

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA Nn. S
DENGAN INTERVENSI DANCE MOVEMENT THERAPY (DMT)
TERHADAP PERILAKU KEKERASAN DI RUANG
PUNAI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH

NOER ATINA AFDHALIA, S. Kep

17111024120151

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2019**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Nn.S dengan Intervensi
Dance Movement Therapy (DMT) terhadap Perilaku Kekerasan di Ruang
Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



DISUSUN OLEH

Noer Atina Afdhalia, S. Kep

17111024120151

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

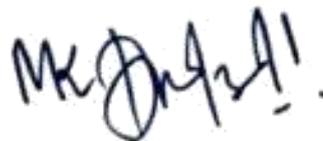
**Analisis Praktik Keperawatan Jiwa pada Nn.S dengan
Intervensi *Dance Movement Therapy* (DMT)
terhadap Perilaku Kekerasan di Ruang
Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah
Atma Husada Mahakam
Samarinda**

KARYA ILMIAH NERS

**Di Susun Oleh :
Noer Atina Afdhalia, S.Kep
17111024120151**

**Disetujui untuk Diujikan
Pada Tanggal 16 Januari 2019**

Pembimbing



**Ns. Mukhriyah Damaiyanti, S.Kep., MNS
NIDN. 1110118003**

**Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar Elektif**



**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep
NIDN 1115017703**

LEMBAR PENGESAHAN

**Analisis Praktik Keperawatan Jiwa pada Nn.S dengan
Intervensi *Dance Movement Therapy* (DMT)
terhadap Perilaku Kekerasan di Ruang
Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah
Atma Husada Mahakam
Samarinda**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

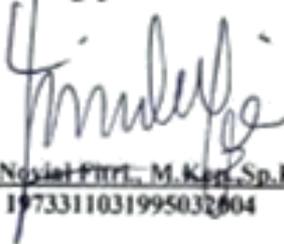
DISUSUN OLEH:

**Noer Atina Afdhalia, S. Kep
17111024120151**

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 16 Januari 2019

Penguji I



**Ns. Linda Dwi Noxial Fitri, M.Kep., Sp.Kep., Jiwa
NIP. 1973311031995032604**

Penguji II



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep
NIDN. 1119097601**

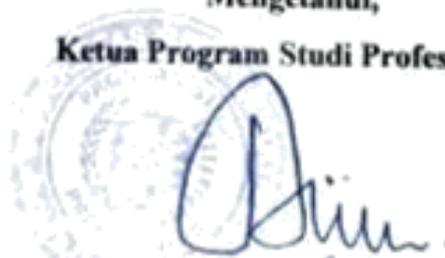
Penguji III



**Ns. Mukhrisah Damaivanti, S.Kep., MNS
NIDN. 1110118003**

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners



**Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep
NIDN. 1119097601**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Nn.S dengan Intervensi
Dance Movement Therapy (DMT) terhadap Perilaku Kekerasan di Ruang
Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda**

Noer Atina Afdhalia¹, Mukhriyah Damaiyanti²

INTISARI

Kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan tetapi sesuatu yang dibutuhkan mencakup perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Gangguan jiwa merupakan gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi. Salah satu bentuk gangguan jiwa yaitu perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. *Dance Movement Therapy* (DMT) diberikan untuk merupakan jenis terapi yang mengandalkan penyaluran energi dan penyerapan oksigen yang berimbang sehingga dapat meningkatkan *endorphin* yang memiliki efek relaksan sehingga dapat mengurangi resiko kekerasan secara efektif. Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Nn. S dengan Intervensi Inovasi DMT terhadap Resiko Perilaku Kekerasan di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2019. Dari analisa data diperoleh hasil dengan pemberian intervensi inovasi DMT dapat membantu klien dengan perilaku kekerasan terhadap kemampuan mengontrol emosi.

Kata Kunci: *Dance Movement Therapy* (DMT), Resiko Perilaku kekerasan

¹Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Dosen Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Analysis of Nursing Health Practice on Miss with Innovated Intervention of Dance Movement Therapy (DMT) to Violence Behaviour in Punai Room of Region Mental Hospital Atma Husada Mahakam Samarinda

Noer Atina Afdhalia¹, Mukhriyah Damaiyanti²

ABSTRACT

Mental health is not only free from distractions but something that is needed includes feeling healthy and happy and being able to face life's challenges, being able to accept others as they are and have a positive attitude towards themselves and others. Mental disorder is a brain disorder characterized by disruption of emotions, thought processes, behavior, and perception. One form of mental disorder is violent behavior. Violent behavior is a situation where someone takes actions that can physically harm both themselves, others and the environment. Dance Movement Therapy (DMT) is given to be a type of therapy that relies on energy distribution and balanced oxygen absorption so that it can increase endorphins that have a relaxant effect so that they can reduce the risk of violence effectively. The Final Scientific Writing Ners (KIAN) aims to conduct a Practice Analysis of the Psychiatric Nursing Clinic on Ms. S with DMT Innovation Intervention on Violent Behavior Risks in the Living Room of Atma Husada Mahakam Samarinda Mental Hospital in 2019. From the analysis of the data obtained by giving innovation intervention DMT can help clients with violent behavior towards emotional control ability.

Keywords: Stretching Practice, Violence Behaviour Risk

¹Student of Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

²Lecturer of Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa bukan sekedar terbebas dari gangguan jiwa. Tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Sumiati dkk, 2009).

Kesehatan jiwa merupakan suatu kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan hidup hamonis dan produktif, sebagai yang utuh dan kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia. Dengan kata lain, kesehatan jiwa bukan hanya sekedar terbebas dari gangguan jiwa, tetapi merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh semua orang, mempunyai perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi semua tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Sumiati, dkk, 2009)

Skizofrenia adalah penyakit mental yang menyerang banyak orang, disertai dengan gejala yang dapat mengganggu berbagai aspek kehidupan masyarakat terutama pekerjaan dan kehidupan sosial (Jiwo, 2012). Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan antara pikiran, emosi, dan perilaku pasien yang terkena. Perpecahan pada pasien digambarkan dengan adanya

gejalapundamental spesifik yaitu gangguan pikiran yang ditandai dengan gangguan asosiasi, gangguan afektif, *autism*, dan ambivalensi. Sedangkan gejala sekundernya adalah waham dan halusinasi (Stuart, 2013).

Perilaku 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 pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga perawat yang professional (Keliat, 2009). Perilaku kekerasan dilakukan karena ketidakmampuan dalam melakukan koping terhadap stress, ketidakpahaman terhadap situasi sosial, tidak mampu untuk mengidentifikasi stimulus yang dihadapi, dan tidak mampu mengontrol dorongan untuk melakukan perilaku kekerasan (Stuart & Laraia, 2008).

Menurut Stuar dan Sundeen (2013, dalam Yusuf, 2015) menjelaskan perilaku kekerasan adalah bagiandari rentang respons marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan yang mencakup kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman.

Data yang diperoleh peneliti melalui survei dan observasi di ruang Punai terhadap jumlah pasien dengan gangguan jiwa yang mengidap skizofrenia bulan Januari sebanyak 101 pasien, Februari 99 pasien, Maret 96 pasien, April 115 pasien, Mei 76 pasien, Juni 55 pasien dan dibulan Juli 39 pasien. Pasien yang baru datang dari Punai akan diobservasi.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi klien dengan perilaku kekerasan perlu menggunakan strategi-strategi tertentu seperti: strategi preventif, strategi antisipasi dan strategi pengekangan. Berbagai terapi dalam mengatasi masalah perilaku kekerasan telah banyak dikembangkan. Salah satunya adalah terapi senam *dance Movement Therapy* (DMT). Terapi DMT merupakan jenis terapi yang mengandalkan penyaluran energi dan penyerapan oksigen yang berimbang sehingga dapat meningkatkan *endorphin* yang memiliki efek relaksan sehingga dapat mengurangi resiko kekerasan secara efektif (Sarikaya dan Coulucci, 2017). Terapi DMT terdapat 10 tahapan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil yang efektif.

