

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PASIEN RESIKO
PERILAKU KEKERASAN DENGAN INOVASI TEHNIK RELAKSASI
PROGRESIF DI RUANG ELANG RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH:

AGUS DWI PUTRANTO, S.KEP

1411308250106

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2015

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan
Inovasi Tehnik Relaksasi Progresif di Ruang Elang RSJD Atma Husada Mahakam**

Samarinda

Agus Dwi Putranto¹, Rusni Masnina²

INTISARI

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Beberapa factor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan di antaranya, factor predisposisi dan factor presipitasi. Factor predisposisi meliputi teori biologis (neurologic factor, genetic factor, cycardian rhytm, biochemistry factor, brain area disorder). Adapun factor presipitasi secara umum klien dengan gangguan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbol solidaritas, ekpresi dari iak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi, kesulitan dalam mengkonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik,. Karya Ilmiah Akhir bertujuan untuk menganalisa terapi teknik relaksasi progresif yang diterapkan secara kontinyu pada pasien gangguan persepsi sensori: halusinasi. Hasil analisa menunjukkan bahwa diperoleh hasil bahwa pemberian intervensi terapi teknik relaksasi progresif dapat mengurangi frekuensi marah dan cemas. Terapi yang digunakan untuk pasien resiko perilaku kekerasan yang mengalami kecemasan salah satunya adalah dengan terapi perilaku. Salah satu bentuk dari terapi perilaku adalah dengan teknik relaksasi. Teknik relaksasi yang sering digunakan untuk mengurangi ketegangan otot serta kecemasan adalah relaksasi progresif.

-
1. Mahasiswa Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda Program Studi Ilmu Keperawatan Program Transfer Angkatan IV
 2. Dosen Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

*Analysis of Nursing Clinical Practice in Mental Patients with Risk Behavior Violence
Progressive Relaxation Techniques in the Elang Room RSJD Atma Husada Mahakam
Samarinda*

Agus Dwi Putranto¹, Rusni Masnina²

ABSTRACT

Violent behavior is a condition where a person perform actions that could endanger the physical, either to themselves or others. Some factors that can cause violent behavior among them, predisposing factor and the factor of precipitation. Predisposing factors include biological theory (neurologic factors, genetic factors, cycardian rhythm, biochemistry factor, brain disorder area). As for the factor of precipitation is generally clients with disorders of violent behavior is often associated with self-expression, wanted to show the extensions themselves or a symbol of solidarity, expression of IAK basic needs and socioeconomic conditions, difficulty in eating something in the family and not get used dialogue to solve the problems tend violence in resolving conflict ., Final Thesis aims to analyze the progressive relaxation therapy techniques are applied continuously to the patient's violent behavior. The analysis shows that the obtained results that administration of therapeutic intervention progressive relaxation techniques can reduce the frequency of anger and anxiety. The therapy is used for patients with risk of violent behavior who experience anxiety one is to behavioral therapy. One form of behavior therapy is a relaxation technique. Relaxation techniques are often used to reduce muscle tension and anxiety is progressive relaxation.

-
1. Nursing students of STIKES Muhammadiyah Samarinda, fourth year Transfer Program of Nursing Science Program.
 2. Lecturer in Nursing Science at STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-undang Kesehatan No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan harus dilihat secara menyeluruh sehingga kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak dapat dipisahkan (Stuart & Laraia, 2005).

Gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Secara umum gangguan jiwa (*neurosa*) ataupun sakit jiwa (*psikosa*) ialah gejala – gejala patologik dominan berasal dari unsur psikis dan akan melibatkan semua unsur. Jenis dan karakteristik gangguan jiwa sangat beragam, salah satunya gangguan jiwa yang sering kita temukan dan dirawat yaitu *skizoprenia* (Maramis, 2009).

Gangguan jiwa merupakan masalah yang serius dan penting, karena menyangkut individu dan dapat merugikan baik untuk klien itu sendiri, keluarga, masyarakat, bahkan bisa sampai pemerintah. Fenomena yang terjadi dan berkembang di Indonesia diantaranya adalah tingginya atau semakin bertambahnya klien dengan gangguan jiwa. (Sunaryo, 2009).

Menurut World Health Organization (WHO) 2012 diseluruh dunia, 25 Juta orang menderita Skizofrenia, gangguan psikotik yang paling umum.

Skizofrenia memiliki insiden yang relative rendah tetapi prevalensi tinggi dengan kemungkinan kambuh, Skizofrenia setelah 1 tahun, sampai dengan 77% kambuh, sementara itu jumlah penderita gangguan Jiwa di Indonesia saat ini, menurut Kementrian Kesehatan tahun 2013, penderita gaangguan jiwa berkisar 1 juta orang, sedangkan golongan sedang sampai mencapai 19 juta orang (kompas.com).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 dilaporkan, Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per 1000 jiwa, sedangkan dikaltim 1,4 per 1000 jiwa , pemicu peningkatan penentu gangguan jiwa di samarinda di karenakan musibah banjir, kebakaran, dan putus cinta. Sebagai gambaran, setidaknya tercatat 10.597 pasien yang mengalami gangguan jiwa pada tahun 2012. Angka lalu meningkat pada tahun 2013 sekitar 13,46 persen atau mencapai 13,893 pasien (Kemenkes, RI, 2013).

Dari data diatas tersebut sebagian besar banyak yang mengalami gangguan jiwa salah satunya yaitu gangguan jiwa berupa perilaku kekerasan.

Menurut Yosep , (2010), Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Beberapa factor yang dapat menyebabkan perilaku kekerasan di antaranya, factor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi meliputi teori biologis (faktor

neurologi, faktor genetik, *cyocardian rhytm*, *biochemistry factor*, *brain area disorder*). Adapun faktor presipitasi secara umum klien dengan gangguan perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan ekspresi diri, ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbol solidaritas, ekspresi dari iak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi, kesulitan dalam mengkonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik, adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dari *alcoholisme* dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi, kematian anggota keluarga yang terpenting.

Menurut data rekam medik di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam tahun 2013 tercatat jumlah pasien yang masuk untuk rawat inap mencapai 1.163 orang dengan rata-rata jumlah perhari 110 orang, dengan presentasi 30,3 % yang mengalami halusinasi, 22,6 % mengalami masalah perilaku kekerasan, 17 % dengan masalah isolasi sosial, 10,3 % dengan masalah keperawatan waham, 17,1 % dengan masalah harga diri rendah, dan 2,7 % mengalami masalah resiko bunuh diri. Sedang tahun 2014 (Januari – November) tercatat jumlah pasien rawat inap mencapai 1.155 orang dengan rata-rata jumlah perhari 113 orang, dengan presentasi 33,7 % yang mengalami halusinasi, 24,6 % mengalami masalah perilaku kekerasan, 18,6%, yang mengalami masalah isolasi sosial, 9% yang mengalami waham, 11,5% yang mengalami harga diri rendah, 2,6% yang mengalami masalah

resiko bunuh diri. Dapat dilihat dari data- data diatas bahwa pasien yang mengalami perilaku kekerasan dari tahun ke tahun semakin meningkat.

