

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN INTERVENSI INOVASI
TERAPI OKUPASI MELIPAT KERTAS TERHADAP PERUBAHAN
GEJALA MARAH DI RUANG TIUNG RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA TAHUN 2017**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



DISUSUN OLEH :

Titin Setiawati

1611308250357

PROGAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2017

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Pasien Resiko Perilaku
Kekerasan dengan Terapi Inovasi Okupasi Melipat Kertas Terhadap
Penurunan Gejala Marah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun
2017**

Titin Setiawati¹, Mukhriyah Damaiyanti²

INTISARI

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau perilaku kekerasan terdahulu. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi terapi okupasi melipat kertas untuk mengetahui kemampuan mengontrol marah pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Tujuan utama terapi okupasi adalah mengembalikan fungsi mental terutama membantu melepaskan emosi secara wajar. Hasil analisa menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kemampuan mengontrol diri dari perilaku kekerasan.

Kata Kunci : Terapi Okupasi, Resiko Perilaku Kekerasan

Analysis of Clinical Practice of Soul on Patients with Risk of Violence Behavior by Innovation Intervention of Occupational paper folding Therapy Against Anger Control Abilities in at Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Area Samarinda 2017

Titin Setiawati¹, Mukhriyah Damaiyanti²

ABSTRACT

Violent behavior is a condition in which a person performs actions that can be physically harmful, both to himself and to others. Violent behavior can occur in two forms, namely during ongoing violent behavior or previous violent behavior. Final Scientific Work Ners aims to analyze the paper based occupational intervention to determine the ability to control the anger of patients in Atmos Husada Sibbot Atma Husada Hospital Samarinda. The main pupose of occupational therapy is to restore mental functioning, especially helping to release emotions fairly. The results of the analysis show that there is an increased ability to control themselves from violent behavior.

Keywords: Occupational therapy, Risk of Violence Behavior

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut Organisasi Kesehatan dunia (WHO), kesehatan jiwa merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang terbebas dari gangguan jiwa, dan memiliki sikap positif untuk menggambarkan tentang kedewasaan positif untuk menggambarkan tentang kedewasaan serta kepribadiannya. Menurut data WHO pada tahun 2012 angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan mental. Orang yang mengalami gangguan jiwa sepertiganya tinggal di negara berkembang, sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental itu tidak mendapat perawatan (Kemenkes RI, 2012). Meskipun penderita gangguan jiwa memiliki hak untuk sembuh dan diperlakukan secara manusiawi. UU RI No.18 tahun 2014 Bab 1 Pasal 3 tentang kesehatan jiwa telah dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap prang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiw (Kemenkes, 2014).

Departemen kesehatan WHO tahun 2010 memperkirakan tidak kurang dari 450 juta penderita gangguan jiwa ditemukan didunia. Menurut WHO tahun 2013, lebih dari 450 juta orang dewasa secara global diperkirakan mengalami gangguan kesehatan jiwa. Dari jumlah itu, hanya kurang dari separuh yang bias mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan. Gangguan jiwa, termasuk depresi dan

lain-lain, menjadi salah satu problem kesehatan, banyak ditemukan di tengah masyarakat.

Menurut kementerian kesehatan tahun 2013, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini, mencapai lebih dari 28 juta orang, dengan katagori gangguan jiwa ringan 14,3% dan 17% atau 1000 orang menderita gangguan jiwa berat. Disbanding ratio dunia yang hanya satu permil, masyarakat Indonesia yang telah mengalami gangguan jiwa ringan sampai berat telah mencapai 18,5% (Depkes RI, 2009).

Berdasarkan dari data tersebut bahwa pertahun di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa selalu meningkat. Prevalensi gangguan jiwa tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi daerah khusus Ibu Kota Jakarta (24,3%), diikuti Nangroe Aceh Darussalam (18,5%), Sumatra barat (17,7%), NTB (10,9%), Sumatra Selatan (9,2%), dan Jawa Tengah (6,8%). (Hidayat, 2011).