Penelitian yang dilakukan oleh Dani, Utami, dan Sumijati (2017) tentang Efek penerapan terapi gerakan tari dalam menurunkan hiperaktivitas pada anak ADHD, menunjukkan bahwa terapi gerakan tari dapat menurunkan hiperaktivitas anak ADHD. Hasil penelitian D'Cruz (2007) dan Redman (2007) juga mengatakan bahwa terapi gerakan tari dapat meningkatkan dopamin di otak sehingga mempengaruhi fungsi kerja korteks prefrontal menjadi lebih baik. Secara spesifik hasil penelitian yang dilakukan oleh Lee, Jang, dan Sang-Yeol Lee (2015) yang berjudul *Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia*, menunjukkan hasil bahwa program *Dance Movement therapy* dapat menutunkan tanda gejala marah dan menurunkan tanda gejala gangguan psikotik.

Dance movement therapy ini baik diberikan untuk pasien dengan perilaku kekerasan yang sebelumnya di *restrain* sehingga mengakibatkan kekakuan

otot. Selain itu pergerakan *dance movement therapy* sangat cocok bagi pasien perilaku kekerasan dengan konsumsi obat-obatan penenang yang menimbulkan berbagai macam efek samping untuk menghindari terjadinya cedera dan juga tetap merelaksasikan jasmani maupun rohani pasien (Sarikaya & Erminiya, 2017) .

Beberapa pemaparan dan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang latihan *dance movement therapy* terhadap perilaku kekerasan. Tindakan ini dapat diterapkan oleh perawat dalam memberikan perawatan pada pasien dengan perilaku kekerasan. Adapun judul Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini adalah Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa dengan Intervensi Inovasi latihan *dance movement therapy* terhadap Perilaku Kekerasan di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2019.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada KIAN ini adalah “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa dengan Intervensi Inovasi latihan *Dance Movement Therapy* terhadap Perilaku Kekerasan di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2019”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) untuk melakukan Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa dengan Intervensi Inovasi

Dance Movement Therapy (DMT) terhadap Perilaku Kekerasan di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan asuhan keperawatan mulai dari pada pasien perilaku kekerasan di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- b. Mengidentifikasi perilaku kekerasan sebelum dilakukan intervensi inovasi *Dance Movement Therapy*(DMT) di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- c. Mengidentifikasi perilaku kekerasan setelah dilakukan intervensi inovasi *Dance Movement Therapy* (DMT) di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- d. Menganalisis perbandingan sebelum dan sesudah diberikan terapi intervensi *Dance Movememnt Therapy*(DMT) di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

a. Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan penulis dalam melakukan analisis kasus kelolaan dengan intervensi *Dance movement Therapy* di ruang Punai Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

b. Ilmu Pengetahuan

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dapat menjadi gambaran bagi penulis lain dalam melanjutkan penelitian maupun dan juga sebagai acuan dalam tindakan keperawatan jiwa.

2. Manfaat Praktis

a. Rumah Sakit

Bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi kesehatan kepada pasien perilaku kekerasan terhadap lingkup intervensi gerak motorik dalam menurunkan perilaku kekerasan pada pasien

b. Institusi pendidikan

Dapat memberikan masukan bagi tenaga pendidikan dalam program belajar mengajar. Dimana berfokus pada manajemen psikofarmaka dan melaksanakan tindakan terapi nonfarmakologi seperti *Dance Movement Therapy* (DMT) selama perawatan pasien perilaku kekerasan.

c. Pasien

Memberikan informasi kepada pasien sehingga diharapkan mempunyai coping yang lebih baik dalam tindakan keperawatan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

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 perilaku kekerasan terdahulu. (Damaiyanti, 2012).

Menurut Dermawan dan Rusdi (2013) Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tetapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah.

1. Tanda dan Gejala

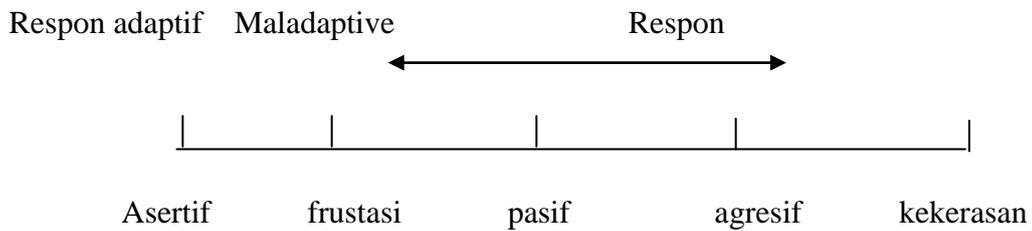
Menurut Fitria (2010) tanda gejala perilaku kekerasan dapat dilihat dari bentuk perilaku kekerasan itu sendiri, seperti:

- a. Fisik : mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta psotur tubuh kaku.
- b. Verbal : mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus

- c. Perilaku : menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif
- d. Emosi : tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut
- e. Intelektual : mendominasi cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.
- f. Spiritual : merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keragu-raguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat.
- g. Sosial : menarik diri, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.
- h. Perhatian : bolos, melarikan diri, dan melakukan penyimpangan seksual.

2. Rentan Respon

Perilaku kekerasan dianggap suatu akibat yang ekstrem dari marah. Perilaku agresif verbal disuatu sisi dan perilaku kekerasan disisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, frustasi dan marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut kadang perilaku agresif atau melukai karena menggunakan koping yang tidak baik.



Gambar 2.1 Rentan Respon Perilaku Kekerasan

- a) Pasif : respon dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, tidak berdaya dan menyerah. Individu yang pasif sering menyampingkan hak nya dari persepsinya terhadap orang lain. pola interaksi seperti ini dapat menyebabkan gangguan perkembangan (Stuart, 2013).
- b) Agresif : perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain.
- c) Amuk/kekerasan : rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri dan amuk. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain serta lingkungan.

Karakteristik	Pasif	Asertif	Amuk
Nada Bicara	Negatif, menghina diri, dapatkah ia lakukan?	Positif, menghargai diri sendiri, saya dapat/akan lakukan	Berlebihan, menghina orang lain, anda selalu/tidak pernah?
Nada Suara	Diam, lemah, merengek	Diatur	Tinggi, menuntut
Sikap tubuh	Melotot,	Tegak, relaks	Tegang,

	merundukan kepala		bersandar kedepan
Personal Space	Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya	Menjaga jarak yang menyenangkan, mempertahankan hak tempat	Memiliki teritorial orang lain
Gerakan	Minimal, lemah, resah	Memperlihatkan gerakan yang sesuai	Mengancam, ekspansi gerakan
Kontak mata	Sedikit/tidak ada	Sekali-kali (intermiten) sesuai dengan kebutuhan interaksi	Melotot

Tabel 2.1 Perbandingan perilaku pasif, asertif, dan agresif

3. Etiologi

a. Faktor predisposisi

1) Teori Biologi

a) Neurologic faktor, beragam komponen dari sistem syaraf seperti synap, neurotransmitter, dendrite, axon 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) Genetik faktor, adanya faktor gen yang diturunkan melalui orang tua, menjadi potensi perilaku kekerasan agresif. Menurut riset Kenzuo Murakhmi (2007) dalam gen manusia terdapat dormant (protein) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal.

