

### BAB III

#### HASIL DAN PEMBAHASAN

##### A. Hasil

###### 1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan di Wisma Puntadewa pada hari Senin, tanggal 27 Januari 2020, pada pukul jam 14.00 WIB dengan metode *autoanamnesa* dan *allowanamnesa*. Hasil pengkajian sebagai berikut:

###### a. Identitas

###### 1) Identitas pasien

Nama : Tn. A  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Umur : 32 Tahun  
Alamat : Wonosobo  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Menikah  
Pendidikan : SD  
Suku/Bangsa : Jawa  
Diagnosa Medis : f20.0 (Skizofrenia paranoid)  
No. RM : 00009742  
Tanggal Pengkajian : 27 Januari 2020

###### 2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Alamat : Kendal  
Hubungan Dengan Pasien : Dinas sosial

b. Alasan Masuk

1) Data pada saat masuk RS

Pasien merupakan anggota masyarakat yang dititipkan di dinas sosial. Satu minggu belakangan pasien membuat gaduh di dinas sosial. Selain itu pasien juga tampak memukuli kucing. Sejak seminggu pasien suka menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang lain. Karena alasan tersebut pada tanggal 15 Januari 2020 pasien dibawa oleh petugas dinas sosial ke RSJ Soerojo Magelang.

2) Data pada saat dikaji

Pasien mengatakan saat ini sudah tidak ada rasa jengkel, namun tidak tahu untuk nanti bagaimana. Pasien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara seperti suara sapi dan suara burung yang selama ini didengar dan mengganggunya.

c. Faktor Predisposisi dan Predispitasi

Pasien pernah dirawat di RSJ sejak tahun 2016. Pasien pernah dirawat di RSJ sebelumnya sebanyak 7 kali. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien putus obat. Pasien tidak mau minum obat atau berhenti minum obat karena merasa obat yang diminum memiliki efek tidak baik untuk tubuhnya. Pasien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik maupun seksual, tapi pasien mempunyai pengalaman yang paling dirasakan yaitu kehilangan ayahnya saat berusia 4 tahun dan oleh itu pasien tidak menerimanya dan merasa iri terhadap temannya yang masih punya ayah.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Tanda vital

- a) Nadi : 90 x/menit
- b) Suhu : 37°C
- c) Pernafasan : 20 x/menit
- d) Tekanan darah : 110/80 mmHg

2) Ukur

- a) Tinggi Badan : 168 cm
- b) Berat Badan : 70 kg

3) Kepala

- a) Bentuk kepala: bentuk kepala mesocephal, penyebaran rambut merata, warna hitam, tidak ada ketombe, dan tidak ada luka atau jejas edema di kepala.
- b) Mata: lapang pandang mata baik, gerak ekstraokuler normal, sklera tidak ikterik, tidak ada edema, tidak ada hematoma, tidak ada luka, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, mata simetris antara kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya normal.
- c) Hidung: hidung simetris antara kanan dan kiri, tidak terdapat alat bantu pernafasan, tidak ada lesi, tidak ada massa, tidak ada pembesaran polip, tidak ada perdarahan, tidak ada perubahan bentuk hidung dan tidak ada nyeri.
- d) Telinga: telinga simetris antara kanan dan kiri, bersih, tidak ada lesi, serumen maupun massa, tidak ada nyeri tekan dan fungsi pendengaran masih baik.

- e) Mulut: mulut kotor, tidak terdapat caries gigi, bibir kering, tidak ada stomatitis dan lidah kotor.
  - f) Leher: leher simetris, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening.
- 4) Dada
- a) Paru-paru
    - I : Perkembangan paru kanan dan kiri simetris, tidak tampak tarikan interkosta.
    - P : Taktil fremitus kanan dan kiri sama.
    - P : Sonor.
    - A : Vesikuler, tidak terdapat suara ronchi dan wheezing.
  - b) Jantung
    - I : Ictus cordis tidak tampak.
    - P : Ictus cordis tidak teraba.
    - P : Pekak.
    - A : S1 dan S2 reguler.
  - c) Abdomen
    - I : Tidak ada pembesaran abdomen, tidak ada luka.
    - A : Bising usus 17 x/menit.
    - P : Timpani.
    - P : Tidak ada nyeri tekan.
- 5) Genetalia: Tidak terkaji.
- 6) Anus: Tidak terkaji.

## 7) Ekstremitas

a) Superior : mampu bergerak, tidak ada kelainan bawaan, lumpuh ataupun kelemahan otot.

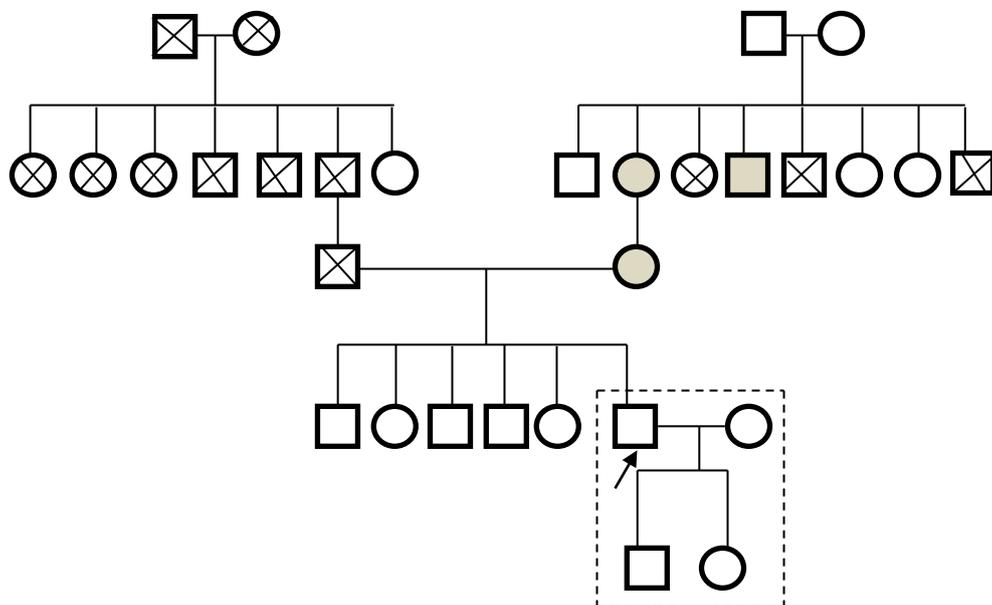
b) Inferior : mampu bergerak, tidak ada kelainan bawaan, lumpuh ataupun kelemahan otot.

## 8) Kuku dan Kulit

Kuku pasien bersih, kulit lembab, *Capillary Refill Time* < 2 detik, dikulit terlihat bersih serta tidak ada luka.