Tinjauan awal yang peneliti lakukan pada 3 ruang rawat inap kelas I dan II, yaitu ruang Enggang, Tiung, dan Pergam. Untuk data Bulan Desember 2014 jumlah pasien rawat inap rata-rata perhari sebanyak 48 orang. Dan dari jumlah pasien tersebut rata-rata 28 orang (58,3%) mengalami masalah halusinasi (64,3% halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan, (15,7%) pengecapan dan penciuman), 8 orang (16,7%) dengan masalah perilaku kekerasan, 3 orang (6,25%) dengan masalah Harga Diri Rendah, 2 orang (4,17%) dengan masalah isolasi sosial, 4 orang (8,3%) dengan masalah Waham, dan 3 orang (6,25%) dengan masalah Defisit Perawatan diri.

Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan adalah kehilangan kontrol dirinya. Dimana pasien mengalami panik dan perilakunya di kendalikan oleh marahnya. Dalam situasi ini pasien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide), dan merusak lingkungan.

Bila tidak ditangani dengan baik, perilaku kekerasan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol, resiko kekerasan terhadap orang lain dan diri sendiri, tidak mampu berespon terhadap lingkungan. Adapun upaya-upaya penanganan perilaku kekerasan yaitu mengatasi stress termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan

yang digunakan untuk melindungi diri, bersama klien mengidentifikasi situasi yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan dan terapi medik.

Adapun upaya – upaya untuk mengontrol dari penanganan perilaku kekerasan yaitu berupa tehnik relaksasi napas dalam, latihan fisik dengan cara memukul bantal, latihan dengan cara spiritual dan dengan obat yang teratur. Namun penulis menambahkan intervensi inovasi yang mampu mengontrol emosi dan kecemasan dari perilaku kekerasan yaitu tehnik relaksasi progresif.

Menurut Asmadi (2008), Teknik Latihan Relaksasi Progresif sebagai salah satu tehnik relaksasi otot yang terbukti atau terdapat hasil memuaskan dalam program terapi terhadap ketegangan otot yang mampu mengatasi keluhan anxietas, insomnia, kelelahan, kram otot, nyeri leher dan pinggang, tekanan darah tinggi, phobia ringan dan gagap.

Relaksasi progresif merupakan salah satu cara dari tehnik relaksasi yang mengkombinasikan latihan nafas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu. Selanjutnya menurut Townsend, (1999) metode relaksasi otot yang mendalam, dikembangkan pada tahun 1929 oleh dokter Chicago Edmond . Tekniknya didasarkan pada premis bahwa tubuh merespon pikiran memprovokasi kecemasan dengan ketegangan otot. Hasil yang sangat baik telah diamati dengan metode ini dalam pengobatan ketegangan otot, kecemasan, insomnia, depresi, kelelahan, iritasi usus, kejang otot, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan gagap.

Hal ini senada dengan jurnal penelitian Anindita (2012) dengan Pengaruh Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Klien Skizofrenia Paranoid di RSJD Surakarta. Salah satu tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kecemasan klien skizofrenia paranoid di RSJD Surakarta. Distribusi tingkat kecemasan klien skizofrenia paranoid pada penelitian menunjukkan pada *pre test* tingkat kecemasan klien skizofrenia paranoid semuanya memiliki tingkat kecemasan sedang. Selanjutnya tingkat kecemasan responden saat *pre test* menunjukkan sebagian besar responden memiliki tingkat kecemasan ringan yaitu sebanyak 6 responden (33%). Secara keseluruhan tingkat kecemasan pasien sebelum pemberian relaksasi progresif adalah sedang, kondisi ini dimungkinkan karena responden dalam penelitian ini sebagian besar adalah klien skizofrenia paranoid yang telah mendapatkan perawatan beberapa waktu di RSJD Surakarta

Berdasarkan data diatas, perlunya penerapan tindakan keperawatan pada klien dengan perilaku kekerasan secara menyeluruh yaitu meliputi bio-psiko-sosial-dan spiritual, dimana penanganan klien dengan perilaku kekerasan dengan cara melakukan TAK, pendidikan kesehatan, komunikasi terapeutik, terapi energi, dan pemberian obat yang sesuai dengan anjuran dokter, terapi modalitas keperawatan jiwa, kunjungan rumah dan membuat serta tindakan inovasi tehnik relaksasi progresif untuk menurunkan tingkat kecemasa pada klien, oleh karena itu penulis tertarik untuk membuat karya ilmiah akhir ners dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa

Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan tehnik relaksasi progresif terhadap penurunan tingkat kecemasan di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda’.

B. Rumusan Masalah

Dengan rumusan masalah : ‘‘Bagaimana Pelaksanaan Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan tehnik relaksasi progresif terhadap penurunan tingkat kecemasan di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda’.’’

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KI-AN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di Ruang IGD Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan
- b. Menganalisis intervensi memberikan tehnik relaksasi progresif yang diterapkan secara kontinyu pada klien kelolaan dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Aplikatif

- a. Bagi Pasien

Pasien dapat menerima asuhan keperawatan yang komprehensif selama penulisan Karya Ilmiah ini berlangsung.

b. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam memberikan informasi mengenai pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan

2. Aspek Keilmuan

a. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti masa perkuliahan dan sebagai tambahan pengalaman untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya tindakan memberikan tehnik relaksasi progresif pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan.

c. Bagi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam memperkaya bahan pustaka yang berguna bagi pembaca secara keseluruhan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

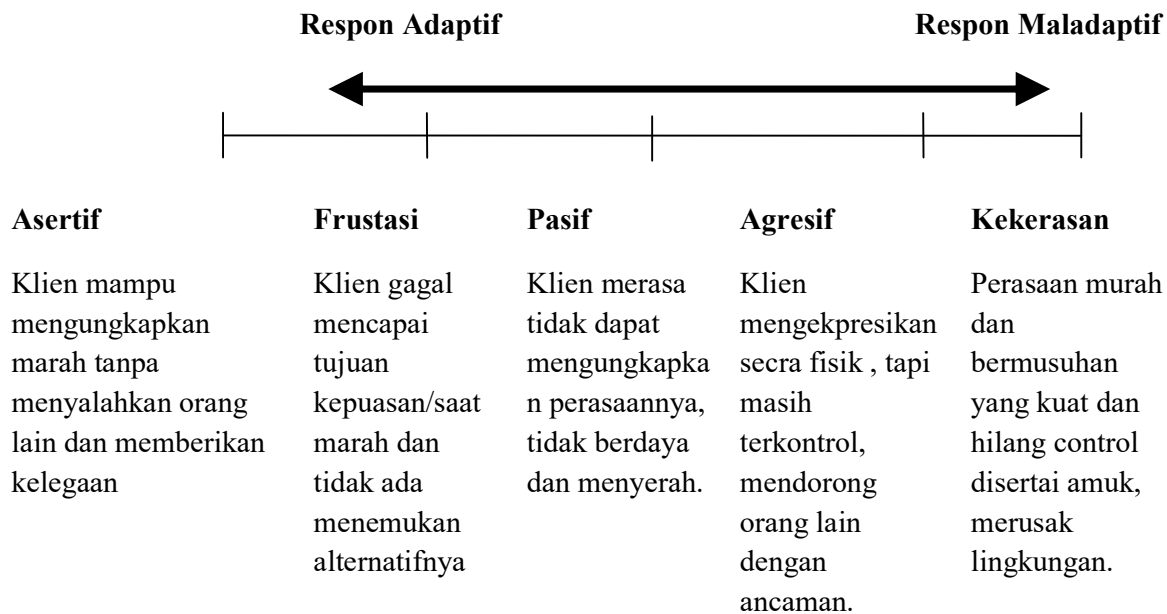
1. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain.(Yosep, 2010)

Perilaku Kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis . berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal , diarahkan pada diri sendiri , orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk , yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan . (Damaiyanti, 2010).