- c) *Cycardian Rhytm* (irama sirkadian tubuh), memegang peranan pada individu, menurut penelitian pada jam-jam tertentu manusia mengalami peningkatan kortisol terutama pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja dan menjelang berakhirnya pekerjaan. Sekitar jam 9 dan jam 13. Pada jam tersebut seseorang mudah terstimulasi untuk bersikap agresif.
- d) *Biochemistry factor* (faktor biokimia tubuh seperti neurotransmitter di otak (ephineprine, norephineprine, asetilkolin, dan serotonin) sangat berperan dalam penyampaian informasi melalui system persyarafan dalam tubuh, adanya stimulus dari luar tubuh yang dianggap mengancam atau membahayakan akan dihantar melalui impuls serabut efferent. Penurunan hormone serotonin andogren dan norephineprin serta penurunan serotonin GABA pada cairan serebrospinal vertebra dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya perilaku agresif.
- e) *Brain Area Disorder*, gangguan pada sistem limbic dan lobus temporal, sindrom otak organic, tumor otak, trauma otak, penyakit ensepaliti, epilepsy ditemukan sangat berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

2) Teori psikologis

a) Teori Psikoanalisa

Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Teori ini menjelaskan bahwa adanya ketidakpuasan fase oral antar usia 0-2 tahun dimana anak tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup cenderung membangkang, sifat agresif dan bermusuhan setelah dewasa sebagai kompensasi adanya ketidakpercayaan pada lingkungannya.

b) *Imitation, modeling and information processing theory*

Menurut teori ini perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang menolelir 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 lingkungannya. Ia mengamati bagaimana respon ibu saat marah. Ia juga belajar bahwa dengan agresivitas lingkungan sekitar menjadi peduli, bertanya, menanggapi, dan menganggap bahwa dirinya eksis dan patut untuk di perhitungkan.

d) Teori sosiokultural

Dalam budaya tertentu seperti rebutan berkah, rebutan uang receh, sesaji atau kotoran kerbau di keratin, serta ritual- ritual yang cenderung mengarah pada kemusyrikan secara tidak langsung turut memupuk sikap agresif dan ingin sendiri. Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan. Hal ini di picu karena maraknya demonstrasi, film-film kekerasan, mistik, tahayul dan perdukunan dalam tayangan televisi.

e) Aspek religiusitas

Dalam tinjauan religiusitas, kemarahan dan agresivitas merupakan dorongan dari bisikan syetan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal (*devilsupport*). Semua bentuk kekerasan adalah bisikan syetan melalui pembuluh darah ke jantung, otak dan organ vital manusia lain yang di turuti manusia sebagai bentuk kompensasi bahwa kebutuhan dirinya terancam dan harus segera di penuhi tetapi tanpa melibatkan akal (ego) dan norma agama (super ego).

b. Faktor Presipitasi

Menurut Yosep (2011) Faktor- faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

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

4. Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme orang lain. Mekanisme koping klien sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam

mengekspresikan marahnya. Mekanisme koping yang umum di gunakan adalah mekanisme pertahanan ego (Yosep, 2010):

a. Displacement

Melepaskan perasaan tertekannya bermusuhan pada objek yang begitu seperti pada mulanya yang membangkitkan emosi itu.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai keinginannya yang tidak baik.

c. Depresi

Menekan perasaan orang lain yang menyakitkan atau konflik ingatan dari kesadaran yang cenderung memperluas mekanisme ego lainnya.

d. Reaksi formasi

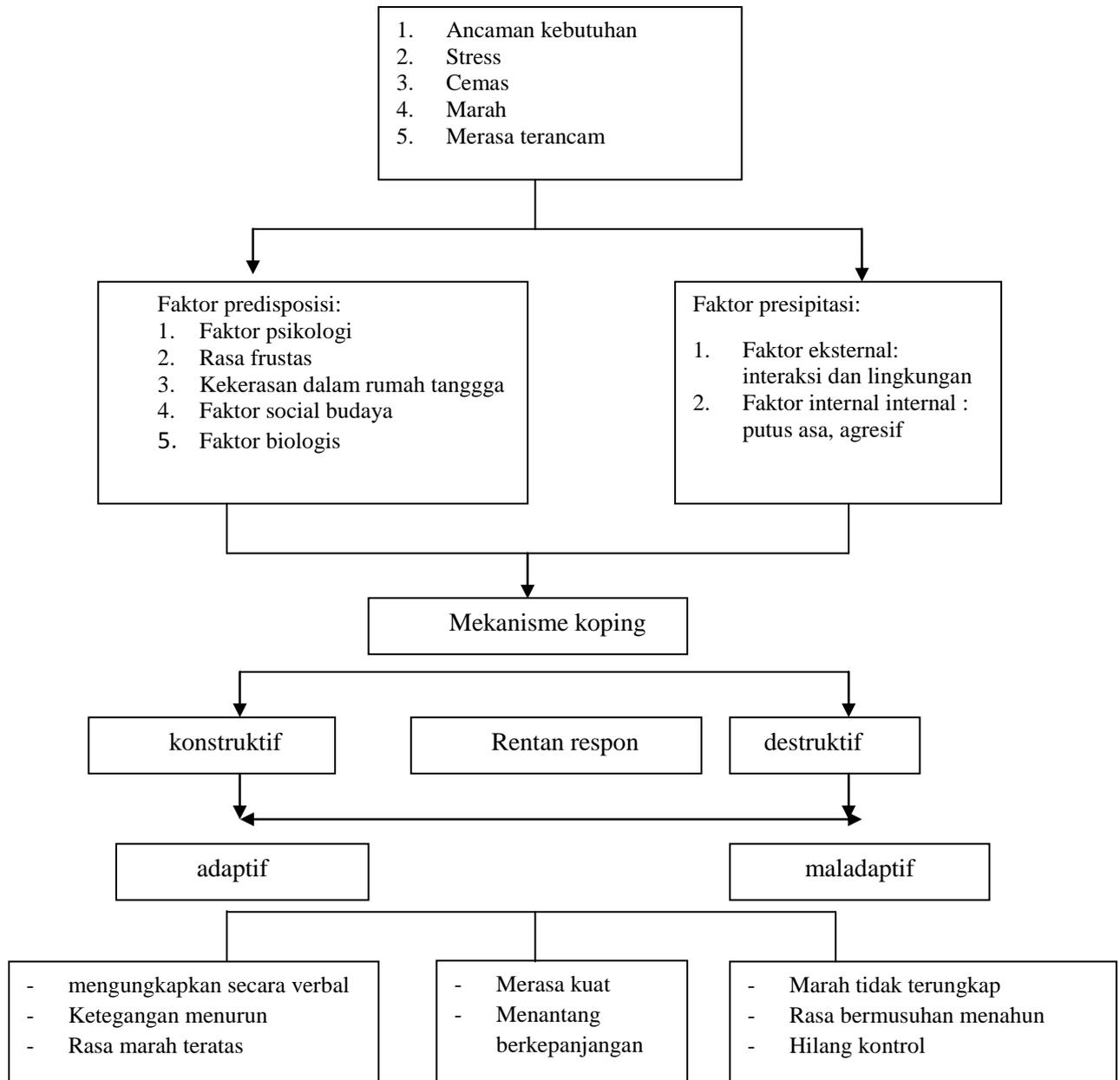
Pembentukan sikap kesadaran dan pola perilaku yang berlawanan dengan apa yang benar- benar di lakukan orang lain.