## e. Psikososial

Genogram (tiga generasi)



Penjelasan:

Bagan 3.1 Genogram



: Laki-laki



: Perempuan



: Garis pernikahan



: Garis keturunan



: Satu rumah

- ↗ : klien  
 ○ : Penyakit sama

Pasien adalah seorang suami dan ayah yang memiliki 2 orang anak. Pasien adalah anak ke 6 dari 6 bersaudara. Tn. A tinggal ber empat dengan istri dan anaknya, tapi di 1 minggu setelah pasien tinggal di Dinas sosial karena keluarganya tidak sanggup merawat pasien hal ini dikarenakan pasien di rumah sering marah dan gejalanya sudah sering kambuh. Pasien mengatakan dulu saat dirumah semua keputusan dia yang memutuskan. Pasien mengatakan sangat sayang pada anak-anaknya dan jika ada masalah pada keluarganya selalu dirundingkan bersama.

#### f. Konsep Diri

- 1) Citra diri : Pasien menyukai seluruh bagian tubuhnya karena menurut pasien tidak ada satupun bagian tubuhnya yang kurang.
- 2) Identitas : Pasien mengatakan dirinya adalah kepala keluarga yang memiliki anak 2 dan sebagai kepala keluarga ia bekerja sebagai pedagang ayam di Jakarta. Pasien mengatakan hanya sekolah sampai SD.
- 3) Peran : Pasien mengatakan sebagai kepala keluarga dan semua keputusan ada pada dirinya. Untuk di peran lingkungan masyarakat, pasien jarang kumpul dengan tetangga karena tidak ingin terpancing emosinya.
- 4) Ideal diri : pasien ingin saat pulang ada pekerjaan yang dapat dikerjakannya agar dapat memenuhi kebutuhan.

- 5) Harga diri : pasien mengatakan malu karena sering sakit jiwa dan dulu sering marah-marah.

g. Hubungan Sosial:

1) Orang yang berarti

Pasien mengatakan orang yang paling disayanginya adalah anak dan istrinya.

2) Peran serta kegiatan masyarakat

Pasien mengatakan saat dirumah jarang mengikuti kegiatan masyarakat, hanya kumpulan warga kampung itu saja belum tentu berangkat.

3) Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien mampu menjalani hubungan di masyarakat namun jarang mengikuti karena pasien tidak ingin marah-marah dan pasien lebih memilih untuk diam dirumah saja.

h. Spiritual

1) Nilai dan kegiatan

Pasien memandang gangguan jiwa yang dia derita adalah cobaan yang harus dijalani dan diterima karena oleh Allah.

2) Kegiatan ibadah

Pasien mengatakan saat dirumah solat 5 waktu namun saat di RSJ ibadah solat jarang dilakukan karena pasien sering menunda hingga lupa.

i. Status Mental

1) Penampilan

Penampilan pasien masih kurang rapi karena memakai baju masih belum terbiasa membenarkan bagian kerahnya. Karena bagi pasien kerah baju diberdirikan supaya tampak sangar atau disegani.

2) Pembicaraan

Pasien berbicara dengan nada tinggi dan keras, namun untuk memulai pembicaraan pasien kurang bisa sehingga harus dimulai orang lain terlebih dahulu.

3) Aktivitas motorik

Pasien tampak tegang saat sendiri dan terkadang mondar-mandir dan juga sering berkaca untuk melihat penampilannya.

4) Alam perasaan

Pasien tampak khawatir saat sendiri karena takut halusinasinya muncul lagi

5) Afek

Afek pasien labil, seperti saat diajak bicara terkadang wajah dan logat bicara berubah seolah tidak mau kalah.

6) Interaksi selama wawancara

Respon yang muncul pada saat diajak bicara atau berinteraksi adalah kontak mata pasien beralih, pasien sering melamun, tidak fokus dan tegang.

7) Persepsi

Pasien mengatakan pernah mengalami halusinasi pendengaran seperti suara-suara sapi, burung dan tetangga memanggil namun sekarang sudah tidak ada halusinasi itu muncul secara tiba-tiba dan sering terjadi saat dia santai namun sekarang sudah tidak muncul lagi, terakhir muncul sekitar 6 hari yang lalu.

## 8) Proses pikir

Proses pikir pasien sirkumtansial, hal ini terlihat saat diajak bicara masih sering mengaitkan banyak hal pada pembicaraan namun tetap sampai pada tujuan.

## 9) Isi pikir

Pasien tidak mau berkumpul dengan tetangga karena tidak ingin marah-marah, karena pasien mudah tersinggung.

## 10) Tingkat kesadaran

Pasien tampak bingung untuk waktu dan tempat, hal ini terlihat dari salah jawaban pasien saat di tanya tempat dan waktu.

## 11) Memori

Daya ingat jangka Panjang pasien baik seperti pasien mampu menceritakan tentang masa kecilnya yang iri pada temannya yang disayang oleh ayah dan dirinya tidak karena ayahnya meninggal pada saat dia berusia 4 tahun. Daya ingat jangka pendek pasien juga baik karena masih ingat saat dia dibawa ke RSJ dia memukuli kucing dan berbuat gaduh. Untuk ingatan saat ini pasien juga bagus bisa menceritakan tadi pagi mandi dan gosok gigi juga.

## 12) Tingkat konsentrasi dan berhitung

Perhatian pasien baik dan tingkat konsentrasi pasien juga bagus seperti saat mengikuti TAK pasien mampu mengikuti dari awal hingga akhir dan pasien mampu berhitung dari 5 sampai 15 dengan benar.

## 13) Kemampuan penilaian

Pasien mampu mengambil keputusan seperti saat selesai makan pasien ditanya mau menyapu atau mencuci piring, pasien memilih untuk mencuci piring.

## 14) Daya tilik diri

Pasien mengerti bahwa dirinya sakit dan dirawat di RSJ Prof Dr. Soerojo Magelang

## j. Kebutuhan Persiapan Pulang

## 1) Makan dan minum

Pasien makan 3x sehari dengan menu yang sesuai dengan yang disajikan oleh RS, pasien mampu membersihkan alat makan yang telah digunakan dan pasien juga mampu menyiapkan makan dan menyapu tempat makan setelah digunakan.

## 2) BAB/ BAK

Pasien BAB/BAK dikamar mandi dan ditutup pintunya setelah selesai pasien mengguyur dengan air hingga bersih.

## 3) Mandi

Pasien mengatakan mandi sehari 2x dengan menggunakan sabun dan sampo, tidak lupa juga pasien setiap mandi selalu gosok gigi.

## 4) Berpakaian

Pakaian pasien kurang rapi, pada kerah tidak dilipat, ganti pakaian sehari 2 kali.

## 5) Istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur cukup, saat siang pasien mengatakan tidur 1 jam dan pada malam hari pasien tidur dari jam 8 hingga jam 5 pagi. Saat bangun pasien ke kamar mandi untuk mandi.

## 6) Penggunaan obat

Pasien minum obat 3x sehari sesuai dengan miliknya tanpa diingatkan oleh perawat.

## 7) Pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit di priksa/ kontrol.

## 8) Kegiatan didalam rumah

Pasien mengatakan mampu mrnyiapkan makanan, contohnya saat di RS pasien mampu menyiapkan makanan.

## 9) Kegiatan diluar rumah

Pasien mengatakan kegiatan diluar rumah yaitu bekerja untuk memenuhi kebutuhan.