2. Rentang Respon Marah

Menurut Yosep (2010) perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarah tersebut merupakan suatu bentuk komunikasi dan proses penyampaian pesan dari individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituruti atau diremehkan”. Rentang respon kemarahan individu dimulai dari respon normal (asertif) sampai respon sangat tidak normal (maladaptif).



Gambar 2.1 Rentang Respon Marah (Yosep, 2010)

3. Etiologi

a. Faktor Predisposisi

Menurut Yosep (2010) faktor predisposisi klien dengan Perilaku Kekerasan adalah :

1) Teori Biologis

a) Neurologic Faktor

Beragam komponen dari sistem syaraf seperti sinap , neurotransmitter, dendrit , akson terminalis mempunyai peran memfasilitasi atau menghambat rangsangan dan pesan-pesan yang akan mempengaruhi sifat agresif . Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respon agresif.

b) Genetic Faktor

Adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua , menjadi potensi perilaku agresif. Menurut riset Kazuo Murakami (2007) dalam gen manusia terdapat dormant (potensi) agresif yang sedang tidur akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Menurut penelitian genetik tipe karyotype XYY, pada umumnya dimiliki oleh penghuni pelaku tindak kriminal serta orang-orang yang tersangkut hukum akibat perilaku agresif.

c) Cycardian Rhytm

(irama sirkardian tubuh), memegang peranan pada individu. Menurut penelitian pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan sekitar jam 9 dan 13. Pada jam tertentu orang lebih mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.

d) Biochemistry Faktor

(Faktor Biokimia tubuh) seperti neurotransmitter di otak (epineprin, norepineprin, dopamin, asetikolin dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui sistem persyarafan dalam tubuh adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui implus neurotransmitter ke otak dan meresponnya melalui serab

efferent. Peningkatan hormon androgen dan norepineprin serta penurunan serotonin dan GABA pada cairan cerebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.

e) Brain area disorder

Gangguan pada sistem limbik dan lobus temporal , sindrom otak organik tumor otak , penyakit ensepalitis , epilepsi ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindakan kekerasan

2) Teori Psikologis

a) Teori Psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (life span history). Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antara 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 komponen adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya . tidak terpenuhnyaa kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan .

b) Imitation , modeling and information processing theory

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang mentolelir kekerasan . adanya contoh , model dan perilaku yang ditiru dari media atau lingkungan sekitar memungkinkan individu meniru perilaku tersebut .

c) 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 agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya , menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk diperhitungkan.

b. Faktor Prepitasi

Menurut Yosep (2006), faktor presipitasi terjadinya Perilaku Kekerasan adalah :

- Ekspresi diri , ingin menunjukkan ekstensi diri atau simbolis solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola , geng sekolah, perkelahian massal dan sebagainya.
- Ekspresi dari idak terpenuhinya kebutuhn dasar dan kondisi sosial ekonomi
- Kesulitan dalam mengonsumsi sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.

- Adanya riwayat perilaku anti social meliputi penyalahgunaan obat dan alcoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa prustasi.
- Kematian anggota keluarga yang terpenting , kehilangan pekerjaan , perubahan tahap perkembangan keluarga.

4. Tanda dan Gejala

Menurut Yosep (2010) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala pelaku kekerasan berikut ini :

- a) Muka merah dan tegang
- b) Mata melotot / pandangan tajam
- c) Tangan mengepal
- d) Rahang mengatup
- e) Wajah memerah dan tegang
- f) Postur tubuh kaku
- g) Pandangan tajam
- h) Mengatupkan rahang dengan kuat
- i) Mengepalkan tangan
- j) Jalan mondar-mandir.

5. RUFA

A. RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif)

Kondisi adaptif dan maladaptif dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien.

Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri. Adapun lembar observasi pada pasien perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 : Lembar Observasi Pasien Perilaku Kekerasan

No	Respon	Skor		
		1-10	11-20	21-30
1.	Perilaku	<input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri/orang lain. <input type="checkbox"/> Merusak lingkungan. <input type="checkbox"/> Mengamuk <input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang <input type="checkbox"/> Mengancam <input type="checkbox"/> Mata melotot	<input type="checkbox"/> Menentang
2.	Verbal	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi tinggi <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Bicara kasar <input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Menuntut <input type="checkbox"/> Berdebat	<input type="checkbox"/> Intonasi sedang <input type="checkbox"/> Menghina orang lain <input type="checkbox"/> Berdebat
3.	Emosi	<input type="checkbox"/> Labil	<input type="checkbox"/> Labil	<input type="checkbox"/> Labil

		<input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Marah-marah <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Dendam <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman	<input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Ekspresi tegang <input type="checkbox"/> Merasa tidak aman
4.	Fisik	<input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Nafas pendek <input type="checkbox"/> Keringat (+) <input type="checkbox"/> Tekanan darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan Darah meningkat	<input type="checkbox"/> Pandangan tajam <input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun.

Berdasarkan prinsip tindakan intensif segera, maka penanganan kedaruratan dibagi dalam:

1) Fase intensif I (24 jam pertama)

Pasien dirawat dengan observasi, diagnosa, tritmen dan evaluasi yang ketat. Berdasarkan evaluasi pasien memiliki tiga kemungkinan

yaitu dipulangkan, dilanjutkan ke fase intensif II, atau dirujuk ke rumah sakit jiwa.

2) Fase intensif II (24-72 jam pertama)

Perawatan pasien dengan observasi kurang ketat sampai dengan 72 jam. Berdasarkan hasil evaluasi maka pasien pada fase ini memiliki empat kemungkinan yaitu dipulangkan, dipindahkan ke ruang fase intensif III, atau kembali ke ruang fase intensif I.

3) Fase intensif III (72 jam- 10 hari)

Pasien dikondisikan sudah mulai stabil, sehingga observasi sudah mulai berkurang dan tindakan keperawatan diarahkan kepada tindakan rehabilitasi. merujuk kepada hasil evaluasi maka pasien pada fase ini dapat dipulangkan, dirujuk ke rumah sakit jiwa atau unit psikiatri di rumah sakit umum ataupun kembali ke ruang

Konsep Dasar Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan, atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Data pengkajian kesehatan jiwa dapat dikelompokkan menjadi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki klien (Keliat & Akemat 2009).

a. Untuk dapat menjangkau data yang diperlukan umumnya, dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian. Isi pengkajian meliputi :

- 1) Identitas klien
- 2) Keluhan utama atau alasan masuk
- 3) Faktor predisposisi
- 4) Aspek fisik atau biologis
- 5) Aspek psikososial
- 6) Status mental
- 7) Kebutuhan persiapan pulang
- 8) Mekanisme koping
- 9) Masalah psikososial dan lingkungan
- 10) Pengetahuan
- 11) Aspek medik

Kemudian data yang diperoleh dapat dikelompokkan menjadi dua macam sebagai berikut :

- a. Data objektif ialah data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat.
- b. Data subjektif ialah data yang disampaikan secara lisan oleh klien dan keluarga. Data ini diperoleh melalui wawancara perawat kepada klien dan keluarga. Data yang langsung didapat oleh perawat disebut sebagai data primer, dan data yang diambil dari hasil catatan tim kesehatan lain sebagai data sekunder.