5. Patofisiologi

Stress, cemas, harga diri rendah dan bermasalah dapat menimbulkan marah. Respon terhadap marah dapat di ekspresikan secara eksternal maupun internal. Secara eksternal ekspresi marah dapat berupa perilaku konstruktif maupun destruktif. Mengekspresikan rasa marah dengan perilaku konstruktif dengan kata- kata yang dapat di mengerti dan di terima tanpa menyakiti hati

orang lain. Selain akan memberikan rasa lega, ketegangan pun akan menurun dan akhirnya perasaan marah dapat teratasi. Rasa marah yang di ekspresikan secara destruktif, misalnya dengan perilaku agresif dan menantang biasanya cara tersebut justru menjadikan masalah berkepanjangan dan dapat menimbulkan amuk yang di tunjukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku yang submisif seperti menekan perasaan marah karena merasa tidak kuat, individu akan berpura-pura tidak marah atau melarikan diri dari rasa marahnya, sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama, dan pada suatu saat dapat menimbulkan kemarahan yang destruktif yang di ajukan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan (Yosep, 2010).

6. Pathway



Gambar 2.2 Psikopatologi
Sumber : (Rawlins, dalam Yosep 2011)

7. Proses Marah

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 mengungkapkan secara verbal, menekan dan menentang. Kemarahan yang diawali oleh adanya stressor yang berasal dari internal maupun 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 system individu. Terpenting adalah bagaimana seseorang individu memaknai setiap kejadian yang menyedihkan atau menjengkelkan tersebut. (Videbeck, 2008)

8. Tanda Dan Gejala

Menurut Yosep, (2010) perawat dapat mengidentifikasi dan mengobservasi tanda dan gejala perilaku kekerasan :

- 1) Muka merah dan tegang
- 2) Mata melotot/ pandangan tajam
- 3) Tangan mengempal
- 4) Rahang mengatup
- 5) Jalan mondar-mandir
- 6) Bicara kasar

- 7) Suara tinggi, menjerit, dan berteriak
- 8) Mengancam secara verbal dan fisik
- 9) Melempar atau memukul benda/orang lain
- 10) Merusak barang/benda

9. Pengukuran Gejala Perilaku Kekerasan

Skala pengukuran yang digunakan dalam penilaian pre dan post terapi inovasi *Dance Movement Therapy* (DMT) yang dilakukan pada pasien dengan perilaku kekerasan masih menggunakan lembar observasi kegawatdaruratan gaduh gelisah yaitu PANSS-EC dikarenakan belum adanya lembar observasi baku yang digunakan dalam pengukuran terapi inovasi yang dilakukan oleh penulis.

a. PANSS-EC

PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) ialah salah satu instrumen penilaian yang paling penting untuk pasien dengan gangguan jiwa berat / skizofrenia. PANSS pertama kali dibuat oleh Stanley Kay, Lewis Opler, dan Abraham Fiszbein di tahun 1987 yang diambil dari dua instrumen terdahulu yaitu *Brief Psychiatry Rating Scale* (BPRS) dan *Psychopathology Rating Scale* (PRS) (Suyanti, 2014).

Untuk dapat digunakan terhadap pasien skizofrenia Indonesia, telah dilakukan uji reliabilitas, validitas, dan uji sensitivitas PANSS oleh A. Kusumawardhani dan juga tim dari Fakultas Kedokteran UI pada tahun 1994 (Ambarwati, 2009)

PANSS-EC (*The Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component*) atau PANSS komponen gaduh gelisah merupakan sub skala yang telah divalidasi dari PANSS yang digunakan untuk mengukur gejala-gejala agitasi, dan menilai 5 (lima) gejala, yaitu : buruknya kontrol terhadap impuls, ketegangan, permusuhan, ketidakkooperatifan dan gaduh gelisah. Masing-masing gejala dinilai oleh dokter pada skala 1-7 dari perspektif klinis, PANSS-EC adalah salah satu skala yang paling sederhana tetapi paling intuitif yang digunakan untuk menilai pasien gaduh gelisah (Suyanti,2014)

b. Skala Pengukuran PANSS-EC

Skala Pengukuran dalam PANSS-EC meliputi :

1) Pengendalian impuls yang buruk

Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba tiba, tidak teratur, sewenang wenang, atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya dengan dasat penilaian perilaku selama wawancara dan yang dilapoorkan perawat dan keluarganya.

2) Ketegangan

Manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, ansietas dan agitasi seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan dengan dasar penilaian laporan lisan yang membuktikan adanya ansietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara

3) Permusuhan

Ekspresi verbal dan nonverbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif agresif, caci maki dan penyerangan dengan dasar penilaian perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan dari perawat dan keluarga

4) Ketidakkoperatifan

Aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan termasuk pewawancara, staff rumah sakit, keluarga yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensif, keras kepala, negativistik, penolakan terhadap otoritas, hostilitas dan memberontak. Dengan dasar penilaian perilaku interpersonal yang di observasi selama wawancara dan juga di laporkan oleh perawat atau keluarga

10. Penatalaksanaan Terapi modalitas

Terapi modalitas keperawatan jiwa di lakukan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap pasien agar mampu bertahan dan

bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar dengan harapan klien dapat terus bekerja dan tetap berhubungan dengan keluarga, teman, dan sistem pendukung yang ada ketika menjalani terapi (Nasir dan Muhlits, 2011). Terapi modalitas adalah terapi yang utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini di berikan dalam upaya mengubah perilaku yang mal adaptif menjadi perilaku adaptif (Kusumawati dan Hartono, 2010). Jenis- jenis terapi modalitas :

- a. Psikoterapi adalah suatu cara pengobatan terhadap masalah emosional seorang pasien yang dilakukan oleh seorang yang terlatih dalam hubungan profesional secara sukarela. Dengan maksud hendak menghilangkan, mengubah atau menghambat gejala-gejala yang ada, mengoreksi perilaku yang terganggu, dan mengembangkan pertumbuhan kepribadian secara positif.
- b. Psikoanalisis psikoterapi, terapi ini di kembangkan oleh SigmundFreud, seorang dokter yang mengembangkan “*talkingcare*”. Tetapi ini di dasarkan pada keyakinan bahwa seorang terapis dapat menciptakan kondisi yang memungkinkan klien menceritakan tentang masalah pribadinya. Perubahan perilaku dapat terjadi jika klien dapat menemukan kejadian- kejadian yang disimpan dalam bawah sadarnya. Terapi lingkungan adalah suatu manipulasi ilmiah yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan pada perilaku pasien dan untuk mengembangkan keterampilan emosional dan sosial.

c. Terapi somatik adalah terapi yang di berikan kepada klien dengan tujuan mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif dengan melakukan tindakan dalam bentuk perlakuan fisik. Terapi somatik telah banyak di lakukan pada klien dengan gangguan jiwa

- 1) Restrain adalah terapi dengan menggunakan alat- alat mekanik atau manual untuk membatasi mobilitas fisik klien. Restrain harus di lakukan pada kondisi khusus, hal ini merupakan intervensi yang terakhir jika perilaku klien sudah tidak dapat diatasi atau di kontrol dengan strategi perilaku maupun modifikasi lingkungan.
- 2) Seklusi adalah bentuk terapi dengan mengurung klien dalam ruangan khusus. Klien dapat meninggalkan ruangan tersebut secara bebas. Bentuk seklusi dapat berupa pengurungan di ruangan tidak terkunci sampai pengurungan dalam ruangan terkunci.
- 3) ECT (*Electro ConvulsifTherapy*) adalah suatu tindakan terapi dengan menggunakan aliran listrik dan menimbulkan kejang pada penderita baik tonik maupun klonik. Tindakan ini adalah bentuk terapi pada klien dengan mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang di tempelkan pada pelipis klien untuk membangkitkan kejang grandmall. ECT lebih efektif dari antidepresan untuk klien depresi dengan gejala psikotik (waham, paranoid) berikan antidepresan saja (imipramin 200- 300 mg/hari)

d. Terapi Aktifitas Kelompok

Terapi ini adalah dengan penggunaan kelompok dalam praktik keperawatan jiwa karena memberikan dampak positif dalam upaya pencegahan, pengobatan, atau terapi serta pemulihan kesehatan seseorang. Meningkatnya penggunaan kelompok terapeutik, modalitas merupakan bagian dan memberikan hasil yang positif terhadap perubahan perilaku pasien/ klien, meningkatkan perilaku adaptif dan mengurangi perilaku maladaptif.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

a) Pengkajian Data yang perlu di kaji

a. Data subyektif :

- 1) Klien mengancam.
- 2) Klien mengumpat dengan kata- kata kasar.
- 3) Klien mengatakan dendam dan jengkel.
- 4) Klien mengatakan ingin berkelahi.
- 5) Klien menyalahkan dan menuntut.
- 6) Klien meremehkan.

b. Data objektif :

- 1) Mata melotot.
- 2) Tangan mengepal.
- 3) Rahang mengatup.
- 4) Wajah memerah dan tegang.
- 5) Postur tubuh kaku.