## 10) Mekanisme koping

Pasien mengatakan pada saat terkena masalah dia sulit mengotrol marah dan sangat mudah terbawa emosi, seperti saat ada sesuatu hal yang tidak disukai dia langsung emosi.

## 11) Masalah psikososial dan lingkungan

Pasien mengatakan tidak ada apa-apa, namun saat dia melakukan kegiatan dan disitu tiba-tiba membuat jengkel dirinya langsung marah-marah.

## 12) Pengetahuan

Pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya yang sering marah-marah sehingga dirawat di RSJ Prof Dr. Soerojo Magelang.

## 13) Aspek medik

Diagnosa medis: (skizofrenia paranoid)

Terapi medik : 1. Trifluoperazin 2x5 mg  
 2. trihexyphenidyl 2x2 mg  
 3. clozapine 2x25 mg

## 2. Analisa Data

Nama pasien : Tn. A No. Reg : 00009742  
 Ruang : Wisma Puntadewa Dx. Medis : F 20.0

Hari/tanggal/jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan	TTD
Senin, 22-01-2020 14.00 WIB	DS : Klien mengatakan saat ini sudah tidak ada rasa jengkel, namun tidak tau untuk nanti bagaimana. DO : a. Afek labil b. Nada bicara tinggi dan keras c. Tampak tegang d. tampak mondar-mandir e. Klien pernah memukuli kucing	Resiko perilaku kekerasan	Ahmad
Senin, 22-01-2020 14.10 WIB	DS : Klien mengatakan sudah tidak mendengar suara-suara seperti suara sapi dan suara burung yang selama ini didengar dan menggangukannya. DO : a. Kontak mata mudah beralih b. Klien sering melamun c. Tidak focus	Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran	Ahmad

Hari/tanggal/jam	Data Fokus	Masalah Keperawatan	TTD
Senin, 22-01-2020 14.20 WIB	DS : Klien mengatakan malu sudah sering sakit jiwa dan pernah marah-marah DO : a. Klien tidak memulai pembicaraan sebelum diajak bicara b. Kadang klien menyendiri c. Klien tampak bingung d. Klien malu punya penyakit jiwa dan sering marah-marah	Gangguan konsep diri (harga diri rendah)	Ahmad

### 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko perilaku kekerasan
- b. Gangguan persepsi sensori halusinasi pendengaran
- c. Gangguan konsep diri (harga diri rendah)

### 4. Rencana Keperawatan

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa	Rencana keperawatan			TTD Perawat
		Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	
Senin, 27/01/2020 14.15 WIB	Resiko Perilaku kekerasan	TUM : Klien dapat mengontrol perilaku kekerasan TUK 1 : Klien dapat membina hubungan saling percaya	1.Klien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat: a. Wajah cerah, tersenyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata d. Bersedia menceritakan perasaan	1.Klien menunjukkan tanda-tanda percaya pada perawat: a. Wajah cerah, tersenyum b. Mau berkenalan c. Ada kontak mata Bersedia menceritakan perasaan	Ahmad

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa	Rencana keperawatan			TTD Perawat
		Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	
		TUK 2 : Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan	2. Klien mampu menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungan	2. Klien mampu menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukan Menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungan	
		TUK 3 : Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan Tanda perilaku kekerasan	3. Klien mampu menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dll b. Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	3. Klien mampu menceritakan tanda-tanda saat terjadi perilaku kekerasan a. Tanda fisik: mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dll b. Tanda emosional: perasaan marah, jengkel, bicara kasar Tanda sosial: bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan	
		TUK 4 : Klien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasannya	4. klien mampu menjelaskan : a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukan b. Perasaan saat melakukan kekerasan Efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah	4. klien mampu menjelaskan : a. Jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukan b. Perasaan saat melakukan kekerasan Efektifitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah	
		TUK 5 : Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan	5. klien mampu menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya: a. Diri sendiri: luka, dijauhi teman, dll b. Orang	5. klien mampu menjelaskan akibat tindakan kekerasan yang dilakukannya: a. Diri sendiri: luka, dijauhi teman, dll	

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa	Rencana keperawatan			TTD Perawat
		Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	
			lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll Lingkungan: barang atau benda rusak, dll	d. Orang lain/keluarga: luka, tersinggung, ketakutan, dll Lingkungan: barang atau benda rusak, dll	
	TUK 6 : Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam mengungkapkan perasaan	6. klien mampu menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan kemarahan	6. klien mampu menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan kemarahan	6. klien mampu menjelaskan cara-cara sehat mengungkapkan kemarahan	
	TUK 7 : Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	7. Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: a. Fisik: Tarik nafas dalam, memukul bantal/Kasur b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti Spiritual: dzikir/doa, meditasi sesuai agama	7. Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: a. Fisik: Tarik nafas dalam, memukul bantal/Kasur b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti Spiritual: dzikir/doa, meditasi sesuai agama	7. Klien mampu memperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan: a. Fisik: Tarik nafas dalam, memukul bantal/Kasur b. Verbal: mengungkapkan perasaan kesal/jengkel pada orang lain tanpa menyakiti Spiritual: dzikir/doa, meditasi sesuai agama	
	TUK 8 : Klien dapat dukungan keluarga untuk mengontrol perilaku kekerasan	8. keluarga mampu: a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien	8. keluarga mampu: a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien	8. keluarga mampu: a. Menjelaskan cara merawat klien dengan perilaku kekerasan b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien	
	TUK 9 : Klien menggunakan obat sesuai program yang telah diberikan	9.1 Klien mampu menjelaskan : a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat c. Nama obat d. Bentuk dan warna e. Dosis yang diberi f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian	9.1 Klien mampu menjelaskan : a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat c. Nama obat d. Bentuk dan warna e. Dosis yang diberi f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian	9.1 Klien mampu menjelaskan : a. Manfaat minum obat b. Kerugian tidak minum obat c. Nama obat d. Bentuk dan warna e. Dosis yang diberi f. Waktu pemakaian g. Cara pemakaian	

Hari, tanggal, waktu	Diagnosa	Rencana keperawatan			TTD Perawat
		Tujuan	Kriteria evaluasi	Intervensi	
			h. Efek yang dirasakan 9.2 menggunakan obat sesuai program	pemakaian f. Cara pemakaian yang dirasakan g. Efek yang dirasakan 9.2 klien menggunakan obat sesuai program	