Dari hasil Riskesda tahun 2013 juga menjelaskan bahwa proporsi rumah tangga yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat sebesar 1.655 rumah tangga dari 14,3% terbanyak tinggal di pedesaan, sedangkan yang tinggal diperkotaan sebanyak 10,7%. Selain itu prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur lebih dari 15 tahun di indonesia secara nasional adalah 6.0% (37.728 orang dari subjek yang dianalisis). Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah propinsi Sulawesi Tengah (11,6%), dan yang terendah berada di Provinsi Kalimantan Timur berada di urutan ke 24 dari 33 propinsi yang ada di Indonesia dengan proporsi sebesar 3,2%.

Prilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat merugikan baik pada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan klien dengan prilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga perawat yang profesional. Sedangkan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau memiliki riwayat perilaku kekerasan. Jika kita lihat dari definisi, perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo dkk, 2009).

Pada pasien skizofrenia yang sedang kambuh sering ditakuti sebagai gangguan jiwa yang berbahaya dan tidak dapat terkontrol dan mereka yang terdiagnosa penyakit ini digambarkan sebagai individu yang tidak mengalami masalah emosional atau psikologis yang terkendali dan memperlihatkan perilaku kekerasan yang aneh dan amarah (videbeck, 2008). Kondisi adaptif dan maladaptif ini dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan. Dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa Skor RUFA (Respon Umum Fungsi Adaptif) perilaku kekerasan.

Penanganan pasien dengan masalah resiko prilaku sosial dapat dilakukan dengan kombinasi psikomarkologi dan intervensi psikososial seperti psikoterapi, terapi keluarga, dan terapi okupasi yang menampakkan hasil yang lebih baik (Tirta & Putra 2008). Tindakan keperawatan pada pasien resiko prilaku kekerasan di fokuskan pada aspek fisik, intelektual, emosional, dan sosio spiritual. Satu diantaranya adalah terapi okupasi. Terapi okupasi merupakan suatu cara atau

bentuk psikoterapi suportif yang penting dilakukan untuk meningkatkan kesembuhan pasien (Djunaedi & Yinarmurni, 2008).

Salah satu terapi yang bisa diterapkan pada pasien jiwa adalah dengan terapi okupasi. Terapi okupasi yaitu ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan suatu tugas terpilih yang telah ditentukan dengan maksud mempermudah belajar fungsi dan keahlian yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungan (Kusuma & Hartano, 2010). Terapi okupasi adalah terapi untuk membantu seseorang menguasai keterampilan motorik halus dengan lebih baik. Keterampilan motorik halus adalah kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu dengan otot-otot kecil yang ada di dalam tangan. Contoh kemampuan motorik halus yaitu: menulis, dan menggambar, mewarnai, menggunting dan menempel, mengancingkan baju, mengikat tali sepatu, melipat dll (Riyadi dan purwanto, 2009).

Motorik halus salah satunya melipat kertas origami, manfaat origami salah satunya adalah untuk menumpuk kreatifitas, maka dampak yang akan ditimbulkan dalam permainan origami adalah antara lain kemudahan untuk mengembangkan fikiran yang dipusatkan pada kemampuan kuantitas bukan kualitas sehingga mampu menghasilkan banyak ide untukberfikir secara tepat, keluwesan berfikir, ataupun orang yang kreatif sehingga mampu memecahkan berbagai masalah dengan cara penyelesaian yang beragam serta mampu melihat masalah dari sudut pandang yang berbeda serta mampu dengan mudah untuk meninggalkan cara lama dan mengganti cara baru dalam fikiran. salah satu aspek dari keluwesan berfikir adalah oroganilitas dan elaborasi. pengertian dari origanilitas adalah mampu untuk

memunculkan ide-ide baru yang unik atau kemampuan untuk mencetus gagasan asli, sedangkan elaborasi adalah mampu untuk merumuskan suatu masalah sehingga menjadi lebih menarik (Apriliya, 2004).