- 6) Suara keras.
- c. Faktor- faktor yang berhubungan dengan masalah perilaku kekerasan, antara lain sebagai berikut :
- 1) Ketidakmampuan mengendalikan dorongan marah.
 - 2) Stimulus lingkungan.
 - 3) Status mental.
 - 4) Putus obat.
 - 5) Penyalahgunaan obat/ alcohol
- d. Faktor Predisposisi
- 1) Psikoanalisis, teori ini menyatakan bahwa perilaku agresif adalah merupakan hasil dari dorongan insting (*instinctual drives*).
 - 2) Psikologis, berdasarkan teori frustrasi-agresif, agresivitas timbul sebagai hasil dari peningkatan frustrasi. Tujuan yang tidak tercapai dapat menyebabkan frustrasi berkepanjangan.
 - 3) Biologis, bagian-bagian otak yang berhubungan dengan terjadinya agresivitas sebagai berikut.
 - a) Sistem limbik
Merupakan organ yang mengatur dorongan dasar dan ekspresi emosi serta perilaku seperti makan, agresif, dan respons seksual. Selain itu, mengatur sistem informasi dan memori.
 - b) Lobus temporal
Organ yang berfungsi sebagai penyimpan memori dan melakukan interpretasi pendengaran.

c) Lobus frontal

Organ yang berfungsi sebagai bagian pemikiran yang logis, serta pengelolaan emosi dan alasan berpikir.

d) Neurotransmitter

Beberapa neurotransmitter yang berdampak pada agresivitas adalah serotonin (5-HT), Dopamin, Norepineprin, Acetylcholine, dan GABA.

4) Perilaku (*behavioral*)

a) Kerusakan organ otak, retardasi mental, dan gangguan belajar mengakibatkan kegagalan kemampuan dalam berespons positif terhadap frustrasi.

b) Penekanan emosi berlebihan (*over rejection*) pada anak-anak atau godaan (*seduction*) orang tua memengaruhi kepercayaan (*trust*) dan percaya diri (*self esteem*) individu.

c) Perilaku kekerasan di usia muda, baik korban kekerasan pada anak (*child abuse*) atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga mempengaruhi penggunaan kekerasan sebagai koping.

d) Teori belajar sosial mengatakan bahwa perilaku kekerasan adalah hasil belajar dari proses sosialisasi dari internal (penguatan yang diterima ketika melakukan kekerasan) dan eksternal (observasi panutan, seperti orang tua, kelompok, saudara, figur olahragawan atau artis, serta media elektronik).

5) Sosial kultural

- a) Norma merupakan kontrol masyarakat pada kekerasan. Hal ini mendefinisikan ekspresi perilaku kekerasan yang diterima atau tidak diterima akan menimbulkan sanksi. Kadang kontrol sosial yang sangat ketat (*strict*) dapat menghambat ekspresi marah yang sehat dan menyebabkan individu memilih cara yang maladaptif lainnya.
- b) Budaya asertif di masyarakat membantu individu untuk berespons terhadap marah yang sehat.
- c) Faktor sosial yang dapat menyebabkan timbulnya agresivitas atau perilaku kekerasan yang maladaptif

e. Faktor Presipitasi

Semua faktor ancaman antara lain sebagai berikut.

1) Internal

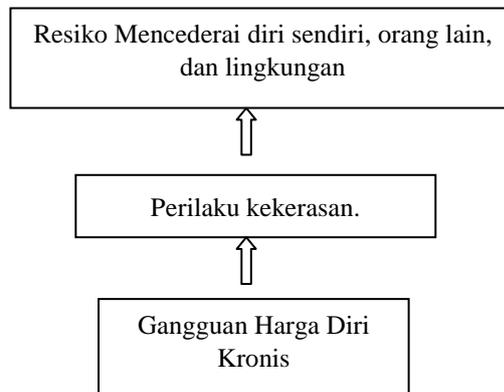
- a) Kelemahan.
- b) Rasa percaya menurun.
- c) Takut sakit.
- d) Hilang kontrol.

2) Eksternal

- a) Penganiayaan fisik.
- b) Kehilangan orang yang dicintai.
- c) Kritik.

f. Pohon Masalah

Gambar 2.3 Pohon Masalah Perilaku Kekerasan (Sumber :)



g. Diagnosa Keperawatan

- 1) Perilaku Kekerasan
- 2) Resiko Mencederai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
- 3) Perubahan Persepsi sensori : Halusinasi
- 4) Harga Diri Rendah
- 5) Isolasi Sosial
- 6) Berduka Disfungsional Kronis
- 7) Inefektif proses terapi

h. Rencana asuhan keperawatan

1. Perilaku Kekerasan (Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan) (Hatono.2010).

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.

- 2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- 3) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- 4) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- 5) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya.
- 6) Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka

b. Intervensi

1) Sp 1 p

- a) Identifikasi penyebab perilaku marah
- b) Identifikasi tanda dan gejala perilaku kekerasan
- c) Identifikasi perilaku kekerasan yang dilakukan
- d) Identifikasi akibat perilaku kekerasan
- e) Sebutkan cara mengontrol perilaku kekerasan (fisik 1 dan 2, secara verbal, secara spiritual dan minum obat)
- f) Bantu klien mempraktekkan latihan cara mengontrol secara fisik 1 (menarik nafas dalam)
- g) Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol pk dengan fisik 1 kedalam jadwal harian

2) Sp 2 p

- a) Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien
- b) Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik 2 (memukul bantal)
- c) Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol pk dengan fisik 2 kedalam jadwal harian

3) Sp 3 p

- a) Evaluasi jadwal kegiatan fisik pasien (sp 1 dan 2)
- b) Bantu pasien mempraktikkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara verbal:
 - (1) Menolak dengan baik
 - (2) Meminta dengan baik
 - (3) Mengungkapkan dengan baik
- c) Anjurkan pasien memasukkan cara mengontrol pk dengan fisik 1 kedalam jadwal harian

4) Sp 4 p

- a) Evaluasi jadwal kegiatan pasien (sp 1, 2 dan 3)
- b) Bantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (berdo'a sholat dan zikir)
- c) Anjurkan pasien memasukkan jadwal latihan cara mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual (berdo'a sholat dan zikir) kedalam jadwal kegiatan harian.

5) Sp 5 p

- a) Evaluasi jadwal kegiatan pasien (sp 1, 2, dan 4)
- b) Bantu pasien mempraktekkan cara mengontrol dengan cara minum obat secara teratur :
- c) Jelaskan pentingnya minum obat
- d) Jelaskan akibat bila tidak minum obat tidak sesuai program
- e) Jelaskan akibat bila putus obat
- f) Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
- g) Jelaskan program pengobatan dengan prinsip 5 B
- h) Anjurkan pasien memasukkan jadwal latihan cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat kedalam jadwal kegiatan harian.