### 5. Catatan Keperawatan

Hari/Tanggal/ Jam	Diagnosa / SP	Implementasi	Evaluasi	TTD
Senin, 27/01/2020 14.40 WIB	Resiko perilaku kekerasan / SP 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>Membina hubungan saling percaya dengan cara menyapa klien dengan ramah</li> <li>Mengidentifikasi dan memvalidasi masalah</li> <li>Mendiskusikan penyebab marah</li> <li>Mendiskusikan tanda dan gejala marah</li> <li>mendiskusikan perilaku marah yang bias dilakukan oleh klien</li> <li>mendiskusikan akibat marah</li> <li>Melatih klien mencegah marah dengan cara fisik Tarik nafas dalam</li> <li>Memberikan apresiasi positif karena pasien mampu melakukan SP yang diajarkan</li> <li>Memasukkan cara control marah dengan cara fisik Tarik nafas dalam kejadwal kegiatan.</li> <li>Melibatkan klien TAK dan</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan sebelum di bawa ke RSJ pernah membuat gaduh dan memukul kucing</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mampu menceritakan penyebab marah</li> <li>Klien mampu menyebutkan tanda dan gejala marah (tangan kadang mengempal, perasaan tidak terima, jantung berdebar)</li> <li>Klien mengetahui akibat marah</li> <li>Klien mampu mencegah marah dengan cara fisik tarik nafas dalam tanpa bimbingan</li> <li>Klien mampu memasukkan ke jadwal kegiatan</li> <li>Klien mampu mengikuti Pendidikan kesehatan tentang 6 cara mencuci tangan</li> </ol> <p>A : Resiko perilaku kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mampu melakukan nafas dalam</li> <li>Masalah belum teratasi</li> </ol> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mampu</li> </ol>	Ahmad

Hari/Tanggal/ Jam	Diagnosa / SP	Implementasi	Evaluasi	TTD
Selasa, 28/01/2020 10.00 WIB		<p>pendidikan kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan obat trifluoperazin, trihexyphenidyl, dan clozapine sesuai akfis dokter</li> <li>mengukur vital sings</li> </ol> <p>SP 2 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membina hubungan saling percaya dengan cara mendengarkan cerita klien</li> <li>Memvalidasi masalah klien</li> <li>Mengevaluasi teknik nafas dalam</li> <li>Memberikan apresiasi positif kepada klien</li> <li>Mengajarkan pada klien untuk memasukkan ke dalam jadwal harian</li> <li>Mengajak klien mengikuti TAK orirntasi realitas</li> </ol>	<p>melakukan Teknik nafas dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lanjut SP 2</li> <li>Latih 5 benar minum obat</li> </ol> <p>S : Klien mengatakan mau diajak komunikasi, pasien mengatakan sudah bisa mengontrol emosi dengan teknik nafas dalam dan klien mengatakan belum tau 5 benar mium obat</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak memperhatikan</li> <li>Klien mampu mengulang apa yang dijelaskan perawat walaupun dibimbing</li> </ol> <p>A : Resiko perilaku kekerasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mampu menyebutkan 5 benar minum obat</li> <li>Masalah belum teratasi</li> </ol> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien belum mampu menyebutkan 5 benar minum obat secara mandiri</li> <li>Lanjut SP 3</li> <li>Lanjut 5 benar minum obat</li> </ol>	Ahmad
Rabu, 29/01/2020 10.10 WIB		<p>SP 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membina hubungan saling percaya dengan cara menyapa klien dengan ramah dan mendengarkan cerita klien</li> <li>Memvalidasi masalah klien</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan lupa dengan cara 5 benar minum obat dan pasien mau mendengarkan penjelasan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak memperhatikan</li> <li>Klien mampu</li> </ol>	

Hari/Tanggal/ Jam	Diagnosa / SP	Implementasi	Evaluasi	TTD
		3. Mengevaluasi cara 5 bemar minum obat	mengulang apa yang dijelaskan tanpa bimbingan	
		4. Melatih cara 5 benar minum obat	3. Klien mampu memasukkan ke dalam kegiatan harian dengan bimbingan	
		5. Memberikan apresiasi positif kepada klien		
		6. Menganjurkan pada klien memasukkan ke jadwal harian	A : Resiko kekerasan 1. Klien mampu menyebutkan 5 benar minum obat tanpa bimbingan 2. Masalah belum teratasi P : 1. Klien mampu menyebutkan 5 benar minum obat tanpa bimbingan 2. Lanjut SP 4 3. Latih kata-kata verbal cara meminta yang baik	Ahmad

## B. Pembahasan

Berdasarkan tinjauan kasus diatas, pada bab ini penulis juga akan membahas mengenai “Pengelolaan Resiko Perilaku Kekerasan pada Tn. A dengan Skizofrenia Paranoid di Wisma Puntadewa Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang”, yang dilakukan pada tanggal 27-29 Januari 2020. Pembahasan ini akan membahas tiap-tiap tahap proses keperawatan yang dilakukan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi serta alasan teori dari tindakan yang penulis lakukan.

Pembahasan penulis lakukan tiap tahap dari proses keperawatan karena menurut Hidayat (2009) dalam memberikan asuhan keperawatan ada beberapa proses keperawatan yaitu dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, analisa data, rencana tindakan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Pembahasan dari tiap proses keperawatan sebagai berikut:

### 1. Pengkajian

pada Tn. A dilakukan pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 14.00 Pengkajian WIB dengan metode *autoanamnesa* dan *allowanamnesa*. Pengkajian menurut penulis adalah pengumpulan data atau informasi untuk mendapatkan data yang digunakan untuk menentukan diagnosa. Menurut Suprpto (2012) pengkajian keperawatan adalah Tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien baik secara langsung (*autoanamnesa*) dan waktu sebelumnya tidak langsung (*allowanamnesa*), serta menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya.

Pada riwayat penyakit yang perlu diketahui adalah keluhan utama. Menurut Somantri, (2012: 25) keluhan utama adalah alasan spesifik mengapa

pasien dibawa ke pelayanan kesehatan, keluhan utama akan membantu dalam mengkaji pengetahuan pasien tentang kondisi saat ini dan menentukan prioritas intervensi. Keluhan utama saat dikaji, Tn. A dibawa ke RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang oleh Dinas Sosial karena Tn. A membuat gaduh dan memukul kucing saat berada di Dinas Sosial.

Kemudian faktor predisposisi dan presipitasi, dalam kasus ini pasien pernah dirawat di RSJ sejak tahun 2016. Pasien pernah dirawat di RSJ sebelumnya sebanyak 7 kali. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien putus obat. Pasien tidak mau minum obat atau berhenti minum obat karena merasa obat yang diminum memiliki efek tidak baik untuk tubuhnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Niven (2019) yang menjelaskan bahwa banyak pasien skizofrenia rata-rata memiliki perilaku ketidakpatuhan minum obat karena banyaknya obat yang diminum dan adanya efek samping yang membuat pasien tidak nyaman, serta tidak adanya pengawasan keluarga.

Pasien tidak pernah mengalami penganiayaan fisik maupun seksual, tapi pasien mempunyai pengalaman yang paling dirasakan yaitu kehilangan ayahnya saat berusia 4 tahun dan oleh itu pasien tidak menerimanya dan merasa iri terhadap temannya yang masih punya ayah. Hal ini sesuai dengan penelitian Iswanti (2019) yang menyatakan bahwa perasaan kehilangan yang sangat mendalam dapat memicu terjadinya resiko perilaku kekerasan.

## 2. Diagnosa keperawatan

Menurut penulis, diagnosa keperawatan merupakan *statement* yang ditetapkan seorang perawat yang ditemukan dalam pengkajian untuk mengatasi suatu masalah. Penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama karena resiko perilaku kekerasan harus ditangani segera agar tidak merugikan diri

sendiri, prang lain, dan lingkungan sekitar. Hal ini di dukung oleh penelitian Rahman (2017) yang menyatakan bahwa resiko perilaku kekerasan harus segera ditangani agar tidak membahayakan diri sendiri, orang lain, bahkan lingkungan sekitarnya.

