kehadiran perawat</p>	<p>mampu membina hubungan saling percaya.</p>
<p>P : “bila Mas tidak keberatan, boleh kah saya ngobrol-ngobrol dengan Mas sebentar ? sekitar 20 menit saja.” K : “boleh (sambil mengganggu kepala)”.</p>	<p>P : tetap tersenyum, mempertahankan kontak mata dengan K, berbicara dengan nada pelan dan ramah. K : mengganggu kepala</p>	<p>Berharap K mau untuk diajak berbincang-bincang</p>	<p>K tampak mau diajak berbincang-bincang</p>	<p>Melakukan kontrak waktu dengan pasien, mampu meningkatkan hubungan saling percaya.</p>
<p>P :Mas B, enak nya kita ngobrol-ngobrol sekarang ya? K : “iya mas tapi boleh dilepas gak iketannya?  P : “ jangan dulu mas, nunggu arahan dokter ya”</p>	<p>P :bertanya dengan lembut dan mempertahankan kontak mata. K : berbicara dengan nada suara tinggi, kontak mata sedikit kurang</p>	<p>Berharap K mau untuk diajak berinteraksi.</p>	<p>Menjawab dengan singkat.</p>	<p>Kontrak tempat di perlukan untuk mendapatkan tempat yang nyaman bagi pasien agar dapat berbincang-bincang.</p>
<p>P :“Mas, kemarin sempat</p>	<p>P : sikap terbuka, mempertahankan</p>	<p>Mencoba menjelaskan tujuan dari</p>	<p>K tampak sangat kooperatif,</p>	<p>Dengan menjelaskan tujuan</p>

<p>belajar tentang cara mengontrol marah, nah bagaimana kalo hari ini kita belajar cara mengontrol marah? Apakah Mas mau?"</p> <p>K : "Iya Mas, saya mau".</p>	<p>ankan kontak mata dan tersenyum pada pasien</p> <p>K : kontak mata cukup</p>	<p>pertemuan ini</p>	<p>kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.</p>	<p>berbincang-bincang, di harapkan pasien mengerti dan mau berinteraksi dengan perawat.</p>
<p>P : "Nah, jadi cara mengontrol marah itu ada 5 mas. Yang pertama itu dengan cara fisik I yaitu dengan tarik nafas dalam. Kedua, dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal / kasur, ketiga dengan cara verbal, keempat dengan cara spiritual dan yang kelima dengan</p>	<p>P : memandang K dengan ramah dan tersenyum.</p>	<p>P sangat senang melihat antusias K untuk belajar cara mengontrol PK dan mendapatkan <i>feedback</i> yang baik dari K.</p>	<p>K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias dan menerima kedatangan perawat dengan terbuka</p>	<p>Cara mengontrol PK dengan cara yang positif dapat mengurangi dampak negative pada pasien dan lingkungan sekitar.</p>

<p>cara minum obat. Bagaimana kalo hari ini kita belajar dengan cara yang pertama lagi ya mas biar masnya bisa mengontrol marah yaa?</p> <p>K : “Iya mas”</p>	<p>K : K memandangi perawat, kontak cukup dengan wajah merah.</p>			
<p>P : “Jadi, kalo Mas pengen marah mas bisa mencoba dengan cara yang pertama yaitu tarik nafas dalam. Caranya mas tarik nafas dalam melalui hidung kemudian tahan sejenak lalu hembuskan secara</p>	<p>P : menatap wajah K sambil mempraktekkan tarik nafas dalam</p>	<p>P mengajarkan cara mempraktekkan tarik nafas dalam. P merasa senang karena K mau mengikuti arahan P.</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Tarik nafas dalam dapat membuat perasaan pasien merasa tenang dan lebih rileks sehingga dapat mengurangi emosi pasien.</p>

<p>perlahan melalui mulut. Mari kita coba lakukan bersama”</p> <p>K : “Iya Mas. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan lewat hidung”.</p>	<p>K : kontak mata baik, K mau mengikuti P mempraktekkan tarik nafas dalam</p>			
<p>P : “Nah, bagus sekali. Jadi seperti itu caranya. Bagaimana kalau kita masukkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam ini ke dalam kegiatan harian mas? Jadi, kalo mas merasa pengen marah mas bisa melakukannya secara mandiri. Apakah mas setuju?”</p> <p>K : “Iya mas</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata baik, K mengganggu</p>	<p>Perawat merasa senang karena pasien sangat kooperatif dan mau mengikuti arahan perawat</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Membuat jadwal kegiatan harian dapat membantu pasien mengontrol marah dalam kegiatan sehari-hari</p>