Menurut Yosep (2010), pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kultural-spiritual yaitu :

a) Aspek Biologis

Respons fisiologis timbul karena kegiatan system saraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin sehingga tekanan darah meningkat , tachikardi, muka merah, pupil melebar, pengeluaran urine meningkat. Ada gejala yang sama dengan kecemasan seperti meningkatnya kewaspadaan , ketegangan otot seperti rahang terkatup, tangan dikepal, utubuh kaku, dan reflek cepat. Hal ini disebabkan oleh energi yang dikeluarkan saat marah bertambah.

b) Aspek Emosional

Individu yang marah merasa tidak nyaman, merasa tidak berdaya, jengkel, frustrasi, dendam , ingin memukul orang lain, mengamuk, bermusuhan dan sakit hati, menyalahkan dan menuntut.

c) Aspek intelektual

Sebagian besar pengalaman hidup individu didapatkan melalui proses intelektual, peran panca indra sangat penting untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selanjutnya diolah dalam proses intelektual sebagai suatu pengalaman. Perawat perlu mengkaji cara klien marah, mengidentifikasi penyebab kemarahan, bagaimana informasi diproses , diklarifikasi dan di integrasikan.

d) Aspek Sosial

Meliputi interkasi sosial, budaya, konsep rasa percaya dan ketergantungan. Emosi marah sering merangsang kemarahan orang lain. Klien sering kali menyalurkan kemarahan dengan mengkritik tingkah laku yang lain sehingga orang lain merasa sakit hati dengan mengucapkan kata-kata kasar yang berlebihan disertai suara keras. Proses tersebut dapat mengasingkan individu sendiri , menjauhkan diri dari orang lain, menolak mengikuti aturan.

e) Aspek spiritual

Kepercayaan , nilai dan moral mempengaruhi hubungan individu dengan lingkungan. Hal yang bertentangan dengan norma yang dimiliki dapat menimbulkan kemarahan yang dimanifestasikan dengan amoral dan rasa tidak berdosa.

2. Data Fokus Pada pengkajian pasien Perilaku Kekerasan

Data Fokus Pengkajian pada Klien Risiko Perilaku Kekerasan
(keliat dan akemat, 2009)

Berikan Tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan data pada pasien

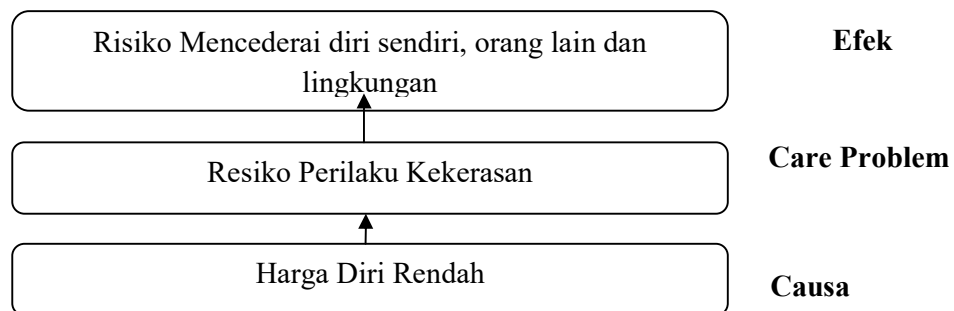
	Perilaku / Usia	korban / usia	saksi / usia
1. Aniaya Fisik	() ()	() ()	() ()
2. Aniaya seksual	() ()	() ()	() ()
3. Penolakan	() ()	() ()	() ()
4. Kekerasan dalam Keluarga	() ()	() ()	() ()
5. Tindakan kriminal	() ()	() ()	() ()
6. Aktivitas motorik	() ()	() ()	() ()
() Lesu	() Tegang	() Gelisah	() Agitasi
() Tik	() Grimasem	() Tremor	() Kompulsif

3. Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan pada Perilaku Kekerasan adalah :

1. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain, lingkungan dan verbal)
2. Perilaku kekerasan
3. Harga diri rendah kronis

4. Pohon masalah pada Perilaku Kekerasan



3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Keliat (2009) diagnosa keperawatan adalah identifikasi atau penilaian terhadap pola respons klien baik aktual maupun potensial.

Diagnosa yang diangkat berdasarkan diagnosa keperawatan berdasarkan pohon masalah :

1. Perilaku kekerasan
2. Harga diri rendah kronis
3. Risiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan,dan verbal)

4. Intervensi

Intervensi keperawatan atau perencanaan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari pasien dan atau tindakan yang

harus dilakukan oleh perawat. Intervensi keperawatan dipilih untuk membantu pasien dalam mencapai hasil pasien yang diharapkan dan tujuan pemulangan (Doenges, 2000).

Berdasarkan pohon masalah diatas dan masalah keperawatan diangkat dua diagnosa keperawatan sebagai berikut :

a) **Diagnosa keperawatan 1 : Perilaku Kekerasan**

Tujuan 1 :Klien dapat membina hubungan saling percaya

1) Kriteria Evaluasi

- a. Klien mau membalas salam, mau menjawab salam, mau menyebutkan nama, mau tersenyum, klien mau kontak mata, klien mengetahui nama perawat.

2) Intervensi

- a Beri salam/panggil nama.
- b Sebutkan nama perawat sambil jabat tangan.
- c Jelaskan maksud hubungan interaksi.
- d Jelaskan tentang kontrak waktu yang akan dibuat.
- e Beri rasa aman dan sikap empati.
- f Lakukan kontrak singkat dan sering.

3) Rasional

Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya.

Tujuan 2 :Klien dapat melakukan mengontrol marah secara fisik :
teknik tarik nafas dalam

- a Klien mau mengungkapkan perasaannya.
- b Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri, dari lingkungan/orang lain

1) Intervensi

- a Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.
- b Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal.
- c Bantu klien melakukan mengontrol marah dengan cara teknik tarik nafas dalam

2) Rasional

Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya dapat membantu mengurangi stress dan penyebab perasaan jengkel/kesal dapat diketahui.

Tujuan 3 :Klien dapat melakukan mengontrol marah dengan cara fisik ke dua : pukul bantal dan kasur

1) Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mampu mengontrol marah dengan cara ke dua : pukul bantal dan kasur.

2) Intervensi

- a Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien.
- b Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal dan kasur.