Dalam menegakan diagnosa harus memenuhi unsur batasan karakteristik yang sesuai dengan diagnosa keperawatan resiko perilaku kekerasan. Menurut NANDA (2018) bahwa batasan karakteristik pada resiko perilaku kekerasan yaitu antara lain bahasa tubuh negativ yang artinya komunikasi pesan non verbal yang ditunjukkan dengan cara tidak baik. Bahasa tubuh negatif yang ditunjukkan oleh Tn. A yaitu nada bicara yang tinggi dan keras.

Pola kekerasan diarahkan pada orang lain Kekerasan merupakan perbuatan atau kegiatan yang dilakukan dengan sengaja atau sewenang-wenang, yang disertai dengan ancaman atau tidak, yang menimbulkan penderitaan pada orang lain baik secara fisik ataupun mental (Setiawan, 2017). Pola kekerasan diarahkan pada orang lain yang ditunjukkan oleh Tn. A yaitu pasien memukuli kucing.

Pola ancaman kekerasan merupakan setiap perbuatan secara ucapan, tulisan, gambar, symbol, atau gerak tubuh yang dapat menimbulkan rasa takut terhadap orang lain (Yosep, 2011). Pola ancaman kekerasan yang ditunjukkan oleh Tn. A yaitu pasien tampak tegang.

Pola perilaku kekerasan antisosial yaitu istilah yang digunakan untuk menggambarkan sebuah gangguan kepribadian dimana terjadi penyimpangan perilaku yang berpotensi membahayakan diri sendiri maupun orang lain

(Kusumaningtyas, 2018). Pola perilaku kekerasan anti social yang ditunjukkan oleh Tn. A yaitu pasien menyendiri dan tidak mau bergaul dengan orang lain.

Setelah diuraikan dari pengkajian diatas diagnosa yang dapat diambil menurut penulis adalah resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan adalah tingkah laku individu yang ditunjukkan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut, resiko perilaku kekerasan ini dapat berupa muka masam, bicara kasar, menuntut, dan melakukan tindak kekerasan (Saragih, 2016). Hal ini sesuai dengan yang tercantum pada NANDA (2018) bahwa resiko perilaku kekerasan yaitu rentan melakukan perilaku yang individu menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan orang lain secara fisik, emosional, dan/ atau seksual.

### 3. Intervensi Keperawatan

Prioritas masalah yang terjadi pada Tn. A yaitu resiko perilaku kekerasan. Resiko perilaku kekerasan, yaitu tingkah laku individu yang ditunjukkan untuk melukai atau mencelakakan individu lain yang tidak menginginkan datangnya tingkah laku tersebut, resiko perilaku kekerasan ini dapat berupa muka masam, bicara kasar, menuntut, dan melakukan tindak kekerasan (Saragih, 2016). Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perilaku kekerasan tersebut yaitu dengan diberikannya rencana atau intervensi keperawatan.

Rencana atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi/desain untuk mengatasi, mengurangi, mencegah masalah-masalah pada pasien yang telah teridentifikasi pada diagnosis keperawatan (Suprpto, 2012). Menurut penulis rencana keperawatan adalah suatu tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ada. Tujuannya adalah

untuk mengidentifikasi fokus keperawatan pada klien maupun kelompok untuk membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lain, untuk membedakan suatu kriteria guna penanggulangan dan evaluasi keperawatan, untuk menyediakan kriteria dan klasifikasi pasien (Dermawan, 2012).

Dalam asuhan keperawatan jiwa penulis menentukan rencana keperawatan berdasarkan pada SP (strategi pelaksanaan). Strategi pelaksanaan menurut penulis merupakan panduan pelaksanaan intervensi pada keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan untuk berinteraksi dan berkomunikasi pada pasien dengan gangguan jiwa. Definisi ini sesuai dengan pendapat Yusuf, dkk (2015) yaitu strategi pelaksanaan panduan pelaksanaan yang disusun sebelum berinteraksi dan berkomunikasi pasien gangguan jiwa. Tujuan dari penyusunan SP yaitu untuk memudahkan perawat dalam bertanya atau berinteraksi dengan pasien karena semua pertanyaan yang diajukan sudah disusun dan memudahkan saat melakukan wawancara dengan pasien. Sesuai dengan pernyataan Yusuf, dkk (2015) yaitu tujuan dari disusunnya SP yaitu untuk menghindari kesulitan saat melakukan wawancara atau intervensi keperawatan karena semua yang ditanyakan sudah disusun atau direncanakan terlebih dahulu.

Pada Strategi pelaksanaan, penulis menetapkan strategi pelaksanaan bina hubungan saling percaya terhadap pasien. Bina hubungan saling percaya (BHSP) adalah hubungan yang dibangun melalui komunikasi dan interaksi pada pasien untuk menumbuhkan rasa kepercayaan pasien pada perawat. Menurut Rasmun (2009) bina hubungan saling percaya merupakan komunikasi dan interaksi yang dibangun untuk menumbuhkan kepercayaan antara perawat dan pasien. Tujuan dari BHSP yaitu menumbuhkan kepercayaan antara pasien

dengan menggali masalah yang dialami pasien. Menurut Muhith (2015), rasional dari bina hubungan saling percaya yaitu sebagai dasar terapeutik antara perawat dan pasien, ungkapan oleh pasien sebagai bukti bahwa pasien mempercayai perawat dan empati perawat akan meningkatkan hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien.

Pasien dengan resiko perilaku kekerasan terdapat 5 strategi pelaksanaan (SP), yaitu identifikasi resiko perilaku kekerasan dan latihan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan nafas dalam, mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik, mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal, mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual, mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sujarwo (2018) bahwa terdapat 5 strategi pelaksanaan (SP) pada resiko perilaku kekerasan, yaitu identifikasi masalah dan latihan teknik nafas dalam, kontrol secara fisik (memukul bantal), kontrol secara verbal, kontrol dengan cara spiritual, dan kontrol dengan minum obat. Tujuan umum dari SP resiko perilaku kekerasan yaitu agar pasien dapat mengenali dan mengontrol resiko perilaku kekerasannya. Ini diperkuat dengan pendapat Putri, dkk (2018) bahwa tujuan SP resiko perilaku kekerasan yaitu agar pasien mengenali dan mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan serta pasien dapat mengikuti program secara optimal.

SP 1 resiko perilaku kekerasan yaitu identifikasi resiko perilaku kekerasan dan teknik nafas dalam. Kriteria hasil yang perlu dicapai dalam SP 1 menurut Moorhead (2016) yaitu pasien mampu mengidentifikasi kapan merasa marah dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu mengidentifikasi kapan pasien merasa marah, dari awalnya tidak pernah dilakukan menjadi sering dilakukan. Pasien mampu

mengidentifikasi tanda-tanda awal marah dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu mengenali tanda-tanda awal marah, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Pasien mampu mengidentifikasi alasan perasaan marah dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu mengetahui alasan perasaan marahnya, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Pasien mampu mencurahkan perasaan negatif dengan cara yang tidak mengancam dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya pasien mampu mencurahkan perasaan marahnya secara benar dan tidak mengancam orang lain, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Rasional dari bina hubungan saling percaya dan teknik nafas dalam menurut Putranto (2015) yaitu bina hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya, pasien mampu mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan marahnya, dan dapat mengontrol perasaan marah dengan nafas dalam.