	<p>kan kepala sebagai tanda setuju memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>			
<p>P : “Nah, tidak terasa sudah 20 menit. Bagaimana perasaan mas setelah kita berbincang-bincang hari ini? Mas masih ingat kita belajar apa aja hari ini?”</p> <p>K : “Saya merasa terkadang saya gak bisa mengendalikan emosi mas</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata cukup, K mulai memandang P, K menjawab pertanyaan P dengan benar</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien mampu menjawab pertanyaan perawat dengan baik dan merasa senang setelah berbincang-bincang</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : “Apakah mas masih ingat bagaimana cara tarik nafas dalam yang sudah saya ajarkan tadi?”</p> <p>K : “Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : menjawab dengan nada tinggi dan sedikit mengeluarkan</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien lupa</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>

nanti	an kata kotor			
<p>P : “baik Mas, sampai disini dulu ngobrol-ngobrolnya. Besok kita ketemu lagi ya? Kita belajar lagi cara tarik nafas dalam ketika sedang marah</p> <p>K : “iya, jam 09.00. Di sini aja mas”</p> <p>P: “Baik Mas, terima kasih untuk waktunya. silakan melanjutkan aktivitasnya, selamat pagi.”</p> <p>K : “pagi bro”</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata</p> <p>P : Perawat mengakhiri obrolan</p> <p>K : pasien senyum</p>	<p>Perawat senang karena pasien mau menyepakati kontrak berikutnya</p>	<p>Pasien sangat kooperatif dan mau berinteraksi dengan perawat</p>	<p>Kontrak yang jelasakan membuat pasien semakin percaya pada perawat.</p>

Kesan perawat : Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan baik dengan pasien namun tetap harus dipertahankan agar memudahkan komunikasi terapeutik. Pasien nampak antusias dalam melakukan cara fisik pertama untuk mengontrol emosinya dengan cara tarik nafas dalam. Namun pasien tampak dengan emosi yang belum stabil dan perlu diberlakukan SPI lagi.

### ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Inisial pasien	: Tn. B
Status interaksi perawat pasien	: SP 1 - SPTK 2
Lingkungan	: Pasien terfiksasi di tempat tidur
Deskripsi pasien	: Pasien tampak tidak rapi, dalam keadaan terfiksasi
Tujuan (Berorientasi pada pasien)	: 1. Setelah intervensi keperawatan K dan P dapat membina hubungan saling percaya 2. Kontrak waktu untuk bercakap-cakap 3. Mengajarkan SP 1
Tanggal	: 28 Desember 2019
Jam	: 09.00 WIB
Ruang	: Ruang Wijaya Kusuma

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA PASIEN	RASIONAL
P : “Selamat pagi mas, bagaimana perasaannya hari ini?”  K : “Pagi, baik mas edwin”	P : perawat tersenyum menatap, bicara dengan nada ceria dan ramah  K: pasien membalas senyuman namun dalam keadaan pengaruh obat	Ingin membina hubungan saling percaya	Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat	Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang
P : “Apakah Mas masih ingat	P : bicara perlahan sambil	Ingin mengetahui apakah pasien	Pasien terlihat senang dan menerima	Dengan mengingatkan kembali,

<p>dengan saya?” K : “Iya ingat mas”</p>	<p>tersenyum K : pasien menjawab sambil tersenyum dengan mata sayu</p>	<p>bisa mengingat dengan baik</p>	<p>kehadiran perawat</p>	<p>mampu membina hubungan saling percaya.</p>
<p>P : “bila Mas tidak keberatan, boleh kah saya ngobrol-ngobrol dengan Mas sebentar ? sekitar 20 menit saja.” K : “boleh (sambil mengataskan alis)”.</p>	<p>P : tetap tersenyum, mempertahankan kontak mata dengan K, berbicara dengan nada pelan dan ramah. K : mengataskan alis</p>	<p>Berharap K mau untuk di ajak berbincang-bincang</p>	<p>K tampak mau diajak berbincang-bincang</p>	<p>Melakukan kontrak waktu dengan pasien, mampu meningkatkan hubungan saling percaya.</p>
<p>P :Mas B, enak nya kita ngobrol-ngobrol sekiranya?” K : “iya mas”</p>	<p>P :bertanya dengan lembut dan mempertahankan kontak mata. K : berbicara dengan nada suara pelan, kontak mata sayu</p>	<p>Berharap K mau untuk di ajak berinteraksi.</p>	<p>Menjawab dengan singkat.</p>	<p>Kontrak tempat di perlukan untuk mendapatkan tempat yang nyaman bagi pasien agar dapat berbincang-bincang.</p>
<p>P :“Mas, kemarin kita belum sempat belajar tentang cara mengontrol marah, nah bagaimana</p>	<p>P : sikap terbuka, namun pasien sedikit mengantuk</p>	<p>Mencoba menjelaskan tujuan dari pertemuan ini</p>	<p>K tampak sangat kooperatif, kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.</p>	<p>Dengan menjelaskan tujuan berbincang-bincang, di harapkan pasien mengerti dan mau berinteraksi dengan</p>