3) Rasional

- a. Untuk mengetahui hal yang dialami dan dirasa saat jengkel
- b. Untuk mengetahui tanda-tanda klien jengkel/kesal
- c. Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengetahui tanda-tanda marah/jengkel

Tujuan 4 : Klien dapat mengontrol marah dengan cara social verbal

1.) Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan dengan cara social verbal.

2) Intervensi

- a. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat jengkel/kesal kepada seseorang.

3) Rasional

- a. Mengeksplorasi perasaan klien terhadap perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- b. Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif
- c. Dapat membantu klien dapat menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah

Tujuan 5 :Klien dapat mengontrol marah dengan cara spiritual.

1) Kriteria Evaluasi

Klien dapat mampu melakukan mengontrol marah dengan spiritual .

2) Intervensi

- a Anjurkan klien sembahyang
- b Anjurkan klien berdoa

3) Rasional

- a. Membantu klien untuk menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah dengan cara berdoa (spiritual).

Tujuan 6 : Klien dapat menyebutkan dan menggunakan obat dengan benar(sesuai program pengobatan).

1) Kriteria Evaluasi

- a. Klien dapat menyebutkan obat obat yang diminum dan kegunaanya (jenis ,waktu, dosis dan efek)
- b. Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan.

2) Intervensi

- a) Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien kepada klien dan keluarga.
- b) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter.
- c) Jelaskan prinsip benar obat (baca nama yang tertera pada botol obat, dosis obat, waktu dan cara minum).
- d) Anjurkan klien minta obat dan minum obat tepat waktu.
- e) Anjurkan klien melaporkan pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan.

f) Beri pujian jika klien minum obat dengan benar.

3). Rasional

- a. Klien dan keluarga dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien
- b. Klien dan keluarga mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengkonsumsi obat
- c. Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya minum obat dengan kesadaran sendiri
- d. Mengetahui efek samping obat sedini mungkin sehingga tindakan dapat dilakukan sesegera mungkin untuk menghindari komplikasi
- e. Reinforcement positif dapat memotivasi keluarga dan klien serta dapat meningkatkan harga diri

SP Keluarga pada pasien perilaku kekerasan :

1) Kriteria Evaluasi

SP 1 Keluarga klien dapat:

Mampu menjelaskan penyebab, tanda, gejala, akibat dan cara merawat pasien serta mampu memperagakan cara merawat.

SP 2 Keluarga klien dapat :

Keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat dan membuat RTL.

SP 3 keluarga Klien dapat :

Keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat pasien.

2) Intervensi

SP 1

- a. Identifikasi masalah yang dirasakan keluarga
- b. Jelaskan tentang PK dari :
 - Penyebab, tanda, dan gejala PK
 - Akibat
 - Cara merawat
- c. Latih 2 cara merawat
- d. RTL keluarga / jadwal untuk merawat pasien.

SP 2

- a. Evaluasi SP 1
- b. Latih simulasi 2 cara lain untuk merawat pasien
- c. Latih langsung ke pasien
- d. RTL keluarga

SP 3

- a. Evaluasi SP 1, 2
- b. Latih langsung ke pasien
- c. RTL keluarga.

b) Diagnosa Keperawatan II : Harga Diri Rendah Kronis

SP 1 P

1. identifikasi kemampuan positif yang dimiliki
 - a. Diskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif
 - b. Beri pujian yang realistis dan hindari pasien dengan penilaian yang negative.
2. Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini
 - a. Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini
 - b. Bantu pasien untuk menetapkan aktifitas mana yang dapat dilakukan
3. pilih kemampuan yang akan dilatih
 - a. diskusikan dengan pasien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan pilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari – hari.
 - b. Bantu pasien menetapkan aktifitas mana yang dilakukan secara mandiri
4. nilai kemampuan pertama yang akan dipilih
5. masukkan kedalam jadwal kegiatan pasien.

SP 2 P

1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1
2. Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan
3. Latih kemampuan yang dipilih
4. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian

SP 3 P

1. Evaluasi kegiatan yang lalu SP 1, 2
2. Memilih kemampuan yang ketiga yang dapat dilakukan
3. Masukkan kedalam jadwal kegiatan harian

SP Keluarga pada pasien HDR :

3) Kriteria Evaluasi

SP 1 Keluarga klien dapat:

Mampu menyediakan fasilitas untuk melakukan kegiatan pasien dan cara merawat pasien serta mampu memperagakan cara merawat.

SP 2 Keluarga klien dapat :

Keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat dan membuat RTL.

SP 3 keluarga Klien dapat :

Keluarga mampu menyebutkan kegiatan yang sudah dilakukan dan mampu merawat pasien.

Intervensi

SP 1

- a. Identifikassi masalah yang dirasakan keluarga
- b. Jelaskan tentang HDR dari :
- c. Jelaskan cara merawat
- d. Main peran dalam merawat pasien HDR
- e. RTL keluarga / jadwal untuk merawat pasien.

SP 2

- a. Evaluasi SP 1
- b. Latih langsung kepasien
- c. RTL keluarga

SP 3

- a. Evaluasi SP 1, 2
- b. Latih langsung kepasien
- c. RTL keluarga.

C) Diagnosa Keperawatan III : Resiko Prilaku Kekerasan (Pada diri sendiri, orang lain, lingkungan,dan verbal)

Tujuan 1 :Klien dapat melakukan mengontrol marah secara fisik :
teknik tarik nafas dalam

c. Klien mau mengungkapkan perasaannya.

d. Klien dapat mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal (dari diri, dari lingkungan/orang lain

3) Intervensi

d. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya.

e. Bantu klien untuk mengungkapkan penyebab perasaan jengkel/kesal.

f. Bantu klien melakukan mengontrol marah dengan cara teknik tarik nafas dalam.

4) Rasional

Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya dapat membantu mengurangi stress dan penyebab perasaan jengkel/kesal dapat diketahui.

Tujuan 2 : Klien dapat melakukan mengontrol marah dengan cara fisik ke dua : pukul bantal dan kasur

2) Kriteria Evaluasi

a. Klien dapat mampu mengontrol marah dengan cara ke dua : pukul bantal dan kasur.

4) Intervensi

f. Simpulkan bersama klien tanda-tanda jengkel/kesal yang dialami klien.

g. Anjurkan klien untuk mengungkapkan perilaku kekerasan dengan cara pukul bantal dan kasur.

5) Rasional

- a. Untuk mengetahui hal yang dialami dan dirasa saat jengkel
- b. Untuk mengetahui tanda-tanda klien jengkel/kesal
- c. Menarik kesimpulan bersama klien supaya klien mengetahui tanda-tanda marah/jengkel

Tujuan 3 : Klien dapat mengontrol marah dengan cara social verbal

1.) Kriteria Evaluasi

(2)Klien dapat mengungkapkan perilaku kekerasan dengan cara social verbal.

2). Intervensi

- b. Anjurkan klien mengungkapkan apa yang dialami dan dirasakan saat jengkel/kesal kepada seseorang.

3). Rasional

(1)Mengeksplorasi perasaan klien terhadap perilaku kekerasan yang biasa dilakukan

(2)Untuk mengetahui perilaku kekerasan yang biasa dilakukan dan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif

(3)Dapat membantu klien dapat menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah

Tujuan 4 :Klien dapat mengontrol marah dengan cara spiritual.