SP 2 yaitu kontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik. Kriteria hasil yang dicapai menurut Moorhead (2016) yaitu pasien mengulangi dan menyebutkan kembali SP 1, maksudnya adalah ketika dilakukan SP 2 pasien tidak lupa dengan SP 1. Pasien mampu memantau manifestasi fisik dari kemarahan dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 3 (kadang-kadang dilakukan). Maksudnya adalah pasien dapat mengontrol marahnya, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi kadang-kadang melakukan. Pasien mampu menggunakan aktivitas fisik untuk mengurangi rasa marah yang tertahan dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya

adalah pasien dapat mengontrol marahnya dengan kegiatan fisik, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Menggunakan ketampilan resolusi konflik yang efektif dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu menggunakan ketrampilan yang efektif untuk mencurahkan marahnya, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan.

Rasional dari kontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara fisik menurut Muhuth (2015) yaitu mengetahui manfaat cara mengontrol halusinasi dengan cara fisik yaitu dengan memukul bantal atau kasur yang telah dipilih.

SP 3 kontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara verbal. Kriteria hasil yang dicapai menurut Moorhead (2016) yaitu pasien mampu mengulangi dan menyebutkan SP 1 dan SP 2, maksudnya adalah ketika diberikan SP 3 pasien tidak lupa dengan SP 1 dan SP 2. Mencurahkan perasaan negative dengan cara yang tidak mengancam dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu mengontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Membagi perasaan marah kepada orang lain secara baik dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering melakukan). Maksudnya adalah pasien mampu menceritakan kemarahannya kepada orang lain secara baik, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan.

Rasional dari kontrol resiko perilaku kekerasan secara verbal menurut Putranto (2015) yaitu mengeksplorasi perasaan pasien terhadap perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, membantu pasien menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah.

SP 4 resiko perilaku kekerasan yaitu kontrol resiko perilaku kekerasan dengan cara spiritual. Kriteria hasil yang dicapai menurut Moorhead (2016) yaitu pasien mampu menyebutkan dan mengulangi SP 1, SP 2, dan SP 3, maksudnya agar pasien tidak lupa tentang SP 1, SP 2, SP 3 saat diberikan SP 4. Menghindari diri dari memaksakan nilai-nilai pribadi kepada orang lain dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 3 (kadang-kadang dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu berdiskusi dengan orang lain tanpa memaksakan nilai-nilai pribadi kepada orang lain, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi kadang-kadang melakukan. Menahan diri dari memaki/membentak dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu mengendalikan marahnya untuk tidak membentak/memaki tetapi dengan cara spiritual, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Menahan diri dari menyerang orang lain dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu menahan marahnya dengan cara spiritual, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Menghindari merusak ruang personal orang lain dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien tidak merusak ruang personal orang lain dengan mengontrol dirinya secara spiritual, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan.

Rasional pada SP 4 kontrol resiko perilaku kekerasan secara spiritual menurut Putranto (2015) yaitu membantu pasien untuk menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah dengan cara berdoa (spiritual).

SP 5 yaitu kontrol resiko perilaku kekerasan dengan obat. Kriteria hasil yang dicapai menurut Moorehead (2016) yaitu pasien mampu mengulangi dan

menyebutkan kembali tentang SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4, maksudnya agar pasien tidak lupa tentang SP 1, SP 2, SP 3, dan SP 4 saat akan diberikan SP 5. Pasien mampu menahan diri dari memaki/berteriak dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (dering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu menahan dirinya untuk tidak memaki/ berteriak, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Menahan diri dari menyerang orang lain dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu menahan diri dan tidak menyerang orang lain, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Menahan diri dari membahayakan orang lain dari skala 1 (tidak pernah dilakukan) menjadi skala 4 (sering dilakukan). Maksudnya adalah pasien mampu menahan diri untuk tidak membahayakan orang lain, dari awalnya tidak pernah melakukan menjadi sering melakukan. Pasien mampu mengenali nama, bentuk, warna dan fungsi obat, maksudnya adalah pasien mampu mengenali nama, bentuk, warna dan fungsi obat yang dikonsumsi agar tidak tertukar dengan pasien lain.

Rasional dari kontrol resiko perilaku kekerasan dengan penggunaan obat menurut Muhith (2015) yaitu memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan pasien tentang obat yang dikonsumsi pasien, memastikan pasien minum obat secara teratur serta mengobservasi efektivitas pengobatan.

Kontrol resiko perilaku kekerasan dengan penggunaan obat yaitu cara yang dilakukan dengan melatih pasien mengkonsumsi obat agar pasien tidak putus obat dan mengalami kekambuhan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Jaya (2015), bahwa menggunakan obat secara teratur dilakukan agar pasien tidak mengalami putus obat dan menjadi kambuh. Tahapan tindakan keperawatan dalam penggunaan obat yaitu menjelaskan 5 benar obat, menjelaskan kegunaan

obat dan menjelaskan akibat putus obat. Hal ini sesuai dengan pernyataan Dermawan dan Rusdi (2013) yang menyatakan dalam mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan penggunaan obat yang perlu dijelaskan yaitu kegunaan obat, menjelaskan cara menggunakan obat dengan 5 benar obat dan menjelaskan kerugian dari putus obat.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan catatan tentang tindakan yang di berikan perawat kepada pasien yang berisikan catatan pelaksanaan rencana keperawatan, pemenuhan kriteria hasil dari rencana tindakan keperawatan mandiri dan tindakan kolaboratif (Suprpto, 2012). Menurut penulis implementasi adalah serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ada.

Implementasi dilakukan selama 3 hari, yaitu dari tanggal 27-29 Januari 2020 di Ruang Puntadewa. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dan teknik nafas dalam seta mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan obat.

Hal pertama yang perlu dilakukan saat melaksanakan implementasi keperawatan yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya dapat terbangun dengan adanya komunikasi dengan pasien. Komunikasi adalah proses penyampaian pesan yang berisi perasaan, pikiran, informasi dan ide. Hal ini didukung dengan pernyataan Jaya (2015), komunikasi merupakan proses penyampaian pesan kepada orang lain dengan tujuan memberitahu, mengubah sikap, pendapat atau perilaku baik secara lisan maupun tulisan. Komunikasi antara perawat dengan pasien akan menimbulkan adanya hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien. Hubungan

terapeutik antara perawat dengan pasien yaitu hubungan timbal balik dan pengalaman emosional pasien yang menumbuhkan sikap percaya kepada perawat. Pernyataan ini didukung dengan pernyataan Stuart (2013) yaitu hubungan terapeutik antara pasien dengan perawat merupakan pengalaman belajar yang timbal balik dan pengalaman emosional bagi pasien yang menumbuhkan perasaan percaya.