<p>kalo hari ini kita belajar cara mengontrol marah? Apakah Mas mau?" K : "Iya Mas, saya mau".</p>	<p>K : kontak mata cukup</p>			<p>perawat.</p>
<p>P : "Nah, jadi cara mengontrol marah itu ada 5 mas. Yang pertama itu dengan cara fisik I yaitu dengan tarik nafas dalam. Kedua, dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal / kasur, ketiga dengan cara verbal, keempat dengan cara spiritual dan yang kelima dengan cara minum obat. Bagaimana kalo hari ini</p>	<p>P : memandang K dengan ramah dan tersenyum.</p>	<p>P sangat senang melihat antusias K untuk belajar cara mengontrol PK dan mendapatkan <i>feedback</i> yang baik dari K.</p>	<p>K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias namun dalam kondisi mengantuk</p>	<p>Cara mengontrol PK dengan cara yang positif dapat mengurangi dampak negative pada pasien dan lingkungan sekitar.</p>

<p>kita belajar dengan cara yang pertama? K : “Iya boleh mas”</p>	<p>K : K memandang perawat, kontak mata baik, menyimak dan mendengarkan namun dengan keadaan sedikit mengantuk</p>			
<p>P : “Jadi, kalo Mas pengen marah mas bisa mencoba dengan cara yang pertama yaitu tarik nafas dalam. Caranya mas tarik nafas dalam melalui hidung kemudian tahan sejenak lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut. Mari kita coba lakukan bersama” K : “Iya Mbak. Jadi begini</p>	<p>P : menatap wajah K sambil mempraktekkan tarik nafas dalam  K : kontak mata baik,</p>	<p>P mengajarkan cara mempraktekkan tarik nafas dalam. P merasa senang karena K mau mengikuti arahan P.</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Tarik nafas dalam dapat membuat perasaan pasien merasa tenang dan lebih rileks sehingga dapat mengurangi emosi pasien.</p>

<p>caranya tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan lewat hidung”.</p>	<p>K mau mengikuti P mempraktekkan tarik nafas dalam</p>			
<p>P : “Nah, bagus sekali. Jadi seperti itu caranya. Bagaimana kalau kita masukkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam ini ke dalam kegiatan harian mas? Jadi, kalo mas merasa pengen marah mas bisa melakukan nya secara mandiri. Apakah mas setuju?” K : “Iya mas, saya mau tidur lagi ya ngantuk ini”</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, kontak mata mengantuk” K : kontak mata baik, K mengganggu kepala sebagai tanda setuju memasukkannya dalam jadwal kegiatan harian</p>	<p>Perawat merasa senang karena pasien sangat kooperatif dan mau mengikuti arahan perawat</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Membuat jadwal kegiatan harian dapat membantu pasien mengontrol marah dalam kegiatan sehari-hari</p>

<p>P : “baik mas berhubung masnya ngantuk saya sudah “</p> <p>K : “iya mas”</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata cukup, K mulai memandang P, K menjawab pertanyaan P dengan benar</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien mampu menjawab pertanyaan perawat dengan baik namun dalam kondisi mengantuk</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : “sebelum tidur, Apakah mas masih ingat bagaimana cara tarik nafas dalam yang sudah saya ajarkan tadi?”</p> <p>K : “Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien lupa</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : “baik Mas, sampai disini dulu ngobrol-ngobrolnya. Besok kita ketemu lagi ya? Kita belajar lagi</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p>	<p>Perawat senang karena pasien mau menyepakati kontrak berikutnya</p>	<p>Pasien sangat kooperatif dan mau berinteraksi dengan perawat</p>	<p>Kontrak yang jelasakan membuat pasien semakin percaya pada perawat.</p>

<p>cara tarik nafas dalam ketika sedang marah</p> <p>K : “iya, jam 09.00”</p> <p>P: “Baik Mas, terima kasih untuk waktu nya. silakan melanjutkan tidurnya.”</p> <p>K : “oke bro”</p>	<p>K : menjawab dengan ramah dan kontak mata mengantuk</p> <p>P : Perawat mengakhiri obrolan dan menjabat tangan pasien</p> <p>K : Menjabat tangan perawat</p>			
--	--	--	--	--

Kesan perawat : Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan baik dengan pasien namun tetap harus dipertahankan agar memudahkan komunikasi terapeutik. Pasien nampak antusias dalam melakukan cara fisik pertama untuk mengontrol emosinya dengan cara tarik nafas dalam. Namun pasien tampak dengan emosi yang belum stabil dan perlu diberlakukan SPI lagi.