1). Kriteria Evaluasi

Klien dapat mampu melakukan mengontrol marah dengan spiritual .

2). Intervensi

a. Anjurkan klien sembahyang

b. Anjurkan klien berdoa

3). Rasional

c. Membantu klien untuk menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah dengan cara berdoa (spiritual).

Tujuan 5: Klien dapat menyebutkan dan menggunakan obat dengan benar(sesuai program pengobatan).

1). Kriteria Evaluasi

a. Klien dapat menyebutkan obat obat yang diminum dan kegunaanya (jenis ,waktu, dosis dan efek)

b. Klien dapat minum obat sesuai program pengobatan.

2). Intervensi

a. Jelaskan jenis-jenis obat yang diminum klien kepada klien dan keluarga.

b. Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter.

c. Jelaskan prinsip benar obat (baca nama yang tertera pada botol obat, dosis obat, waktu dan cara minum).

d. Anjurkan klien minta obat dan minum obat tepat waktu.

e. Anjurkan klien melaporkan pada perawat/dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan.

f. Beri pujian jika klien minum obat dengan benar.

3). Rasional

2. Klien dan keluarga dapat mengetahui kegunaan obat yang dikonsumsi klien
 - a. Klien dan keluarga mengetahui prinsip benar agar tidak terjadi kesalahan dalam mengkonsumsi obat
 - b. Klien dapat memiliki kesadaran pentingnya minum obat dengan kesadaran sendiri
 - c. Mengetahui efek samping obat sedini mungkin sehingga tindakan dapat dilakukan sesegera mungkin untuk menghindari komplikasi
- 2) Reinforcement positif dapat memotivasi keluarga dan klien serta dapat meningkatkan harga diri

Tujuan 6 : Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan.

1). Kriteria Evaluasi

Keluarga klien dapat:

- a. Menyebutkan cara merawat klien yang berperilaku kekerasan.
- b. Mengungkapkan rasa puas dalam merawat klien

2). Intervensi

- a. Identifikasi kemampuan keluarga dalam merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga terhadap klien selama ini.

- b. Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien.
- c. Jelaskan cara-cara merawat klien: Terkait dengan cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif.
- d. Sikap tenang, bicara tenang dan jelas.
- e. Membantu klien mengenal penyebab marah.
- f. Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien.
- g. Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi.

3). Rasional

- a. Kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi akan memungkinkan keluarga untuk melakukan penilaian terhadap perilaku kekerasan
- b. Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien sehingga keluarga terlibat dalam perawatan klien
- c. Agar keluarga dapat merawat klien dengan perilaku kekerasan
- d. Agar keluarga mengetahui cara merawat klien melalui demonstrasi yang dilihat keluarga secara langsung
- e. Mengeksplorasi perasaan keluarga setelah melakukan demonstrasi

5. Implementasi

Menurut Keliat (2009), implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan dengan memperhatikan dan mengutamakan masalah utama yang actual dan mengancam integritas

klien beserta lingkungannya. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah di rencanakan,perawat perlu memvalidasi apakah rencana tindakan keperawatn masih di butuhkan dan sesuai dengan kondisi klien pada saat ini. Hubungan saling percaya antara perawat dengan klien merupakan dasar utama dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan pada klien dengan Perilaku Kekerasan.adalah :

- a. Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP)
- b. Mengidentifikasi penyebab Perilaku Kekerasan
- c. Mengidentifikasi tanda dan gejala Perilaku Kekerasan
- d. Mengidentifikasi Perilaku Kekerasan yang dilakukan
- e. Mengidentifikasi akibat Perilaku Kekerasan
- f. Menyebutkan cara mengontrol Perilaku Kekerasan
- g. Membantu pasien mempraktekan cara mengontrol Perilaku Kekerasan
- h. Menganjurkan memasukkan dalam kegiatan harian. Hal ini dimaksudkan agar tindakan keperawatan selanjutnya dapat dilanjutkan.

6. Evaluasi

Evaluasi menurut Keliat (2009) adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan kepada klien. Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilaksanakan. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi

proses atau formatif yang dilakukan tiap selesai melakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan respons klien dengan tujuan yang telah ditentukan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP dengan penjelasan sebagai berikut:

S (Subjektif) Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan. Dapat diukur dengan menanyakan pertanyaan sederhana terkait dengan tindakan keperawatan seperti “coba bapak sebutkan kembali bagaimana cara mengontrol atau memutuskan halusinasi yang benar?”

O (Objektif) Respon objektif dari klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dapat diukur dengan mengobservasi perilaku klien pada saat tindakan dilakukan.

A (Analisis) Analisis ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Dapat pula membandingkan hasil dengan tujuan.

P (Planing) Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan tindak lanjut perawat. Rencana tindak lanjut dapat berupa:

- a. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
- b. Rencana dimodifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan.
- c. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama diberikan.

Hasil yang diharapkan pada asuhan keperawatan klien dengan perilaku kekerasan adalah:

- a. Klien mampu membina hubungan saling percaya dengan perawat
- b. Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- c. Klien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- d. Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
- e. Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan
- f. Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam merespon kemarahan
- g. Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan
- h. Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan
- i. Klien dapat menggunakan obat-obatan yang diminum dan kegunaannya (jenis,waktu, dosis, efek).

7. Dokumentasi

Perawat kesehatan jiwa mendokumentasikan keseluruhan proses keperawatan yang dilakukan pada klien mulai dari awal sampai akhir rangkaian proses asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah

suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan , melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis , valid dan tidak dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum.

Tersedia sarana dan fasilitas untuk mencatat dan mengkomunikasikan keseluruhan dari proses keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi.

1. Kriteria proses

Perawat :

- a. Mencatat semua tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien sesuai dengan rencana yang sudah ditetapkan.
- b. Memastikan bahwa semua bentuk kegiatan asuhan sudah tercatat dengan tepat/benar.
- c. Memastikan bahwa seluruh informasi hasil pemeriksaan tercantum dengan benar.
- d. Memastikan bahwa keseluruhan catatan mengenai informasi tentang klien sudah terisi dengan benar/cepat.

2. Kriteria Hasil

- a. Seluruh bentuk kegiatan yang dilakukan oleh perawat kesehatan lain tercatat pada sarana dan fasilitas yang tersedia dengan menerapkan prinsip-prinsip pendokumentasian secara tepat.

- b. Tidak terjadi pengulangan dalam pendokumentasian.

Kecemasan

Cemas (ansietas) adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Pengertian lain cemas adalah suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan. Jadi, cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Kusumawati dan Hartono, 2010).