Membina hubungan saling percaya dilakukan sebelum berinteraksi dengan pasien, hal ini dilakukan untuk mencapai tujuan dari BHSP yaitu menumbuhkan kepercayaan antara pasien dengan perawat. Membina hubungan saling percaya dapat diawali dengan duduk disamping pasien dan perkenalan. Cara berkenalan yaitu dengan berjabat tangan dengan pasien lalu menyebutkan nama lengkap, nama panggilan dan tempat tinggal atau asal. Sesuai dengan pernyataan Yusuf, dkk (2015) cara berkenalan bagi pasien jiwa yaitu menyebutkan nama panjang, nama panggilan, asal pasien dan hobi pasien.

Untuk memulai pembicaraan dapat dilakukan dengan cara menyapa pasien dengan ramah, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap serta nama panggilan yang disukai pasien, menjelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji, menunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya serta memberikan perhatian pada pasien sesuai kebutuhan pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Damaiyanti dan Iskandar (2012) yang menyatakan bahwa dalam melakukan bina hubungan saling percaya perlu melakukan komunikasi dengan cara menyapa pasien dengan ramah baik secara verbal maupun nonverbal, memperkenalkan diri dengan sopan, menanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien, menjelaskan

tujuan, jujur dan tidak ingkar janji, menunjukkan sikap empati kepada pasien serta memberikan perhatian pada pasien dan perhatikan kebutuhan pasien.

Pada pertemuan pertama, pasien tidak mau diajak bercakap-cakap. Ketika ditanya pasien juga diam dan masuk ke kamar. Menurut pengamatan penulis hal ini terjadi karena belum ada rasa percaya dari pasien untuk berkomunikasi dengan orang lain yang baru dikenal, kemudian pasien berusaha menarik diri dari lingkungan sekitar dan berusaha menghindari orang lain. Sulit untuk berkomunikasi jika pasien menarik diri dan menghindari lingkungan sekitarnya. Bina hubungan saling percaya pada pertemuan pertama tidak tercapai dan tidak dapat dilanjutkan untuk pemberian strategi pelaksanaan (SP). Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa membina hubungan saling percaya dengan pasien merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan adanya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien dapat menimbulkan rasa percaya yang lebih terhadap pasien. Hal tersebut juga diperkuat dengan hasil penelitian Fidy (2014) yang menyatakan bahwa hubungan interpersonal antara individu yang berfokus pada hubungan yang membantu antara perawat dan pasien dalam bentuk hubungan saling percaya melalui perasaan empati dan ketulusan, dapat mengurangi kecemasan pasien.

Implementasi hari pertama melakukan SP 1 yaitu mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan nafas dalam. Mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dilakukan untuk mengetahui penyebab, tanda dan gejala, dan akibat dari resiko perilaku kekerasan. Pernyataan tersebut diperkuat oleh Dermawan dan Rusdi (2013) yang menyatakan bahwa untuk mengenali resiko perilaku kekerasan perlu ditanyakan penyebab terjadinya resiko perilaku kekerasan, tanda gejala yang muncul, serta

akibat dari resiko perilaku kekerasan tersebut. Ketika penulis memvalidasi mengenai resiko perilaku kekerasan yang dialami, pasien mengatakan tidak tahu dengan nada bicara yang sedikit membentak.

Karena pasien belum bisa diajak berkomunikasi, SP 1 pada hari pertama tidak tercapai. Oleh karena itu rencana tindak lanjut yang dilakukan pada pertemuan selanjutnya yaitu mengulang SP 1. Setelah menyampaikan rencana tindak lanjut, penulis melakukan kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya. Kontrak waktu tersebut meliputi tema yaitu mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dan mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam. Untuk tempat pasien menentukan tempat yang dirasa nyaman untuk berbincang-bincang, pada Tn. A menentukan tempat di kursi ruang makan. Serta pada pukul berapa pasien ingin berbincang-bincang, Tn. A mengatakan ingin berbincang-bincang pukul 09.00 WIB.

Pertemuan kedua mengulang kembali SP 1 yaitu mengidentifikasi resiko perilaku kekerasan dan mengajarkan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan nafas dalam. Pasien mau berbincang-bincang setelah diajak duduk berdampingan sesudah pasien makan dan minum obat. Pasien mau menceritakan resiko perilaku kekerasan yang dialami. Pasien mengatakan membuat gaduh saat berada di dinas sosial dan memukul kucing. Pasien mampu mengulang kembali cara mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan teknik nafas dalam. Selama pelaksanaan SP 1 mata pasien mudah beralih, pasien sering *blocking* dan mata tertuju ke sudut tertentu. Cara pertama yang dilakukan yaitu dengan teknik nafas dalam. Teknik nafas dalam merupakan cara mengontrol resiko perilaku kekerasan ketika pasien merasakan kemarahan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sutinah (2019), bahwa teknik nafas dalam merupakan upaya

mengendalikan diri dari kemarahan yang muncul. Teknik nafas dalam dapat dilakukan saat pasien merasakan kemarahan.

Tahapan yang dilakukan dalam teknik nafas dalam yaitu menjelaskan cara melakukan nafas dalam, mencontohkan cara melakukan teknik nafas dalam dan meminta pasien memperagakan ulang. Ini sesuai dengan Sutinah (2019) yang menyatakan bahwa tahapan dari teknik nafas dalam yaitu menjelaskan cara melakukan nafas dalam, memperagakan cara melakukan teknik nafas dalam, meminta pasien memperagakan ulang dan memantau penerapan teknik nafas dalam.

Untuk implementasi hari kedua, SP1 tercapai. Karena pasien mampu sedikit mengulang SP 1. Setelah pasien mampu mengulang SP 1, penulis memberikan *reinforcement* positif dengan mengatakan Tn. A pintar. Untuk hari berikutnya akan dilakukan rencana tindak lanjut SP 2 dengan tema melatih kontrol resiko perilaku kekerasan dengan penggunaan obat. Untuk waktu dan tempat pasien mengatakan ingin berbincang bincang di kursi ruang makan pukul 09.00 WIB.

Implementasi hari ketiga adalah melakukan SP 2 yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan menggunakan obat. Obat yang dikonsumsi Tn. A yaitu *Trifluoperazin*, *Clozapine* dan *Trihexyphenidil* (THP). Dosis yang diberikan setiap obat yaitu untuk trifluoperazin 5 mg/12 jam, clozapine 25 mg/12 jam dan Trihexyphenidil 2 mg/12 jam. Semua obat tersebut dikonsumsi secara *oral* atau melalui mulut. Manfaat dari Trifluoperazin yaitu untuk terapi kecemasan jangka pendek. Pernyataan tersebut sesuai dengan yang tercantum pada Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (2014) bahwa *Trifluoperazin* adalah obat yang digunakan untuk mengobati gangguan mental/mood pada pasien