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam pada tahun 2016 mencatat rata-rata pasien Rawat Inap di RSJD Atman Husada Mahakam sebanyak 249 orang, jumlah pasien rata-rata pasien IGD pada tahun 2016 sebanyak 2,57 orang. Dengan presentasi 38% yang mengalami halusinasi, 5% yang mengalami harga diri rendah, 15% yang mengalami Menarik diri, 1% yang mengalami waham, 35% yang mengalami perilaku kekerasan dan 6% yang mengalami defisit perawatan diri. Pada bulan januari-Mei tahun 2017 mencatat rata-rata pasien Rawat Inap di RSJD Atma Husada Mahakam sebanyak 168 orang, jumlah rata-rata pasien IGD pada bulan januari-juni tahun 2017 sebanyak 2,27 orang. Dengan presentase 36% yang mengalami halusinasi, 4% yang mengalami harga diri rendah, 13% yang mengalami menarik diri, 1% yang mengalami waham, 32% yang mengalami perilaku kekerasan dan 5% yang mengalami defisit perawatan diri.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk menulis Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dengan judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada pasien resiko perilaku kekerasan dengan intervensi inovasi terapi okupasi melipat kertas terhadap penurunan gejala marah di RSJD Atma Husada Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Perumusuan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini adalah bagaimana gambaran analisis kasus Resiko Prilaku Kekerasan dengan penerapan

inovasi okupasi terhadap penurunan gejala marah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Utama

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk menganalisis kasus pasien Resiko Prilaku kekerasan dengan terapi okupasi melipat kertas terhadap penurunan marah di RSJD Atma Husada Samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan pasien resiko prilaku kekerasan dengan terapi okupasi melipat kertas terhadap penuruna gejala marah di RSJD Atma Husada Samarinda.
- b. Menganalisis intervensi terapi okupasi melipat kertas terhadap penurunan marah pada pasien resiko prilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Samarinda.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat mendukung dan memfasilitasi kegiatan terapi okupasi ini pada klien pada saat di ruangan

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan reverensi bagi teman sejawat dalam menjalankan praktik keperawatan terutama pada saat melakukan asuhan keperawatan terhadap klien dengan gangguan jiwa.

3. Bagi Klien

Diharapkan klien dengan resiko kekerasan dapat mengonrol emosi marahnya dengan menggunakan terapi yang diajarkan salah satunya terapi inovasi okupasi melipat kertas.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah bahan bacaan bagi mahasiswa dan memberikan tambahan acuan bagi mahasiswa yang pada akhirnya nanti akan melakukan penelitian yang sama atau menyerupai dengan penelitian ini.

5. Peneliti

Meningkatkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisa pengaruh pemberian terapi okupasi melipat kertas terhadap penurunan marah klien dengan resiko perilaku kekerasan serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) merupakan salah satu Rumah Sakit tipe A yang meraih predikat kelulusan Akreditasi versi 2012 tingkat Paripurna yang dinilai oleh tim KARS Kemenkes RI pada bulan Agustus 2016, karena RSJD AHM ini telah memenuhi standar pelayanan yang meliputi : Administrasi dan manajemen, pelayanan medis, pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan, rekam medis, farmasi, K3 dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit.

Saat ini RSJD AHM dipimpin oleh dr.Hj. Padilah Mante Runa, M.Si sebagai Direkturnya dengan Visi “ Menjadikan Rumah Sakit Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa se Kalimantan Timur Tahun 2018” dan misi “ Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa yang prima serta Meningkatkan Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Jiwa”.

Adapun sejarah Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) didirikan pada tahun 1993 diatas tanah seluas 20.157 M² yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa. Pada awalnya RSJP didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa

Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Sejalan dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD keperintahan Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes No. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penataan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 dibawah pemerintah kota Samarinda.

Selanjutnya kedudukan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) ditetapkan berdasarkan surat keputusan Gubernur Kaltim No. 16 Tahun 2001 tanggal 24 Desember 2001, tentang pembentukan organisasi dan tata kerja unit pelaksanaan teknis pada dinas-dinas provinsi Kalimantan Timur.

Pada tahun 2005 untuk menghilangkan stigma di masyarakat. Rumah Sakit Jiwa Samarinda merubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan surat keputusan Gubernur No. 03 tahun 2005 tanggal 17 Januari tahun 2005. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan jiwa bagi seluruh masyarakat Kaltim yang tersebar di 4 kotamadya dan 10 Kabupaten.

Adapun layanan unggulan yang diberikan rumah sakit ini adalah klinik berhenti merokok, klinik hipnoterapi, pelayanan rehabilitasi, penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA dan terapi gangguan tidur.Selain itu rumah sakit

memberikan beberapa jenis pelayanan seperti pelayanan rawat inap psikiatri, pelayanan rawat jalan psikiatri, pelayanan rawat inap dan rawat jalan psikologi, pelayanan gawat darurat psikiatri dan pelayanan NAPZA.

Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda menyediakan fasilitas rawat inap menjadi beberapa ruang kelas perawatan yaitu Ruang Pergam (kelas 1 pria), Ruang Tiung (kelas II pria), Ruang Enggang (kelas 1 dan 2 wanita), Ruang Elang (kelas III pria), ruang Gelatik (kelas III pria). Ruang punai (kelas III wanita dan Ruang Belibis (kelas III pria).

Ruang IGD merupakan garda terdepan dalam mengatasi kegawatdaruratan psikiatri. Penanganan yang tepat diawal dapat mempercepat proses penyembuhan klien yang mengalami gangguan jiwa. Observasi klien pertama masuk juga dilakukan di ruang ini dalam 3x24 jam sebelum dipindahkan ke ruang perawatan inap atau bisa juga langsung dipulangkan tanpa rawat inap sesuai dengan hasil observasi dan keadaan klien.

B. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan PenelitianTerkait

Pengkajian yang dilakukan pada Tn.P penulis menggunakan metode wawancara, observasi serta catatan rekam medis.Diagnosa medis adalahSkizofrenia tak terinci yang merupakan sekelompok psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, serta berperilaku dengan sikap yang dapat secara sosial

(Williams dan Wilkins, 2005).

Alasan masuk Tn. P adalah gelisah, tidak bisa tidur, bertingkah laku tidak jelas, dan binggung. Data yang menunjukkan penulis menegakkan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri dan orang lain yaitu data subjektif klien mengatakan merasa kesal karena ia dibuang, keluargaklien mengatakan sebelumnya pernah beberapa kali masuk Rumah Sakit Jiwa dengan kasus perilaku kekerasan yaitu suka marah-marah.ekspresi wajah serius/tegang, dan merasa curiga,TD : 130/90mmHg, N: 91 x/m, RR: 18x/m.

Dari data keluhan utama dan riwayat Tn.P masuk RSJD sudah sesuai dengan teori tentang Perilaku kekerasan, dimana perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis.Berdasarkan defenisi 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 perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Sering juga disebut gaduh gelisah atau amuk di mana seseorang marah berespon terhadap suatu stressor dengan gerakan motorik yang tidak terkontrol (Damaiyanti& Iskandar, 2014).

Manifestasi klinis dari resiko perilaku kekerasan adalah muka merah dan

tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, berbicara kasar, melempar atau memukul benda kepada orang lain, tidak memiliki kemampuan mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasan dan merusak barang (Keliat, 1999).

Proses terjadi marah menurut Yosep (2010) adalah stress, cemas, marah merupakan bagian kehidupan sehari-hari yang harus dihadapi oleh setiap individu. Stress dapat menyebabkan kecemasan yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan dan terancam, kecemasan dapat menimbulkan kemarahan. Respon terhadap marah dapat diungkapkan melalui tiga cara yaitu :

1. Mengungkapkan secara verbal
2. Menekan
3. Menantang

Dari ketiga cara ini, cara yang pertama adalah konstruktif sedang dua cara lain adalah destruktif. Dengan melarikan diri atau menantang akan menimbulkan rasa bermusuhan, dan bila cara ini dipakai terus – menerus, maka kemarahan dapat diekspresikan pada diri sendiri atau lingkungan dan akan tampak sebagai depresi psikomatik atau agresi dan ngamuk.

Kemarahan diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal atau eksternal. Stressor internal seperti penyakit hormonal, dendam, kesal sedangkan stressor eksternal bisa berasal dari ledakan, cacian, makian, hilangnya benda berharga, tertipu, penggusuran, bencana dan sebagainya. Hal tersebut

akan mengakibatkan kehilangan atau gangguan pada sistem individu (Disruption & Loss). Hal yang terpenting adalah bagaimana seorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut (Personal meaning).