6) SP 1 K

- a) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- b) Jelaskan tentang perilaku kekerasan pada keluarga
 - (1) Pengertian perilaku kekerasan
 - (2) Tanda dan gejala perilaku kekerasan
 - (3) Akibat perilaku kekerasan
- c) Jelaskan cara merawat pasien perilaku kekerasan

7) SP 2 K

- a) Evaluasi Sp 1

- b) Latih keluarga cara merawat langsung pasien perilaku kekerasan
 - c) Latih cara yang sudah diajarkan langsung kepada pasien
- 8) SP 3 K
- a) Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas termasuk minum obat
 - b) Jelaskan *follow up* pasien
- c. Evaluasi
- 1) Pada pasien
 - a) Pasien mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala perilaku kekerasan, perilaku kekerasan yang biasa dilakukan, serta akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukan.
 - b) Pasien mampu menggunakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara teratur sesuai jadwal, yang meliputi:
 - (1) secara fisik,
 - (2) secara sosial/verbal,
 - (3) secara spiritual,
 - (4) terapi psikofarmaka.

2. Harga Diri Rendah

a. Tujuan

- 1) Mengungkapkan penerimaan diri secara verbal

- 2) Menerima masukan dari orang lain
- 3) Memiliki kepercayaan diri
- 4) Mengekspresikan kesuksesan
- 5) Mempertahankan kontak mata

b. Intervensi

a) Sp 1 p

- a) Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien :

- (1) Diskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan pasien dirumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien

- (2) Berikan penguatan positif terhadap kemampuan pasien.

- b) Nilai kemampuan yang dapat dilakukan pasien saat ini :

- (1) Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini

- (2) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang di ungkapkan pasien

- (3) Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.

- c) Pilih kemampuan pasien yang akan dipilih :
- (1) Diskusikan dengan pasien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari
 - (2) Bantu pasien menetapkan aktifitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri.
 - (a) Aktifitas yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga
 - (b) Aktifitas apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien
 - (c) Beri contoh cara melaksanakan aktifitas yang dapat dilakukan pasien
 - (d) Susun bersama pasien aktifitas atau kegiatan sehari-hari pasien.
 - (3) Nilai kemampuan pertama yang telah dipilih
 - (a) Diskusikan dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih pasien) yang akan dilatih
 - (b) Peragakan bersama pasien beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien
 - (c) Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai kemajuan yang diperlihatkan pasien
 - (d) Susun daftar aktifitas pasien sehari-hari

(4) Anjurkan pasien melakukan aktifitas sesuai dengan jadwal kegiatan sehari-hari

b) Sp 2 p

- a) Evaluasi jadwal kegiatan pasien (sp 1)
- b) Pilih kemampuan pasien yang kedua yang dapat digunakan
- c) Latih kemampuan yang dipilih
- d) Anjurkan pasien memasukkan jadwal kemampuan yang dapat digunakan dalam jadwal sehari-hari

c) Sp 3 p

- a) Evaluasi jadwal kegiatan pasien (sp 1 dan sp 2)
- b) Pilih kemampuan pasien yang ketiga yang dapat digunakan
- c) Latih kemampuan yang dipilih
- d) Anjurkan pasien memasukkan jadwal kemampuan yang dapat digunakan dalam jadwal sehari-hari.

d) SP 1 K

- a) Diskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien
- b) Jelaskan kepada keluarga:
 - (1) Pengertian harga diri rendah
 - (2) Tanda dan gejala harga diri rendah

- (3) Proses terjadinya harga diri rendah
- c) Jelaskan/bermain peran cara-cara merawat pasien harga diri rendah:
 - (1) Identifikasi aktifitas yang memerlukan bantuan minimal atau penuh dari keluarga
 - (2) Beri contoh cara melakukan aktifitas yang dapat dilakukan pasien selama dirumah
 - (3) Susun aktifitas atau kegiatan sehari-hari pasien
 - (4) Peragakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai kemajuan yang diperlihatkan pasien
- e) SP2K
 - a) Evaluasi kemampuan sp 1 k
 - b) Latih keluarga merawat langsung pasien HDR.
- f) SP3K
 - a) Bantu keluarga membuat jadwal aktifitas dirumah termasuk minum obat.
 - b) Anjurkan keluarga untuk merencanakan *follow up* dan rujukan.
- c. Evaluasi
 - 1) Mengungkapkan penerimaan diri secara verbal
 - 2) Menerima masukan dari orang lain
 - 3) Memiliki kepercayaan diri

4) Mengekspresikan kesuksesan

5) Mempertahankan kontak mata

C. Konsep Intervensi Inovasi

1. Pengertian *Dance Movement Therapy* (DMT)

Menurut Shack (2010), tarian ialah suatu fenomena yang kompleks dan indah. Bagian yang indah dari tarian ialah ketika menari, sang penari tidak terlalu memperhatikan elemen dan detail dari tarian tetapi lebih merasakan “kesempurnaan diri” di dalam tarian tersebut sehingga dia mampu memahami dan menginterpretasikan apa yang dialaminya dari tarian tersebut (Blasing, 2010). Sedangkan Haukin (1990) menyatakan bahwa tari adalah ekspresi jiwa manusia yang diubah oleh imajinasi dan diberi bentuk melalui media gerak sehingga menjadi bentuk gerak yang simbolis dan sebagai ungkapan kepada Sang Pencipta.

DMT secara resmi didefinisikan sebagai psikoterapi menggunakan gerakan sebagai proses yang lebih lanjut dari emosional, kognitif, integrasi sosial dan fisik individu (*American Dance Therapy Association* dalam Goodill, 2005). DMT adalah disiplin khusus di bidang kesehatan mental, bersama dengan terapi seni kreatif lain (seni, musik, drama, puisi dan psikodrama terapi). Secara akademis, lapangan yang menggabungkan dan mensintesis studi psikologis dan proses-proses sosial dengan proses konstruksi teoritis lainnya dari kedua seni gerakan dan prinsip kinesiologis/ biologis gerakan. Secara klinis, kerja terdiri pendekatan

pikiran / tubuh yang terintegrasi untuk psikoterapi. Baik klien dan terapis memperhatikan dan menangani yang dirasakan, hubungan kinestetik dan motorik antara proses kognitif (termasuk proses kreatif), tanggapan emosional, pola interaksional dan isu-isu yang relevan dengan terapi.

DMT adalah penggunaan gerakan ekspresif dan menari sebagai kendaraan dimana seorang individu dapat terlibat dalam proses integrasi pribadi dan perkembangan. Hal ini didirikan pada prinsip bahwa ada hubungan antara gerak dan emosi dan bahwa dengan mengeksplorasi kosakata yang lebih bervariasi dari gerakan orang yang mengalami kemungkinan menjadi lebih aman seimbang namun semakin spontan dan mudah beradaptasi. Melalui gerakan dan menari batin setiap orang menjadi nyata, individu berbagi banyak simbolisme pribadi mereka dan hubungan menari bersama-sama menjadi terlihat. Dance/movement terapis menciptakan sebuah lingkungan dimana perasaan dapat dengan aman dinyatakan, diakui dan dikomunikasikan.

2. Fungsi Tarian

Menurut Wardhana (1990), seni tari memiliki beberapa fungsi, yaitu:

a. Seni tari sebagai sarana upacara.