Menurut Rathus and Nevid (2003) Kecemasan adalah suatu keadaan aprehensi atau keadaan khawatir yang mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi. Sedangkan menurut jurnal penelitian dari Marwiati (2005) Kecemasan adalah sensasi yang membingungkan dari kejadian yang akan datang yang muncul tanpa alasan. Selanjutnya menurut jurnal dari Filino Dominikus ect (2009) Kecemasan didefinisikan sebagai perasaan gugup, dan ketegangan yang disebabkan oleh lingkungan sekitarnya atau harapan yang terkait dengan gairah. Tuntutan biasanya jadi stress dan dengan demikian menyebabkan ketidakseimbangan antara tuntutan dan kemampuan untuk memenuhi harapan. Kecemasan mempunyai tingkat yaitu : cemas ringan, cemas sedang, cemas berat dan panik (Gail W.Stuart, 2007; Kusumawati dan Hartono, 2010)

- 1) *Kecemasan ringan* berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

Ciri-ciri tingkatan kecemasan ringan antara lain sebagai berikut:

- a) Individu waspada
- b) Lapang persepsi luas
- c) Menajamkan indera

- 2) *Kecemasan sedang* memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

Ciri-ciri tingkatan kecemasan sedang antara lain sebagai berikut:

- a) Individu hanya fokus pada pikiran yang menjadi perhatiannya
- b) Terjadi penyempitan lapang persepsi
- c) Masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain

- 3) *Kecemasan berat* sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain.

Ciri-ciri tingkatan kecemasan berat antara lain sebagai berikut:

- a) Lapangan persepsi individu sangat sempit
- b) Perhatian hanya pada detil yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berfikir

tentang hal-hal yang lain

c) Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk fokus pada area lain

4) *Panik* berhubungan dengan terperangan, sangat ketakutan dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Ciri-ciri tingkatan panik antara lain sebagai berikut:

a) Individu kehilangan kendali diri dan detil

b) Tidak bisa melakukan apa pun meskipun dengan perintah

c) Terjadi peningkatan aktifitas motorik.

Untuk dapat mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan pada seseorang apakah ringan, sedang, berat atau panik, peneliti menggunakan alat ukur (*Instrumen*) *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS –A) yang sedikit dimodifikasi sendiri oleh peneliti. Alat ukur ini terdapat 14 kelompok gejala antara lain: gejala perasaan cemas, gejala ketegangan, gangguan tidur, gejala ketakutan, gejala pernafasan, gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala autonom, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik, dan sikap pada saat wawancara. Masingmasing kelompok gejala berisi nilai angka (*score*) antara 1-4 dengan penilaian sebagai berikut (Nursalam, 2003):

1) Nilai 1 : gejala ringan (melihat satu gejala dari gejala yang ada)

2) Nilai 2 : gejala sedang (melihat lebih dari satu gejala yang ada)

3) Nilai 3 : gejala berat (melihat lebih dari separuh gejala yang ada)

4) Nilai 4 : gejala panik (menilai semua gejala yang ada)

Nilai angka (*score*) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui tingkat kecemasan seseorang dengan melihat total nilai (*score*). Dari hasil pengukuran rasa cemas akan diperoleh skor dan kriteria sebagai berikut:

- 1) 1-14 = Cemas ringan
- 2) 15-27 = Cemas sedang
- 3) 28-41 = Cemas berat
- 4) >42 = Panik

Konsep Intervensi Inovasi

Intervensi inovasi yang dilakukan pada pasien dengan halusinasi di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam adalah dengan teknik relaksasi progresif. Adapun konsep intervensi inovasi ini sebagai berikut:

1. Pengertian

Terapi yang digunakan untuk pasien resiko perilaku kekerasan yang mengalami kecemasan salah satunya adalah dengan terapi perilaku. Salah satu bentuk dari terapi perilaku adalah dengan teknik relaksasi. Teknik relaksasi yang sering digunakan untuk mengurangi ketegangan otot serta kecemasan adalah relaksasi progresif (Sheridan dan Radmacher, 1992). Latihan relaksasi progresif sebagai salah satu tehnik relaksasi otot telah terbukti dalam program terapi terhadap ketegangan otot mampu mengatasi keluhan anxietas, insomnia, kelelahan, kram otot, nyeri leher dan pinggang, tekanan darah tinggi, fobi ringan dan gagap (Davis, 1995). Menurut Black

and Mantasarin (1998) bahwa tehnik relaksasi progresif dapat digunakan untuk pelaksanaan masalah psikis. Relaksasi yang dihasilkan oleh metode ini dapat bermanfaat untuk menurunkan kecemasan, kontraksi otot dan memfasilitasi tidur.

Relaksasi merupakan suatu terapi relaksasi yang diberikan kepada pasien dengan menegangkan otot-otot tertentu dan kemudian relaksasi. Relaksasi progresif adalah suatu cara dari teknik relaksasi yang mengkombinasi latihan nafas dalam dan serangkaian kontraksi dan relaksasi otot (Smeltzer and Bare, 2002). Sedangkan menurut Asmadi (2008), Teknik Latihan Relaksasi Progresif sebagai salah satu teknik relaksasi otot yang terbukti atau terdapat hasil memuaskan dalam program terapi terhadap ketegangan otot yang mampu mengatasi keluhan anxietas, insomnia, kelelahan, kram otot, nyeri leher dan pinggang, tekanan darah tinggi, phobia ringan dan gagap. Selanjutnya, menurut jurnal penelitian dari Funda (2009) latihan relaksasi progresif ditemukan untuk mengurangi kecemasan dalam studi yang dilakukan pada pasien stoma, pasien yang kemoterapi dan pasien psikiatri serta pasien rehabilitasi jantung. Menurut jurnal penelitian dari Kustanti (2008), Relaksasi progresif merupakan suatu terapi relaksasi yang diberikan kepada klien dengan menegangkan otot-otot tertentu dan kemudian relaks.

Relaksasi progresif merupakan salah satu cara dari teknik relaksasi yang mengkombinasikan latihan nafas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot tertentu. Selanjutnya menurut Townsend, (1999) metode relaksasi otot yang mendalam, dikembangkan pada tahun 1929 oleh dokter

Chicago Edmond . Tekniknya didasarkan pada premis bahwa tubuh merespon pikiran memprovokasi kecemasan dengan ketegangan otot. Hasil yang sangat baik telah diamati dengan metode ini dalam pengobatan ketegangan otot, kecemasan, insomnia, depresi, kelelahan, iritasi usus, kejang otot, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan gagap.

2. Prosedur relaksasi progresif

Menurut Townsend (1999) teknik relaksasi progresif dapat dilakukan dengan posisi berbaring atau duduk di kursi. Dalam melakukan teknik relaksasi progresif, mengulangi setiap petunjuk.

Tegangkan setiap kelompok otot selama 5-7 detik kemudian rileks selama 20-30 detik. Langkah-langkahnya :

- 1) Mulailah dengan mengambil tiga dalam yaitu napas lambat, menghirup melalui hidung dan melepaskan udara perlahan-lahan melalui mulut.
- 2) Kepalkan kedua telapak tangan, kencangkan bisep dan lengan bawah. Bimbing pasien ke otot tegang, anjurkan memikirkan rasa dan ketegangan otot sepenuhnya. Kemudian relaks.
- 3) Kerutkan dahi ke atas. Pada saat yang sama tekan kepala sejauh mungkin kebelakang, putar searah jarum jam dan kebalikannya. Kemudian relaks.
- 4) Kerutkan otot muka seperti cemberut, mata dikedipkan, bibir dimonyongkan ke depan, dan bahu dibungkukan. Kemudian relaks

- 5) Lengkukan punggung ke belakang sambil tarik napas dalam, tahan. Kemudian relaks.
- 6) Tarik kaki dan ibu jari ke belakang mengarah ke muka, tahan. Kemudian relaks. Lipat ibu jari secara serentak, kencangkan betis, paha dan pantat. Kemudian relaks.
- 7) Sekarang rasakan relaks di seluruh tubuh Anda. Rasakan perasaan ketegangan meninggalkan seluruh diri anda, dan anda merasa benar-benar rileks.