Bila seseorang memberi makna positif, misalnya : macet adalah waktu untuk istirahat, penyakit adalah sarana penggugur dosa, suasana bising adalah melatih persyarafan telinga (nervus auditorius) maka ia akan dapat melakukan kegiatan secara positif (Compensatory act) dan tercapai perasaan lega (Resolution). Bila ia gagal dalam memberikan makna menganggap segala sesuatunya sebagai ancaman dan tidak mampu melakukan kegiatan positif (olah raga, menyapu atau baca puisi saat dia marah dan sebagainya) maka akan muncul perasaan tidak berdaya dan sengsara (Helplessness). Perasaan itu akan memicu timbulnya kemarahan (Anger). Kemarahan yang diekspresikan keluar (Expressed outward) dengan kegiatan yang konstruktif (Constructive action) dapat menyelesaikan masalah. Kemarahan yang diekspresikan keluar (Expressed outward) dengan kegiatan yang destruktif (Destructive action) dapat menimbulkan perasaan bersalah dan menyesal (Guilt). Kemarahan yang dipendam (Expressed inward) akan menimbulkan gejala psikosomatis (Painful symptom).

Intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan pada penelitian ini menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan ditambah dengan intervensi inovasi okupasi melipat origami.

Strategi pelaksanaan (SP) pada intervensi masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan) dapat diimplementasi secara keseluruhan kepada Tn. P selama 3 hari, hal ini didukung oleh klien telah kooperatif dalam menerima masukan / intervensi yang diberikan oleh penulis. Begitu juga intervensi inovasi okupasi melipat kertas origami dapat diaplikasikan kepada klien 1 kali sehari selama 3 hari. Intervensi inovasi dapat dilakukan sesuai dengan SOP yang telah dibuat.

Sedangkan untuk intervensi keperawatan pada masalah keperawatan harga diri rendah kronis belum dapat diaplikasikan / di implementasikan kepada klien karena penulis harus terus menerus mengulang tindakan keperawatan intervensi SP resiko kekerasan dan intervensi inovasi agar klien lebih memahami dan lebih bisa mengaplikasikan intervensi tersebut apabila klien mengalami emosi marah sehingga intervensi harga diri rendah belum bisa diaplikasikan.

Evaluasi pada masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan dari tindakan yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari pertama, kedua dan ketiga dari risiko perilaku kekerasan teratasi klien mengatakan emosinya sudah bisa terkontrol, penurunan emosi berkurang setelah melakukan tindakan terapi okupasi dan klien mengatakan kondisinya sudah semakin membaik, klien kooperatif, nada bicara sudah mulai terkontrol dan klien tenang.

C. Analisis Intervensi Inovasi dengan Konsep dan Penelitian Terkait

Pada salah satu intervensi penulis melakukan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan risiko perilaku kekerasan sekaligus mengatasi

masalah penurunan emosi pada Tn.P. Intervensi inovasi ini berupa tindakan terapi okupasi mengisi waktu luang dengan melipat kertas origami. Intervensi ini dilakukan sejak tanggal 10 – 07 Juli 2017, adapun hasil evaluasinya dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.1 Evaluasi Intervensi Inovasi Keperawatan

No	Hari/Tgl/Jam	Sebelum	Sesudah
1	Senin, 10 Juli 2017	<p>Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan: “ saya merasa kesal dengan ibu saya dan keluarga saya karena telah membuang saya, tidak menganggap saya dan tidak memperdulikan saya.”</p> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muka tegang • gelisah • emosi klien labil • intonasi sedang • mudah tersinggung • TD : 130/90 MmHg • Nadi : 91 kali/mnt <p>RUFA(skor:11-120)</p>	<p>Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan merasa tenang, sudah bisa mulai mengontrol rasa kesal yang dirasakan</p> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah sudah rileks • klien mencerikan persoalannya • klien kooperatif saat berkomunikasi • Klien terlihat tenang • intonasi sedang • TD : 120/80 MmHg • Nadi : 80 kali/mnt <p>RUFA (skor 11-20)</p>
	Selasa, 11 Juli 2017	Subyektif :	Subyektif :