### ANALISA PROSES INTERAKSI (API)

Inisial pasien	: Tn. B
Status interaksi perawat pasien	: SP 1 - SPTK 2
Lingkungan	: Pasien duduk di kasur
Deskripsipasien	: Pasien tampak rapi, baju rapi, rambut rapi.
Tujuan (Berorientasi pada pasien)	: 1. Setelah intervensi keperawatan K dan P dapat membina hubungan saling percaya 2. Kontrak waktu untuk bercakap-cakap 3. Mengajarkan SP 1
Tanggal	: 30 Desember 2019
Jam	: 13.00 WIB
Ruang	: Ruang Wijaya Kusuma

KOMUNIKASI VERBAL	KOMUNIKASI NON VERBAL	ANALISA BERPUSAT PADA PERAWAT	ANALISA BERPUSAT PADA PASIEN	RASIONAL
P : “Selamat siang mas, bagaimana perasaannya hari ini?”  K : “siang, baik mas bro”	P : perawat tersenyum menatap, bicara dengan nada ceria dan ramah sambil menjabat tangan.  K : pasien membalas senyuman dan menjabat	Ingin membina hubungan saling percaya	Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat	Salam merupakan penghargaan bagi seseorang dan perhatian untuk seseorang
P : “Apakah Mas masih ingat dengan saya?”	P : bicara perlahan sambil tersenyum	Ingin mengetahui apakah pasien bisa mengingat	Pasien terlihat senang dan menerima kehadiran perawat	Dengan mengingatkan kembali, mampu membina

K : “Iya ingat mas”	K : pasien menjawab sambil tersenyum	dengan baik		hubungan saling percaya.
P : “bila Mas tidak keberatan, boleh kah saya ngobrol-ngobrol dengan Mas sebentar ? sekitar 20 menit saja.” K : “boleh (sambil mengganggu kepala)”.	P : tetap tersenyum, mempertahankan kontak mata dengan K, berbicara dengan nada pelan dan ramah. K : mengganggu kepala	Berharap K mau untuk di ajak berbincang-bincang	K tampak mau diajak berbincang-bincang	Melakukan kontrak waktu dengan pasien, mampu meningkatkan hubungan saling percaya.
P :Mas B, enak nya kita ngobrol-ngobrol dimana ya?” K : “di meja makan aja mas,”	P :bertanya dengan lembut dan mempertahankan kontak mata. K : berbicara dengan nada suara pelan, kontak mata baik	Berharap K mau untuk di ajak berinteraksi.	Menjawab dengan singkat.	Kontrak tempat di perlukan untuk mendapatkan tempat yang nyaman bagi pasien agar dapat berbincang-bincang.
P :“Mas, kemarin kita belum sempat belajar tentang cara mengontrol marah, nah bagaimana kalo hari ini kita belajar cara	P : sikap terbuka, mempertahankan kontak mata dan tersenyum pada pasien	Mencoba menjelaskan tujuan dari pertemuan ini	K tampak sangat kooperatif, kontak mata baik. K tampak antusias mau belajar dengan P.	Dengan menjelaskan tujuan berbincang-bincang, di harapkan pasien mengerti dan mau berinteraksi dengan perawat.

<p>mengontrol marah? Apakah Mas mau?" K : "Iya Mas, saya mau".</p>	<p>K : kontak mata cukup</p>			
<p>P : "Nah, jadi cara mengontrol marah itu ada 5 mas. Yang pertama itu dengan cara fisik I yaitu dengan tarik nafas dalam. Kedua, dengan cara fisik II yaitu dengan pukul bantal / kasur, ketiga dengan cara verbal, keempat dengan cara spiritual dan yang kelima dengan cara minum obat. Bagaimana kalo hari ini kita belajar dengan</p>	<p>P : memandang K dengan ramah dan tersenyum.</p>	<p>P sangat senang melihat antusias K untuk belajar cara mengontrol PK dan mendapatkan <i>feedback</i> yang baik dari K.</p>	<p>K tampak terbuka, senang, kooperatif, antusias dan menerima kedatangan perawat dengan terbuka</p>	<p>Cara mengontrol PK dengan cara yang positif dapat mengurangi dampak negative pada pasien dan lingkungan sekitar.</p>