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TEHNIK RELAKSASI
PROGRESIF**

NO	PROSEDUR	KETERANGAN
1.	PERSIAPAN	
	a. Menyiapkan lingkungan yang memungkinkan melakukan kegiatan relaksasi progresif b. Menjelaskan tehnik dasar prosedur yang akan dilakukan dengan cermat agar bisa dimengerti oleh pasien c. Menjelaskan lama waktu relaksasi progresif yang efektif (10 -20 menit) d. Meminta kepada pasien untuk berdiri, melepaskan alas kaki, memposisikan badan nyaman mungkin dan tidak saling bersentuhan dengan anggota tubuh yang lain serta benda yang ada disekitar	
2.	PELAKSANAAN RELAKSASI PROGRESIF	
	a. Meminta pasien untuk memejamkan mata b. Meminta pasien untuk menarik napas dalam dan menghembuskan napas dengan	

	<p>panjang</p> <p>c. Meminta kepada pasien untuk : menarik napas dalam :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala : kerutkan dahi, kedipkan mata dan bibir monyongkan. Rasakan ketegangan pada bagian tersebut, tahan selama 5 detik, hembuskan napas secara perlahan, dalam hati katakana “relaks”. 2. Leher : tekan kepala kebelakang, anggukan kepala ke arah dada, putar kepala ke bahu kanan, putar ke bahu kiri. Rasakan ketegangan pada bagian tersebut, tahan selama 5 detik, hembuskan napas secara perlahan dan kendurkan secara perlahan. Dalam hati katakana “relaks”. 3. Bahu : angkat bahu kanan seolah olah ingin menyentuh telinga, angkat bahu kiri seolah olah ingin menyentuh telinga, angkat kedua bahu seolah olah menyentuh telinga. 4. Bahu dan lengan : tahan lengan dan mengepal, kemudian kepalkan tangan bengkokkan lengan , pada siku, kencangkan lengan sambil tahan 5 detik, kemudian hembuskan napas perlahan sambil mengendurkan dan katakan “relaks”. 5. Dada : tarik napas dalam dan kencangkan otot-otot dada dan tahan 5 detik, kemudian hembuskan napas perlahan sambil mengendurkan dan katakana “relaks”. 6. Punggung : lengkungkan punggung ke belakang sambil menarik napas dalam dan tekan lambung keluar. Kemudian hembuskan napas perlahan sambil mengendurkan dan katakan “relaks”. 7. Perut : kencangkan perut, tekan keluar dan tarik ke dalam, tahan 5 detik Kemudian hembuskan napas perlahan sambil mengendurkan dan katakan “relaks”. 8. Paha dan kaki : kencangkan paha, 	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>tekan tumit ke lantai, kencangkan otot kaki dibawah lutut, tekuk jari ke bawah seolah olah menyentuh telapak kaki, angkat jari kaki keatas seolah olah menyentuh lutut, tahan 5 detik, Kemudian hembuskan napas perlahan sambil mengendurkan dan katakan “relaks”.</p>	
3.	TERMINASI	
	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengeksplorasi perasaan klien b. Berdiskusi tentang umpan balik dengan pasien c. Melakukan kontrak : topik, waktu dan, tempat, untuk kegiatan selanjutnya / terminasi jangka panjang 	
4.	DOKUMENTASI	
	<ul style="list-style-type: none"> a. Catat waktu pelaksanaan tindakan b. Catat respon pasien c. Paraf dan nama perawat jaga 	

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A Pengkajian	49
B Masalah Keperawatan	58
C Intervensi Keperawatan	60
D Intervensi Inovasi	62
E Implementasi	64
F Evaluasi	68

BAB IV ANALISA SITUASI

A Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda	69
B Analisis Masalah Keperawatan	70
C Analisis Intervensi Inovasi	75
D Alternatif Pemecahan Masalah	77

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A Kesimpulan

1. Asuhan keperawatan jiwa pasien dengan Resiko Perilaku Kekerasan di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda didapatkan 3 masalah keperawatan yang sesuai teori dan kasus yaitu koping individu tidak efektif sebagai penyebab, resiko perilaku kekerasan sebagai core problem, dan resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebagai akibat.
2. Menganalisa intervensi terapi teknik relaksasi progresif yang diterapkan secara kontinyu pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan diperoleh hasil bahwa pemberian intervensi terapi teknik relaksasi progresif dapat mengurangi tingkat kecemasan klien dari sedang ke ringan saat marah timbul.

B Saran

1. Bagi Perawat
 - a. Perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan terkait resiko perilaku kekerasan. Edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan mempertimbangkan keadaan saat pasien pulang ke rumah. Pemberian edukasi kesehatan sebaiknya selama pasien dirawat sehingga dapat dievaluasi.
 - b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk resiko perilaku kekerasan.

2. Perawat dapat menerapkan pemberian intervensi relaksasi progresif secara kontinyu pada klien yang mengalami resiko perilaku kekerasan.

3. Orangtua Pasien

Orangtua pasien sebaiknya memfasilitasi pasien untuk kepatuhan dalam program pengobatan dan program rutin kontrol ke rumah sakit.

4. Institusi Pendidikan

Bagi Institusi pendidikan selanjutnya agar dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai cara mengontrol perilaku kekerasan dengan tehnik relaksasi progresif, serta tehnik relaksasi lain selain yang dilakukan oleh penulis. Hal itu tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, I.S. (2006). *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika Aditama.
- Bima Anindita (2012). *Pengaruh Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Klien Skizofrenia Paranoid di RSJD Surakarta*. Diakses pada tanggal 26 Agustus 2015
- Data Rekam Medik. (2015). RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Tidak dipublikasikan.
- Depdiknas. (2000). *Undang-undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional*. http://www.jakarta_teachers.com. Tanggal akses: 26 Agustus 2015
- Funda,O., Turkan,P. (2009). *The Effect of Training and Progressive Relaxation Exercise On Anxiety Level After Hysterectomy*. Ataturk University School of Nursing,Erzurum. *The New Journal of Medicine* 2009;26:102-107
- Doenges, M.E, dkk. (2000).*Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC
- Keliat, BA (2009). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Stuart, G.W, (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Suryani.(2005). *Komunikasi terapeutik*. EGC. Jakarta
- Yosep, I. (2010). *Buku Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. Bandung : Refika Aditama.
- <http://www.vivaborneo.com/gangguan-jiwa-di-kaltim-capai-200-ribu-orang.htm>. diakses pada tanggal 26 Agustus 2015

<http://id.berita.yahoo.com/orang-gila-terbanyak-di-samarinda.html>. diakses tanggal 26 Agustus 2015

<http://kesehatan.kompasiana.com/kejiwaan/2011/10/24/174-juta-orang-alami-stres-dan-depresi/>. Diakses tanggal 26 Agustus 2015