No	Hari/Tgl/Jam	Sebelum	Sesudah
		<p>Klien mengatakan: “ Keadaan saya baik-baik saja, saya sudah bisa menahan rasa kesal saya”</p> <p>Obyektif :</p> <p>Perilaku :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah tegang • Kontak mata kurang • intonasi verbal sedang • tidak melotot • TD : 120/80 MmHg • Nadi : 86 kali/mnt <p>RUFA II(skor:11-20)</p>	<p>Klien mengatakan merasa tenang, sudah bisa mengontrol rasa kesal yang dirasakan terhadap orang lain</p> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah rileks/tenang. • tidak mudah tersinggung • kontak mata kurang • klien kooperatif • TD : 120/80 MmHg • Nadi : 86 kali/mnt <p>(RUFA: skor 21-30)</p>
	Rabu, 12 Juli 2017	<p>Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan: “ Keadaan saya semakin baik, saya sudah bisa mengontrol rasa kesal saya”</p> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata fokus • Nada bicara sedang dan terkontrol • TD : 120/700 MmHg 	<p>Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan merasa tenang, sudah bisa mengontrol emosi terhadap orang lain</p> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah rileks/tenang, kooperatif • emosi stabil • intonasi sedang dan

No	Hari/Tgl/Jam	Sebelum	Sesudah
		<ul style="list-style-type: none"> Nadi : 80 kali/mnt RUFA III (21-30) 	terkontrol <ul style="list-style-type: none"> ada kontrak mata dan tidak melotot maupun tidak tajam TD : 120/70 MmHg Nadi : 80 kali/mnt RUFA III (21-30)

Berdasarkan hasil intervensi inovasi diatas setelah dilakukan terapi okupasi mengisi waktu luang dengan aktivitas melipat kertas (origami) yang dilakukan secara bertahap dengan tingkat kerumitan yang menurut peneliti bentuk kapal sebagai bentuk sederhana, bentuk kodok rumit, dan bentuk burung sangat rumit. Dari dari intervensi inovasi yang dilakukan menunjukkan perubahan perilaku, dari resiko perilaku kekerasan dari skor RUFA intensif II (11-20) menjadi skor RUFA intensif III (21-30). Hal tersebut menjadi indikator klien terdapat perubahan emosi yang dirasakan menjadi rileks dengan masalah risiko perilaku kekerasan.

Hal ini sejalan dengan teori menurut Riyadi dan Purwanto (2009) yaitu terapi okupasi dapat mengemabalikan fungsi mental terutama membantu melepaskan dorongan emosi secara wajar dan mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan gerak sendi, otot dan koodinasi gerakan. Terapi okupasi melipat kertas merupakan kegiatan mengisi waktu luang yang dilakukan pada waktu luang bermotivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, keterampilan, serta

mengalihkan perhatian pasien.

Pada saat seseorang mengalami ketegangan, yang bekerja adalah sistem saraf simpatis, sedangkan pada waktu rileks yang bekerja adalah sistem saraf parasimpatis. Dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus untuk menghantarkan *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) dan CRH mengaktifkan anterior pituitary untuk menurunkan sekresi *Adenocorticotrophic Hormone* (ACTH), dimana hormon ACTH mengontrol adrenal cortex untuk mengendalikan sekresi kortisol. Menurunnya kadar ACTH dan kortisol menyebabkan sters dan ketegangan menurun yang akhirnya dapat menurunkan tingkat stress.

Risiko perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat menciderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengendalikan marah secara konstruktif (Keliat dkk, 2006). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart & Sudeen, 2013).

D. Alternatif pemecahan yang dapat dilakukan.

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien risiko perilaku kekerasan diruang IGD Atma Husada Mahakam Samarinda ini melibatkan klien, dokter, perawat dan tim kesehatan lain sehingga dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan secara optimal. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis melakukan tindakan secara mandiri, tindakan kolaborasi dengan dokter

dan tim lainnya.

Perawat memiliki peran utama untuk memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis maupun spiritual. Dengan terapi okupasi membantu membantu fungsi mental yaitu: menciptakan kondisi tertentu sehingga klien dapat mengembangkan kemampuan untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitar, membantu dorongan emosi, membantu menemukan kegiatan sesuai bakat dan kondisinya, membantu dalam mengumpulkan data untuk menegakkan diagnosa dan terapi, mengembalikan fungsi fisik, mengajarkan ADL, membantu klien menyesuaikan diri dengan tugas rumah, meningkatkan toleransi kerja, kemampuan bersosialisasi dan mengarahkan minat, hobi untuk dapat digunakan kembali setelah klien kembali dilingkungan masyarakat. Contoh terapi okupasi yang bisaditerapkan yaitu *Activity Of Daily Living, Productivity, dan Leisure*.

Penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan kombinasi dari Strategi Pelaksanaan (SP) yang berguna untuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan saat berinteraksi atau komunikasi terapeutik pada klien gangguan jiwa. Strategi pelaksana (SP) melalui tindakan aktivitas melipat kertas dalam menurunkan emosi dengan hasil penelitian yang didukung oleh konsep teori dan jurnal-jurnal penelitian yang ditemukan sehingga perawat dapat mengimplementasikan pada kasus perilaku kekerasan yang bersifat sedang sehingga tindakan terapi okupasi mengisi waktu luang menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi perilaku kekerasan

disamping tindakan lainnya.

Hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk mendukung dalam pelaksanaan tindakan terapi okupasi adalah klien cukup tenang dan mau melakukan tugas terpilih, lingkungan yang tenang serta kondusif.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Asuhan keperawatan jiwa dengan pasien Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Tiung RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda didapat 3 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori dan kasus yaitu harga diri rendah sebagai penyebab, resiko kekerasan sebagai care problem, dan resiko menderai diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebagai akibat.
2. Sebelum klien dilakukan tindakan terapi Okupasi klien menunjukkan tanda dan gejala perilaku kekerasan berupa: intonasi verbal sedang, emosi labil, mudah tersinggung dan ekspresi tegang dengan skala RUFA II (11-20)
3. Setelah klien dilakukan tindakan terapi Okupasi emosi klien stabil, intonasi verbal sedang, klien tidak mudah tersinggung, ekspresi tidak tegang, kooperatif,
4. Intervensi inovasi Okupasi menunjukkan bahwa ada terjadi perubahan perilaku kekerasan dari rentang respon kekerasan (maladaptif) menjadi frustrasi sampai asertif (adaptif). Hal tersebut

menjadi indikator bahwa terapi Okupasi dapat merubah perilaku kekerasan dengan masalah resiko perilaku kekerasan

B. Saran

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat mendukung dan memfasilitasi kegiatan terapi okupasi ini pada klien pada saat di ruangan dalam bentuk penerapan sop okupasi.

4. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi teman sejawat dalam menjalankan praktik keperawatan terutama pada saat melakukan asuhan keperawatan terhadap klien dengan gangguan jiwa.

3. Bagi Klien

Diharapkan klien dengan resiko kekerasan dapat mengontrol emosi marahnya dengan menggunakan terapi yang diajarkan salah satunya terapi inovasi okupasi melipat kertas.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah bahan bacaan bagi mahasiswa dan memberikan tambahan acuan bagi mahasiswa yang pada akhirnya nanti akan melakukan penelitian yang sama atau menyerupai dengan penelitian ini.

5. Peneliti

Meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisa pengaruh pemberian terapi okupasi melipat kertas terhadap penurunan marah klien dengan resiko perilaku kekerasan serta menambah pengetahuan penulis dalam pembuatan karya ilmiah akhir ners.

DAFTAR PUSTAKA

Creek, J. (2002). *Occupational Therapy & Mental Health*. London : Churchill Livis Stone.

Damayanti dan Iskandar.(2014). *Asuhan Keperawatan Jiwa*.Bandung : Refika Aditama.

Djunaidi & Yitnamurni,(2008). *Psikoterapi Gangguan Jiwa*. Jakarta : PT. Buana Ilmu Populer.

Keliat & Akemat (2010).*Model Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta :EGC.

Departemen Kesehatan RI. (2009). *Profil Kesehatan Indonesia 2015*.Jakarta : Depkes RI.

Karmachela.(2008). *Seni Origami*. Jakarta: Azka Press.

Kusuma dan Hartono, (2010).*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.salemba Medika, Jakarta.

Riyadi,S dan Purwanto, T. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Stuart & Sudden, (2013).*Principles and practice of psychiatric nursing*.(10th edition). St Louis : mosby.

Yosep, I.(2009). *Keperawatan Jiwa Bandung*: PT Refika Aditama.

Keliat, B. (2009). *Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.