<p>cara yang pertama? K : “Iya boleh mas”</p>	<p>K : K memandang perawat, kontak mata baik, menyimak dan mendengarkan dengan antusias.</p>			
<p>P :“Jadi, kalo Mas pengen marah mas bisa mencoba dengan cara yang pertama yaitu tarik nafas dalam. Caranya mas tarik nafas dalam melalui hidung kemudian tahan sejenak lalu hembuskan secara perlahan melalui mulut. Mari kita coba lakukan bersama” K :“Iya Mbak. Jadi begini caranya tarik nafas, ditahan sebentar terus dikeluarkan</p>	<p>P : menatap wajah K sambil mempraktekkan tarik nafas dalam  K : kontak mata baik, K mau mengikuti P mempraktekkan tarik nafas dalam</p>	<p>P mengajarkan cara mempraktekkan tarik nafas dalam. P merasa senang karena K mau mengikuti arahan P.</p>	<p>K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P</p>	<p>Tarik nafas dalam dapat membuat perasaan pasien merasa tenang dan lebih rileks sehingga dapat mengurangi emosi pasien.</p>

lewat hidung”.				
<p>P : “Nah, bagus sekali. Jadi seperti itu caranya. Bagaimana kalau kita masukkan cara mengontrol marah dengan tarik nafas dalam ini ke dalam kegiatan harian mas? Jadi, kalo mas merasa pengen marah mas bisa melakukan nya secara mandiri. Apakah mas setuju?”</p> <p>K : “Iya mas</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata baik, K mengganggu kepala sebagai tanda setuju memasukkan dalam jadwal kegiatan harian</p>	Perawat merasa senang karena pasien sangat kooperatif dan mau mengikuti arahan perawat	K sangat antusias dan mau mengikuti P melakukan tarik nafas dalam. K merasa senang dan nyaman bersama P	Membuat jadwal kegiatan harian dapat membantu pasien mengontrol marah dalam kegiatan sehari-hari
<p>P : “Nah, tidak terasa sudah 20 menit. Bagaimana perasaan</p>	<p>P : menatap wajah K, bertanya secara perlahan dan</p>	Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan	Pasien mampu menjawab pertanyaan perawat dengan baik dan merasa senang setelah	Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat

<p>mas setelah kita berbincang-bincang hari ini? Mas masih ingat kita belajar apa aja hari ini?"</p> <p>K : "Saya merasa terkadang saya gak bisa mengendalikan emosi mas"</p>	<p>menjaga emosi K, mempertahankan kontak mata</p> <p>K : kontak mata cukup, K mulai memandang P, K menjawab pertanyaan P dengan benar</p>	<p>perawat atau tidak</p>	<p>berbincang-bincang</p>	<p>penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "Apakah mas masih ingat bagaimana cara tarik nafas dalam yang sudah saya ajarkan tadi?"</p> <p>K : "Saya masih ingat kayaknya mas tapi gak tau lagi nanti"</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p> <p>K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata</p>	<p>Ingin mengetahui apakah pasien bisa menerima penjelasan perawat atau tidak</p>	<p>Pasien lupa</p>	<p>Mengevaluasi pasien apakah sudah mampu mengingat penjelasan perawat tentang cara mengontrol marah atau tidak.</p>
<p>P : "baik Mas, sampai disini dulu ngobrol-ngobrolnya. Besok kita ketemu lagi ya? Kita besok belajar memukul bantal dalam</p>	<p>P : berbicara dengan lembut, tersenyum, mempertahankan kontak mata.</p>	<p>Perawat senang karena pasien mau menyepakati kontrak berikutnya</p>	<p>Pasien sangat kooperatif dan mau berinteraksi dengan perawat</p>	<p>Kontrak yang jelasakan membuat pasien semakin percaya pada perawat.</p>

ketika sedang marah K : “iya, jam 09.00. Di sini aja mbak”  P: “Baik Mas, terima kasih untuk waktu nya. silakan melanjutka n aktivitas nya, selamat siang.” K : “siang bro”	K : menjawab dengan ramah dan ada kontak mata  P : Perawat mengakhiri obrolan dan menjabat tangan pasien  K : Menjabat tangan perawat			
--	--	--	--	--

Kesan perawat : Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan baik dengan pasien namun tetap harus dipertahankan agar memudahkan komunikasi terapeutik. Pasien nampak antusias dalam melakukan cara fisik pertama, selanjutnya perawat mungkin bisa melanjutkan SP ke-2.