Tari dapat digunakan sebagai sarana upacara. Jenis tari ini banyak jenisnya, seperti tari untuk upacara keagamaan dan upacara penting dalam kehidupan manusia.

b. Seni tari sebagai hiburan.

Tari sebagai hiburan harus bervariasi. Oleh karena itu, jenis ini menggunakan tema-tema yang sederhana, diiringi lagu yang enak dan mengasyikkan. Kostum dan tata panggungnya juga dipersiapkan dengan cara yang menarik.

c. Seni tari sebagai penyaluran terapi.

Jenis tari ini biasanya ditujukan untuk penyandang cacat fisik atau cacat mental. Penyalurannya dapat dilakukan secara langsung bagi penderita cacat tubuh, penderita tuna wicara, tuna rungu, dan secara tidak langsung bagi penderita cacat mental.

d. Seni tari sebagai media pendidikan.

Kegiatan tari dapat dijadikan media pendidikan, seperti mendidik anak untuk bersikap dewasa dan menghindari tingkah laku yang menyimpang. Nilai-nilai keindahan dan keluhuran pada seni tari dapat mengasah perasaan seseorang.

e. Seni tari sebagai media pergaulan

Seni tari adalah kolektif, artinya penggarapan tari melibatkan beberapa orang. Oleh karena itu, kegiatan tari dapat berfungsi sebagai sarana pergaulan.

f. Seni tari sebagai media pertunjukkan.

Tari bukan hanya menjadi sarana upacara atau hiburan, tetapi tari juga bisa berfungsi sebagai pertunjukkan yang sengaja dipertontonkan. Tari yang dipentaskan, lebih menitikberatkan pada segi artistiknya,

penggarapan koreografi yang mantap, mengandung ide-ide, interpretasi, konseptual serta memiliki tema dan tujuan.

g. Seni tari sebagai media katarsis.

Katarsis berarti pembersihan jiwa. Seni tari sebagai media media katarsis lebih mudah dilaksanakan oleh orang yang telah mencapai taraf atas, dalam penghayatan seni.

3. Program *Dance Movement Therapy*

Adapun program DMT ini terdiri dari 10 sesi. Pasien berpartisipasi 6 kali seminggu satu sesi per hari. Empat puluh lima menit intervensi tersebut dilakukan. Peneliti, yang juga fasilitator gerakan tari dan program intervensi, dapat menerima pelatihan dari instruktur tari untuk memfasilitasi sesi tari terstruktur.

Kaban (2003) menyatakan bahwa kebutuhan klien yang akan berpartisipasi dalam tarian dan gerakan intervensi program akan terus menerus berubah sehingga program intervensi tiap sesi DMT harus fleksibel. Oleh karena itu, walaupun setiap sesi memiliki tema tertentu dan setiap sesi terdiri dari aspek-aspek tertentu, peneliti/fasilitator harus fleksibel dan siap untuk menyesuaikan sesi untuk kebutuhan pasien. Untuk meningkatkan partisipasi kelompok dan eksplorasi tema tertentu, beberapa aspek tertentu dari setiap sesi harus terstruktur dan sebagian lagi lebih fleksibel.

Terapi DMT merupakan jenis terapi yang mengandalkan penyaluran energi dan penyerapan oksigen yang berimbang sehingga dapat

meningkatkan *endorphin* yang memiliki efek relaksan sehingga dapat mengurangi resiko kekerasan secara efektif (Sarikaya dan Coulucci,2017). Didalam DMT terdapat 10 tahapan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil yang efektif.

Penelitian yang dilakukan oleh Dani, Utami, dan Sumijati (2017) tentang Efek penerapan terapi gerakan tari dalam menurunkanhiperaktivitas pada anak ADHD, menunjukkan bahwa terapi gerakan tari dapat menurunkan hiperaktivitas anakADHD.Hasil penelitian D'Cruz (2007) dan Redman (2007) juga mengatakan bahwa terapigerakan tari dapat meningkatkan dopamin di otak sehingga mempengaruhi fungsi kerjakorteks prefrontal menjadi lebih baik. Secara spesifik hasil penelitian yang dilakukan oleh Lee, Jang, dan Sang-Yeol Lee (2015) yang berjudul *Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia*, menunjukkan hasil bahwa program *Dance Movement therapy* dapat menutunkan tanda gejala marah dan menurunkan tanda gejala gangguan psikotik.

Dance movement therapy ini baik diberikan untuk pasien dengan perilaku kekerasan yang sebelumnya di *restrain* sehingga mengakibatkan kekakuan otot. Selain itu pergerakan *dance movement therapy* sangat cocok bagi pasien perilaku kekerasan dengan konsumsi obat-obatan penenang yang menimbulkan berbagai macam efek samping untuk menghindari terjadinya cedera dan juga tetap merelaksasikan jasmani maupun rohani pasien (Sarikaya & Erminiya, 2017).

Aspek yang terstruktur dari setiap sesi ditujukan untuk menciptakan rutinitas selama periode satu minggu, yang mana memberikan rasa stabilitas, kontrol dan konsistensi pada para peserta. Peneliti/fasilitator memilih untuk mengimplementasikan program intervensi dalam format grup untuk meningkatkan hubungan interpersonal serta keterampilan sosial peserta dan memberikan kesempatan pada para peserta untuk mendukung satu sama lain (Kaban, 2003).

a. Gerakan fokus dan konsentrasi

Menginstruksikan peserta untuk konsentrasi dengan cara tarik nafas dalam dan menghembuskan lewat mulut dengan hitungan delapan dan repitisi 2 kali.

b. *Strecing*

1) Dimulai dari gerakan kepala difleksi dan diekstensikan dengan hitungan 8 dan repitisi 2 kali

2) Gerakan tangan dengan menekuk sendi bahu dan lengan hitungan 8 kali dan repitisi 2 kali

3) Gerakan kaki dengan menekuk antara sendi betis dan paha dengan hitungan 8 dan repitisi 2 kali.

c. Gerakan bagian tubuh dan langkah tarian sederhana

1) Gerakan bagian tubuh terutama bagian tangan untuk melenturkan dengan memainkan tangan seperti sedang memainkan ombak.

- 2) Gerakkan kepala mengikuti gerakan tangan dengan mengikuti pergerakan tangan ketika tangan ke kanan diikuti gerakan kepala ke kanan dan ketika ke kiri diikuti ke kiri
- d. Melakukan gerakan secara berpasangan dengan tujuan interaksi antar peserta dan fleksibilitas.
- 1) Gerakan seperti melakukan tos sebanyak 2 kali dengan kedua tangan dan diikuti tepukan tangan sebanyak dua kali
 - 2) Gerakan membuka bagian kaki kanan dengan arah keluar dan kedalam dengan hitungan pengulangan sebanyak 8 kali.
- e. Mengikuti gerakan leader
- 1) Perawat/terapis menunjuk salah satu pasangan untuk menjadi leader dan mempraktekkan tarian
 - 2) Selanjutnya peserta lain mengikuti leader di depan
- f. Gerakan secara solo/individu dimana peserta melakukan gerakan bebas dan mengikuti irama
- 1) Pasien melakukan tarian dengan mengikuti irama musik yang dimainkan
 - 2) Gerakan bebas, dimana setiap pasien menari sesuai tempo musik yang dimainkan
- g. Bergerak di sekitar mitra dengan tema "di atas, di bawah, dan melalui" untuk mempromosikan interaksi, keputusan, dan kesadaran batas-batas tubuh