skizofrenia atau gangguan psikotik. Kontraindikasi dari obat tersebut yaitu gangguan kejang, glaukoma, pasien lansia, serta ibu hamil dan menyusui. Pendapat tersebut di dukung dengan pernyataan Copel (2015) yang menyatakan bahwa kontraindikasi dari obat Trifluoperazin adalah untuk pasien dengan gangguan kejang, glaukoma, pasien ibu hamil serta pasien lansia. Efek samping dari Trifluoperazine yaitu tremor, mengiler, sulit menelan, gangguan keseimbangan atau bejalan. Selanjutnya adalah obat *Clozapine*. *Clozapine* adalah obat yang digunakan untuk mengurangi gejala psikosis yang diberikan kepada penderita skizofrenia. Pernyataan tersebut sesuai yang terdapat pada Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (2014) yang menyatakan bahwa *Clozapine* merupakan obat yang digunakan untuk mengurangi gejala psikosis pada penderita skizofrenia. Kontraindikasi dari obat tersebut yaitu penyakit jantung. Hal tersebut sesuai menurut Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (2014) yang menyatakan bahwa kontraindikasi dari obat *Clozapine* adalah penyakit jantung. Untuk efek samping yang muncul pada obat tersebut yaitu gelisah, agitasi, gangguan tidur dan sakit kepala. hal ini terdapat dalam Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (2014) bahwa efek samping dari obat Clozapine yaitu munculnya rasa gelisah, agitasi, cemas, gangguan tidur dan sakit kepala. Yang terakhir adalah *Trihexypenidil* merupakan obat yang digunakan untuk penyakit psikotik akut maupun kronis yang disertai dengan aktivitas psikomotor. Hal ini sesuai Deglin dan Vallerand (2012) bahwa obat *Trihexypenidil* termasuk obat golongan anipsikotik yang digunakan untuk pengobatan psikotik akut maupun kronis dengan peningkatan aktivitas motorik. Untuk kontraindikasi obat tersebut meliputi *hipersensitivitas*, hal ini sesuai dengan pernyataan Degllind dan Vellerand (2012) bahwa kontraindikasi dari obat *Trihexypenidil* adalah *hipersensitivitas*.

Untuk efek samping dari obat Trihexypnidil yaitu mulut kering, sembelit, gangguan penglihatan, nanar, pusing, bicara tidak jelas, psikosis toksik, mengantuk dan pusing. Efek samping tersebut sesuai dengan pendapat Kelliat dan Akemat (2012) yang menyatakan bahwa efek samping dari Trihexypnidil yaitu meliputi gejala sembelit, pusing, mengantuk, mulut kering, nanar, gangguan penglihatan, bicara tidak jelas dan psikotik toksis (agitasi, disorientasi, meracau).

Pada strategi pelaksanaan 2 sudah tercapai, karena pasien mampu mengulang SP 1. Ketika dijelaskan mengenai 5 benar obat, kegunaan obat dan akibat putus obat, pasien dapat mengulangi yang diucapkan penulis. Setelah pasien mengulang SP 1 dan 2, penulis memberikan reinforcement positif dengan mengatakan pintar maupun bagus. Namun saat interaksi dilakukan mata pasien masih mudah beralih, pasien tampak gelisah dan pasien sulit berkonsentrasi. Untuk rencana tindak lanjut yang dilakukan yaitu melanjutkan SP 3 yaitu mengontrol resiko perilaku kekerasan secara fisik (jalan-jalan disekitar ruangan). Untuk tempat pasien ingin berbincang-bincang di kursi tempat makan dan untuk waktu pasien ingin berbincang-bincang pukul 09.00 WIB.

#### 5. Evaluasi

Setelah penulis melakukan pengkajian, perumusan diagnosa, merencanakan intervensi, dan melakukan tindakan keperawatan, setelah itu penulis melakukan tahap akhir yaitu evaluasi. Menurut suprpto (2012) evaluasi adalah catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang dicapai. Menurut penulis evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai dari imolementasi yang sudah dilakukan.

Evaluasi SP 1 pertemuan 1, belum teratasi dan belum tercapai karena pasien tidak mau diajak berbicara. Pasien hanya diam saja dan masuk kamar. Faktor yang menghambat pada pertemuan pertama karena klien masih belum percaya dengan perawat dan pasien masih menarik diri dari interaksi yang dilakukan. Ini sesuai dengan salah satu tanda dan gejala yang dikemukakan oleh Jaya (2015) yaitu menarik diri dan berusaha menghindari orang lain. Untuk itu penulis mempertahankan SP 1 karena pasien belum bisa diajak berinteraksi.

Pada evaluasi SP 1 pertemuan kedua masalah teratasi. Faktor pendukung tercapainya SP 1 yaitu pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala serta akibat dari resiko perilaku kekerasan. Pasien juga mampu mengulangi cara mengontrol marah dengan tehnik nafas dalam. Pada pertemuan kedua SP 1 teratasi, karena pasien mampu berinteraksi. Saat dilakukan evaluasi, pasien mampu menyampaikan penyebab, tanda dan gejala, serta akibat dari resiko perilaku kekerasan. Pasien juga mampu mengulangi apa yang dibicarakan saat dilakukan SP 1 dan pasien mampu mengulangi kembali cara mengontrol marah dengan teknik nafas dalam. Faktor penghambat dari SP 1 pertemuan kedua yaitu mata pasien masih mudah beralih. Cara agar pasien mau melakukan teknik nafas dalam yaitu dengan memberitahu pasien manfaat dari teknik nafas dalam. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Putranto (2015) yang menyatakan bahwa bina hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya, pasien mampu mengungkapkan perasaannya, penyebab perasaan marahnya, dan dapat mengontrol perasaan marah dengan nafas dalam.

Pada evaluasi SP 2 masalah teratasi, karena pasien mampu mengulang 5 benar obat, pasien mampu menyebutkan obat yang dikonsumsi dan pasien

mampu menyebutkan kerugian putus obat. Faktor penghambat saat melakukan SP 2 yaitu mata pasien masih mudah beralih dan pasien sulit untuk berkonsentrasi. Konsentrasi adalah pemusatan pikiran atau perhatian terhadap sesuatu. Hal ini didukung dengan pernyataan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) merupakan kemampuan memusatkan secara penuh terhadap persoalan yang dihadapi. Untuk itu memfokuskan pembicaraan sangat diperlukan agar pasien mampu berkonsentrasi dengan pembicaraan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Dermawan dan Rusdi (2013) yang menyatakan dalam mengontrol resiko perilaku kekerasan dengan penggunaan obat yang perlu dijelaskan yaitu kegunaan obat, menjelaskan cara menggunakan obat dengan 5 benar obat dan menjelaskan kerugian dari putus obat.

Untuk strategi pelaksanaan 3, 4 dan 5 belum dilakukan karena faktor penghambat yang lain yaitu pasien belum mampu mempraktekkan kembali strategi pelaksanaan yang sudah diajarkan sebelumnya. Sehingga penulis tidak bisa mencapai semua SP yang ada. Alternatif yang penulis lakukan yaitu dengan meminta perawat di Wisma Puntadewa untuk melanjutkan strategi pelaksanaan yang belum diberikan oleh penulis agar masalah resiko perilaku kekerasan pada pasien dapat terasi dan pasien mampu melakukan 5 strategi pelaksanaan yang ada untuk mengontrol resiko perilaku kekerasannya.