- 1) Bergerak disekitar mitra dengan tema “diatas, dibawah, dan melalui” untuk mempromosikan interaksi, keputusan, dan kesadaran batas-batas tubuh
 - 2) Perawat memberikan instruksi kepada peserta untuk mengikuti instruksi ketika harus berganti pasangan yang lain, misalnya instruksi pindah dengan teman sebelah kanan, pindah dengan teman dibelakang
 - 3) Selama berpindah dengan pasangan tetap dengan mengikuti alunan musik yang dimainkan
- h. Dansa Jive yang kreatif untuk kesenangan dan peningkatan energi.
- 1) Pola kaki 6 hitungan. Belajar berdansa jive mudah dilakukan begitu Anda menguasai langkah-langkah awal atau gerakan dasarnya.
 - Hitungan 1 dan 2 disebut *link steps* atau *rock steps*.
 - Hitungan 3 dan 4 adalah langkah tiga ke kiri yang disebut *chasse*.
 - Hitungan 5 dan 6 adalah langkah tiga, atau *chasse*, ke kanan.
 - 2) Gerakan *chasse*. *Chasse* dalam dansa adalah saat Anda menggerakkan satu kaki ke samping.
 - 3) *Link step* atau *rock step*. *Link step* atau *rock step* adalah saat Anda menempatkan satu kaki di belakang kaki yang lain dan kemudian mengangkat kaki depan ke atas.
 - Idenya adalah untuk mengayun ke belakang menggunakan kaki belakang dan ke depan menggunakan kaki ke depan, memindahkan beban ke kaki belakang dan kemudian ke kaki depan. Meskipun

demikian, Anda harus selalu mengangkat kaki ke atas saat memindahkan beban ke belakang dan ke depan.

- Latih beberapa *rock step* untuk dapat merasakan gerakan ini. Ini merupakan gerakan penting dalam dansa *jive*.

- i. Pose seperti patung dengan ekspresinya yang menunjukkan bentuk ekspresi perasaan yang dirasakan
 - 1) Perawat menunjuk satu pasien untuk maju kedepan dan menunjukkan pose mematung dengan ekspresi yang ditunjukkan yang mewakili perasaan yang dirasakan
 - 2) Peserta menjelaskan alasan ekspresi tersebut ditunjukkan dan alasan mengapa perasaan tersebut muncul dan dirasakan
- j. "Batu kepercayaan" dengan mitra yang memberi dan mengambil berat.

Melakukan gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan rasa saling percaya dalam pasangan dance. Misal salah satu pasangan melakukan gerakan menjatuhkan diri dan pasangannya menangkap.

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA.....	46
A. Pengkajian Kasus	46
B. Konsep Diri.....	49
C. Analisa Data	55
D. Pohon Masalah.....	56
E. Diagnosa Keperawatan	56
F. Rencana Keperawatan	57
G. Intervensi Inovasi	62
H. Implementasi dan Inovasi Keperawatan	65
I. Evaluasi Intervensi Inovasi	77
J. Perkembangan Intervensi Inovasi	79
BAB IV ANALISA SITUASI.....	80
A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam	80
B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep.....	82
C. Analisa Intervensi Inovasi.....	84
D. Alternatif Pemecahan Masalah	90

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan jiwa pasien Nn. S dengan Perilaku Kekerasan di ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien perilaku kekerasan dengan inovasi intervensi *Dance Movement Therapy* (DMT) di Ruang Punai RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Dignosa keperawatan yang muncul pada Nn. S ada dua yakni resiko perilaku kekerasan dan harga diri rendah. Intervensi inovasi terapi DMTditujukan untuk mengatasi diagnosa perilaku kekerasan. Intervensi DMT merupakan jenis terapi yang mengandalkan penyaluran energi dan penyerapan oksigen yang berimbang sehingga dapat meningkatkan *endorphin* yang memiliki efek relaksan sehingga dapat mengurangi resiko kekerasan secara efektif. Setelah pasien dilakukan tindakan terapi perilaku *Dance Movement Therapy*(DMT) selama 7 kali sesi latihan pasien mampu mengontrol emosinya dan mampu merelaksasikan tubuhnya kembali.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memiliki variasi intervensi yang dapat dilakukan pada pasien dengan perilaku kekerasan, melalui penetapan SOP tindakan terapi *Dance Movememnt Therapy* (DMT) sebagai bagian implementasi dalam melakukan asuhan keperawatan karena dapat

dilakukan sebagai salah satu metode penurunan emosi pada pasien dengan perilaku kekerasan.

2. Bagi Perawat

Perawat sebagai edukator dapat mengajarkan pentingnya *Dance Movement Therapy*(DMT) untuk memberikan aktivitas yang dapat mengalihkan energi dan menurunkan respon kemarahan yang dirasakan oleh pasien.

3. Bagi Pasien

Pasiendiharapkan dapat memahami dan menggunakan teknik *Dance Movement Therapy*(DMT) disaat pasien merasakan emosi sesuai yang sudah diajarkan oleh perawat.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan studi kasus mellaui asuhan keperawatan ini dijadikan sebagai referensi tambahan sehingga dapat memberikan pengetahuan mengenai pasien dengan perilaku kekerasan.

5. Bagi Penulis

Diharapkan dapat menambah wawasan bagi penulis dagar kedepannya dapat menjadi reverensi tambahan dalam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, Bob. (2010). *Stretching in The Office (Peregangan untuk orang kantoran)*. Jakarta: Serambi Ilmu Semesta.
- Depkes RI. (2012). Kesehatan Jiwa secara global. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Diakses dari: <http://www.depkes.go.id/resource/download/general/Ahmad/Hasil%20Risiko%20sdas%202013.pdf>
- Damaiyanti, M. & Iskandar (2014) *Asuhan Keperawatan Jadung Bandung* : PT Refika Aditama.
- Dermawan, D. & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep dan kerangka kerja asuhan keperawatan jiwa*. Yogyakarta : Gosyen publishing
- Fitria, Nita (2010). *Prinsip Dasar dan Aplikasi penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Harry. (2007). *Mekanisme Endorphine dalam Tubuh*. diakses di <http://klikharry.file.com/2007/02/1/doc+endorphine+dalam+tubuh> diakses pada tanggal 20 November 2018
- Jiwo, Tirta. (2012). *Depresi : Panduan Bagi Pasien, Keluarga dan Teman Dekat*. Jawa Tengah : Pusat Pusat Pemulihan dan Pelatihan Bagi Penderita Gangguan Jiwa.
- Kinser, C dan Colby L. A. (2007). *Therapeutic Exercise. Fundation and Technique*. 5th Ed. Philadelphia, F.A Davis Company. PP:2
- Kirana, N. Nauli, F.A, Novayelinda, R. (2014). *Efektifitas Senam Aerobic Low Impact terhadap Aggression self Control Pada Pasien Dengan Resiko Perilaku Kekerasan*. Vol1. 2 oktober 2014
- Nasir, Abdul, Muhith. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Olvista. (2012). *Pengerttian Motorik Halus Anak*. Bandung : Bumi Aksara
- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott. (2003). *Anxiety Disorder in : Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences / Clinical Psychiatri*, 10th Edition. New York: Lippincott & Wilkin.
- Stuart, G.W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, ed 5. EGC, Jakarta

Suharjana, Fredericus (2013). Pembeda pengaruh hasil latihan peregangan statis dan dinamis terhadap kelentukan tolok menurut jenis kelamin anak kelas 3 dan 4 sekolah dasar. *Jurusan Pendidikan Olahraga Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta*.

Sumiati,Dkk.(2009). *Kesehatan Jiwa Remaja dan Konseling*, Jakarta: Trans Info Media.

Videbeck, Sheila L.,(2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Jakarta:EGC

Ylinen,J.(2008). *Strertching Therapy for sport and Manual Therapies*.Elsavier.Toronto

Yosep I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refia Aditama

Yosep I. (2011). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refia Aditama

Yusuf,Ah, Dkk.(2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika