

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DENGAN INTERVENSI INOVASI
TERAPI DZIKIR TERHADAP PERUBAHAN TANDA DAN GEJALA
RESIKO PERILAKU KEKERASAN DI RUANG ELANG DI RSJD
ATMAHUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
REZA WAHYUDI, S.KEP.
1611308250343**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2017**

**Praktik Klinik Keperawatan Jiwa pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan
Intervensi Inovasi Terapi Dzikir Terhadap Perubahan Tanda dan Gejala Resiko
Perilaku Kekerasan di Ruang Elang di Rumah Sakit Jiwa Daerah**

Atma Husada Mahakam Samarinda

Reza Wahyudi¹, Dwi Rahma Fitriani²

INTISARI

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 klien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga keperawatan yang profesional. Sedangkan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau memiliki riwayat perilaku kekerasan. Jika kita liat dari definisi, perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Stuart & Laraia, 2008). Menghadapi masalah tersebut diatas, maka dibutuhkan suatu teknik dalam upaya membantu mengurangi perilaku kekerasan pada pasien resiko perilaku kekerasan. Diantaranya adalah teknik berdzikir. Terapi dzikir adalah terapi spiritual atau religius karena ketika pasien melakukan terapi dzikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusu') dapat memberikan dampak saat tanda dan gejala muncul pasien bisa menghilangkan rasa marah atau jengkel dan lebih dapat menyibukkan diri dengan melakukan terapi dzikir (Endah, 2013). Karya Ilmiah Akhir Ners bertujuan untuk menganalisa terapi dzikir yang diterapkan secara kotinyu pada pasien perilaku kekerasan. Hasil analisa data menunjukkan bahwa diperoleh hasil dengan pemberian intervensi terapi dzikir dapat digunakan untuk membantu klien perilaku kekerasan dalam mengontrol dan penurunan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan.

¹Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

²STIKES Muhammadiyah Samarinda

**Analysis of Nursing Clinical Practice in Mental Patients with Risk of Violent
Behavior Therapy Intervention Dzikir Innovation Signs and Symptoms**

of Changes in Risk Behavior of Violence in Elangof Mental

Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda

Reza Wahyudi¹, Dwi Rahma Fitriani²

ABSTRACT

Violent behavior is one response to stressors faced by someone. These responses can be harmful to both yourself, others, and the environment. The impact of losses incurred, the handling of client with violent behavior needs to be done quickly and appropriately by trained nursing professionals. While violent behavior can occur in two forms, namely during a violent behavior or have a history of violent behavior. If we see from the definition, violent behavior is a condition in which a person acts that endanger the physical well against oneself, others and the environment (Stuart & Laraia, 2008). Facing the problem mentioned above, it takes a technique in an effort to help reduce the risk of violent behavior in patients with violent behavior. Among them is a technique of dhikr. Therapy dhikr therapy is spiritual or religious because when patients do therapy dhikr diligently and focusing perfect (khusu ') can have an impact when the signs and symptoms appear the patient can eliminate anger or annoyance and more fussing with therapy dhikr (Endah , 2013). Final Scientific Paper aims to analyze therapy nurses who applied kotinyu dhikr in patients with violent behavior. The results of data analysis showed that the results obtained by administering the therapeutic intervention of dhikr can be used to help clients violent behavior in the control and reduction of signs and symptoms the risk of violent behavior.

¹Student nurses Professional Program STIKES

²STIKES Muhammadiyah Muhammadiyah Samarinda Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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 serta kepribadiannya. Angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang yang menderita gangguan mental. Orang yang mengalami gangguan jiwa sepertiganya tinggal dinegara berkembang, sebanyak dari 8 dari 10 penderita gangguan mental itu tidak mendapatkan perawatan. (Kemenkes RI, 2012).

Penderita gangguan jiwa belum bisa disembuhkan 100% tetapi para penderita gangguan jiwa memiliki hak untuk sembuh dan diperlakukan secara manusiawi. UU RI 18 Tahun 2014 Bab I Pasal 3 Tentang Kesehatan Jiwa telah dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa (Kemenkes, 2014).

Salah satu pemicu terjadinya berbagai masalah dalam kesehatan jiwa adalah dampak modernisasi dimana tidak semua orang siap untuk menghadapi cepatnya perubahan dan kemajuan teknologi baru (Sitorus, 2006). Gangguan jiwa

tidak menyebabkan kematian secara langsung namun akan menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga penderita dan lingkungan masyarakat sekitarnya (Djarmiko, 2009).

Skizofrenia adalah tantangan bagi dunia kedokteran karena menimbulkan gangguan-gangguan kognitif, afektif, perilaku dan motivasi sehingga menyebabkan gangguan adaptasi pasien terhadap lingkungan (Chandra, 2004). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa kronis yang dicirikan oleh suatu siklus kekambuhan dan remisi. Kekambuhan merupakan gambaran yang umum dari perjalanan yang siklik dari skizofrenia dan akan terjadi pada banyak pasien (Taylor et al, 2005). Skizofrenia termasuk jenis psikosis yang menempati urutan atas dari seluruh gangguan jiwa yang ada, selain karena angka insidennya di dunia cukup tinggi (1 per 1000), hampir 80% penderita skizofrenia juga mengalami kekambuhan secara berulang (Kusumowardhani, 2006).

Gejala skizofrenia memiliki insiden yang relatif rendah tetapi prevalensi tinggi dengan kemungkinan kambuh. Skizofrenia setelah satu tahun, sampai dengan 77% kambuh, sementara itu jumlah penderita gangguan Jiwa di Indonesia saat ini, Menurut kementerian Kesehatan tahun 2013, penderita gangguan jiwa berkisar 1 juta orang, sedangkan golongan sedan 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 di Kalimantan 1,4 per 1000 jiwa, pemicu peningkatan penentu gangguan jiwa di

Samarinda dikarenakan 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 sebagian besar banyak yang mengalami gangguan jiwa salah satunya yaitu gangguan jiwa berupa perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain, disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati & Hartono, 2010). Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Stuart & Laraia, 2008). Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Harnawati, 2010).

Tinjauan awal yang peneliti lakukan pada Ruang IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam 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 presentasi 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.

Adapun dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan adalah kehilangan kontrol dirinya. Dimana pasien mengalami dan perilakunya dikendalikan 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.

Terapi modalitas adalah terapi kombinasi dalam keperawatan jiwa, dimana perawat jiwa memberikan praktek lanjutan untuk menatalaksanaan terapi yang digunakan oleh pasien gangguan jiwa (Videbeck, 2008). Ada beberapa jenis terapi modalitas, antara lain: terapi individual, terapi lingkungan (*milliu therapy*), terapi biologis atau terapi somatik, terapi kognitif, terapi keluarga, terapi perilaku, terapi bermain, terapi spiritual (Yosep, 2007).

Terapi spiritual atau terapi religius yang antara lain dzikir, apabila dilafalkan secara baik dan benar dapat membuat hati menjadi tenang dan rileks. Terapi dzikir juga dapat diterapkan pada pasien resiko perilaku kekerasan, karena ketika pasien melakukan terapi dzikir dengan tekun dan memusatkan perhatian yang sempurna (khusus) dapat memberikan dampak saat tanda gejala muncul pasien bisa menghilangkan rasa marah atau jengkel dan lebih dapat menyibukkan diri dengan melakukan terapi dzikir (Endah, 2013).

Penelitian Fananda (2012) tentang penerapan perawat dalam terapi psikoreligius untuk menurunkan tingkat stress pada pasien halusinasi pendengaran di Rumah Sakit Ernaldi Bahar Palembang, dengan hasil pada tingkat stres pasien halusinasi didapatkan bahwa setelah ketiga pasien diajak dzikir berjamaah dengan pasien lain, mereka mampu mengikuti dzikir dengan baik dan benar serta khusyuk dan setelah sholat mereka dapat mengemukakan tentang perasaannya yang lebih tenang, emosi lebih terkendali serta tidak gelisah lagi sehingga mereka bisa bersosialisasi dengan pasien lain dan mulai bisa mengikuti aktifitas sehari-hari.

Menurut Subandi (2009) bacaan dzikir mampu menenangkan, membangkitkan percaya diri, kekuatan, perasaan aman, tenang, dan memberikan perasaan bahagia. Secara medis juga diketahui bahwa orang yang terbiasa berdzikir mengingat Allah secara otomatis otak akan berespon terhadap pengeluaran *endorphine* yang mampu menimbulkan perasaan bahagia dan nyaman (Suryani, 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Yang berjudul Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Dengan Intervensi Inovasi Efektifitas Cara Kontrol Resiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Teknik Berdzikir Terhadap Perubahan Tanda Dan Gejala Resiko Perilaku Kekerasan Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2017.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Pelaksanaan Analisis Praktik Klinik Keperawatan Jiwa Pada Pasien Resiko Perilaku Kekerasan dengan teknik berdzikir di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan melalui pemberian asuhan keperawatan.

- b. Menganalisis intervensi memberikan tehnik berdzikir yang diterapkan secara *kontinyu* pada klien kelolaan dengan diagnosa resiko perilaku kekerasan.

D. Manfaat Penelitian

1. Rumah Sakit

Penelitian ini sebagai bahan masukan manajemen / pengambilan kebijakan untuk terus mendukung terlaksananya pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif guna terciptanya Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa) dan bisa dijadikan bahan pertimbangan untuk menjadikan teknik Dzikir sebagai salah satu terapi untuk mengatasi masalah pada pasien Resiko Perilaku Kekerasan

2. Bagi Profesi Keperawatan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi perawat akan teknik Terapi Relaksasi nafas dalam dengan teknik Dzikir dijadikan sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam menangani pasien dengan resiko perilaku kekerasan. Serta diharapkan perawat mampu memaksimalkan peranannya sebagai pemberi asuhan dan pendidikan bagi pasien dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif guna menciptakan mutu keperawatan yang optimal.

3. Bagi Pendidikan

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

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda terletak di Kakap no.23 Kota Samarinda. RSJD Atma Husada Mahakam sebagai rujukan satu-satunya di Kalimantan Timur mengenai kesehatan jiwa. Rumah sakit ini memiliki status akreditasi penuh tingkat lanjut sebagai pengakuan bahwa rumah sakit 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.

Dulunya Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Atma Husada Mahakam Samarinda bernama Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda (RSJP) 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 pemerintahan 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 pemerintahan kota Samarinda.

Selanjutnya kedudukan Rumah Sakit Atma Husada Mahakam 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 January tahun 2005 (<http://rsjdahm.kaltimprov.go.id/hal-sejarah-rsjd.html>).

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 Saarinda 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

Penulis akan menguraikan keterkaitan antara landasan teori dengan hasil Praktik Klinik Keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan di ruang IGD RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang dimulai sejak tanggal 12 Juni-15 Juli 2017. Pada kasus diatas yang menjadi alasan masuk klien yaitu klien masuk dengan diantar oleh keluarganya karena klien mengamuk, emosi meledak- ledak, dan selalu mondar-mandir saat di rumah. Menurut (Damaiyanti, 2012) 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.

Menurut Yosep (2010) perilaku kekerasan merupakan status rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik. Kemarahan 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).

Menurut Yosep (2010) faktor predisposisi klien dengan Perilaku Kekerasan ada dua, salah satunya faktor psikologis. Pada faktor psikologis dijelaskan bahwa Agresivitas dan kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang (lifr 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 terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Perilaku agresif

dan tidak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaan dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

Klien sebelumnya pernah mengalami gangguan jiwa dan sempat dirawat di RSJ sudah sepuluh kali. Klien juga tidak pernah mengalami penganiayaan fisik maupun seksual selama sakit serta tidak melakukan tindakan kekerasan. Di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami sakit seperti klien.

Menurut Yosep (2010), pada dasarnya pengkajian pada klien perilaku kekerasan ditujukan pada semua aspek, yaitu biopsikososial-kultural-spiritual dan pada aspek sosial meliputi interaksi 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. Teori ini sudah sesuai dalam pengkajian karena didapatkan data bahwa ketika diajak berbicara, klien mau berinteraksi bila didahului, kontak mata ada tetapi tidak tahan lama.

Pada saat pengkajian klien tidak tampak gelisah, tetapi klien mudah tersinggung, untuk disorientasi waktu, tempat dan orang klien tidak mengalami hal tersebut karena klien mempunyai ingatan yang cukup baik,

misalnya makanan yang dimakan klien dapat menyebutkannya, selain klien juga dapat mengingat memori jangka panjang, misalnya klien dapat mengingat kejadian sebelumnya. Klien mampu mengambil keputusan sederhana seperti saat diberi pilihan oleh perawat mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Klien mengungkapkan mandi dulu sebelum makan. Pemeriksaan fisik terdiri dari pemeriksaan tanda-tanda vital, kepala, mata, telinga, mulut, leher, dada, abdomen, kulit dan kuku (Kusyati, 2010).

Hasil pemeriksaan fisik yang penulis lakukan pada klien didapatkan data sebagai berikut : Pemeriksaan fisik yang penulis dapatkan meliputi tanda-tanda vital klien, dengan tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 92 kali/menit, suhu 36,2C, respirasi 20 kali/menit, tinggi badan 165 cm, berat badan 62 kg, hasil pengkajian fisik tidak ditemukan keluhan pada klien.

Menurut Keliat (2009), pohon masalah pada perilaku kekerasan dapat mengakibatkan klien mengalami kehilangan kontrol pada dirinya, sehingga bisa membahayakan diri sendiri, orang lain maupun lingkungan. Berdasarkan masalah – masalah tersebut, maka disusun pohon masalah yaitu harga diri rendah sebagai causa, perilaku kekerasan sebagai core problem dan resiko perilaku kekerasan sebagai effect.

Intervensi yang dilakukan pada masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan pada penelitian ini menggunakan intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan ditambah dengan intervensi inovasi Terapi Dzikir

Strategi pelaksanaan (SP) pada intervensi masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan (pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan) dapat diimplementasikan secara keseluruhan kepada Sdr. A selama 3 hari, hal ini didukung oleh klien telah kooperatif dalam menerima masukan/ intervensi yang diberikan oleh penulis. Begitu juga intervensi inovasi Dzikir dapat diaplikasikan kepada klien selama 3 hari. Intervensi inovasi dapat dilakukan sesuai SOP yang telah dibuat.

Sedangkan untuk intervensi keperawatan pada masalah keperawatan harga diri rendah belum dapat diimplementasikan kepada klien karena klien masuk rumah sakit diminggu ke dua, intervensi strategi pelaksanaan (SP) dan intervensi inovasi dzikir diimplementasikan di minggu ke tiga, sehingga intervensi harga diri rendah belum bisa diaplikasikan.

Evaluasi pada masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan dari tindakan yang penulis lakukan dapat disimpulkan pada hari pertama, kedua dan ketiga dari resiko perilaku kekerasan teratasi sebagian karena klien mengatakan tanda dan gejala perilaku kekerasan masih ada tetapi sudah mengalami peningkatan skala RUFA, perubahan perilaku kekerasan mulai terjadi setelah melakukan tindakan SP 1P sampai SP 5P dan perubahan makin signifikan setelah klien diberikan terapi Dzikir.

C. Analisis Intervensi Inovasi

Pada salah satu intervensi penulis melakukan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan resiko perilaku kekerasan sekaligus mengatasi masalah penurunan tanda gejala pada klien Tn. A. intervensi inovasi ini berupa tindakan terapi Dzikir

Intervensi ini dilakukan sejak tanggal 10-12 Juli 2017, adapun hasil evaluasi sebagai berikut :

Tabel 4.1 Hasil Evaluasi Intervensi Inovasi

No	Hari/Tgl	Sebelum	Sesudah
1.	10/07/2017	<p>Subyektif :</p> <p>Klien mengatakan : “Saya mengamuk dirumah karena permintaan saya tidak dipenuhi”</p> <p>Objektif :</p> <p>Ekspresi serius kadang tegang, emosi klien labil, mudah tersinggung intonasi sedang, pandangan tajam, dan terkadang melotot.</p> <p>RUFA : (Skor : 11-20)</p>	<p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - agak lega, tetapi masih stress karena memikirkan tidak punya pekerjaan - Klien mengatakan senang setelah melakukan berdzikir dan tarik nafas dalam dan bikin hati tenang Pak <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menceritakan persoalan klien dan terkadang terlihat emosi - Klien kooperatif saat komunikasi - Emosi labil, intonasi verbal sedang, mudah tersinggung, ekspresi tegang, pandangan tajam, dan mata melotot. <p>RUFA : (Skor : 11-20)</p>

2.	11/07/2017	<p>Subjektif : Klien mengatakan : “keadaan saya baik-baik saja hari ini</p> <p>Objektif : Ekspresi serius kadang tegang, emosi klien labil, mudah tersinggung intonasi sedang, pandangan sudah tidak tajam dan mata tidak melotot lagi</p> <p>RUFA II (Skor : 11-20)</p>	<p>Subjektif : - Klien mengatakan senang bisa berdzikir lagi dengan bapak - Klien kooperatif saat komunikasi</p> <p>Objektif : - Klien kooperatif saat komunikasi emosi klien stabil, intonasi verbal sedang, klien sudah tidak mudah tersinggung, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot</p> <p>RUFA III (Skor : 21-30)</p>
3.	12/07/2017	<p>Subjektif : Klien mengatakan “Keadaan saya semakin baik, dan merasa sudah bisa mengontrol emosi saya”.</p> <p>Objektif : Kontak mata fokus, nada bicara sedang dan terkontrol</p> <p>RUFA III (Skor : 21-30)</p>	<p>Subjektif : - Klien mengatakan senang setiap hari berdzikir ingat kepada Allah SWT - Klien mengatakan akan setiap hari berdzikir walau tidak didampingi Bapak</p> <p>Objektif : Emosi stabil, intonasi verbal sedang, ekspresi sudah tidak tegang, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot dan klien kooperatif saat berkomunikasi.</p> <p>RUFA II (Skor : 21-30)</p>

Berdasarkan hasil intervensi inovasi diatas setelah dilakukan terapi Dzikir menunjukkan perubahan perilaku kekerasan dari skala RUFA 11-20 dengan tanda dan gejala ekspresi tegang, emosi klien labil, intonasi sedang, pandangan tajam, muka merah dan mata melotot menjadi skala RUFA III

dengan tanda dan gejala emosi stabil, intonasi verbal sedang, ekspresi sudah tidak tegang, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot. Hal tersebut menjadi indikator klien dapat menurunkan tanda dan gejala yang dirasakan dengan masalah resiko perilaku kekerasan.

Resiko perilaku kekerasan adalah adanya kemungkinan seseorang melakukan tindakan yang dapat menciderai orang lain dan lingkungan akibat ketidakmampuan mengontrol marah secara konstruktif (Keliat dkk, 2007)

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien resiko perilaku kekerasan diruang Elang Atma Husada Mahakam Samarinda ini melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain sehingga dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan secara optimal. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, penulis melakukan tindakan secara mandiri, penulis melakukan tindakan secara mandiri, tindakan kolaborasi dengan tim lainnya.

Perawat memiliki peran utama untuk memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan klien. Konsulen yang baik dapat membangkitkan harapan dan percaya diri pada pasien sehingga ketakutan, rasa sakit, kecemasan terhadap segala hal apapun akan hilang serta sistem kekebalan tubuh akan meningkat, memperbaiki sistem kimia tubuh yang memperlancar darah sehingga nutrisi dan suplai oksigen kedalam tubuh terserap dengan baik

yang akan menjadikan kekebalan tubuh dan kekuatan psikis meningkat sehingga mempercepat proses penyembuhan.

Penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan kombinasi dan strategi pelaksanaan (SP) yang berguna untuk pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan saat berinteraksi atau komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa.

Strategi Pelaksanaan (SP) terdiri dari SP1P latihan tarik nafas dalam, SP2P memukul kasur/ bantal, SP3P secara sosial/ verbal, SP4P secara spiritual, SP5P mengontrol perilaku kekerasan dengan obat. Dimana yang membedakan dari SP4P dengan terapi inovasi dzikir, dimana dengan suasana tenang klien lebih merasakan rileks dan nada jeda melakukan tarik nafas dalam sambil berdzikir sehingga terapi dzikir lebih optimal.

Tindakan terapi Dzikir terbukti efektif dalam perubahan tanda dan gejala perilaku kekerasan. Respon emosional yang positif atau *coping mechanism* dari pengaruh dzikir, ini berjalan mengalir dalam tubuh dan diterima oleh batang otak. Setelah diformat dengan bahasa otak, kemudian ditransmisikan ke salah satu bagian otak besar yakni Talamus. Kemudian, Talamus menghubungi Hipokampus (pusat memori yang vital untuk mengkoordinasikan segala hal yang diserap oleh indera) untuk mensekresi GABA yang bertugas sebagai pengontrol respon emosi, dan menghambat Acetylcholine, serotonin dan neurotransmitter yang lain yang memproduksi

sekresi kortisol. Selain itu, Talamus juga mengontak prefrontal kiri-kanan dengan mensekresi dopamin dan menghambat sekresi serotonin dan norepinefrin. GABA yang bertugas sebagai pengontrol respons emosi, membuat kita bisa mengendalikan pikiran negatif dan selalu berfikir positif dan otomatis kita juga bisa mengendalikan bahkan melenyapkan keinginan-keinginan buruk dan jahat. Dengan hasil penelitian yang didukung oleh jurnal-jurnal penelitian yang ditemukan sehingga perawat dapat mengimplementasikan pada kasus resiko perilaku kekerasan yang berada pada skala RUFA II, sehingga tindakan terapi dzikir menjadi suatu pelengkap yang efektif untuk mengatasi perilaku kekerasan disamping tindakan lainnya. Hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk mendukung dalam pelaksanaan tindakan terapi Dzikir adalah kesiapan klien dan lingkungan yang tenang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Kasus kelolaan pada Sdr. A dengan diagnosa medis Skizofrenia tak terinci didapatkan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada Sdr. A didapatkan data alasan masuk karena mengamuk karena keinginan klien tidak terpenuhi, Klien mengatakan kesal dengan kakaknya karena sering diremehkan dan mengolok-ngolok klien, sehingga klien melakukan tindakan kekerasan (maladaptive) yaitu mengamuk
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Sdr. A adalah Resiko Perilaku Kekerasan pada orang lain dengan faktor resiko pola perilaku kekerasan terhadap orang lain, Resiko perilaku kekerasan pada diri sendiri dengan faktor resiko masalah kesehatan mental (harga diri rendah kronis) dan Harga Diri Rendah Kronis berhubungan dengan kurang respek dari orang lain.
3. Implementasi pada Sdr. A dengan diagnosa keperawatan risiko perilaku kekerasan selama tiga hari, tindakan dilakukan sesuai intervensi yang disusun. Semua intervensi diimplementasikan oleh penulisk karena sesuai dengan kondisi klien
4. Sebelum klien dilakukan terapi Dzikir klien menunjukkan tanda dan gejala perilaku kekerasan berupa : mata melotot, intonasi verbal sedang,

emosi labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang serta pandangan tajam dengan skala RUFA II. Setelah klien dilakukan terapi Dzikir emosi klien stabil, intonasi verbal klien sedang, klien sudah tidak mudah tersinggung, ekspresi sudah tidak tegang, pandangan tidak tajam, mata tidak melotot, dengan skala RUFA III. Hal tersebut menjadi indikator bahwa Terapi Dzikir terdapat perubahan tanda dan gejala resiko perilaku kekerasan.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan. Penetapan SOP tindakan terapi *Dzikir* sebagai asuhan keperawatan dapat dilakukan sebagai salah satu metode merubah perilaku kekerasan pada klien resiko perilaku kekerasan.

2. Bagi Perawat

Perawat sebagai edukator dapat memberikan informasi dan pendidikan kesehatan pada pasien dengan resiko perilaku kekerasan berupa metode perubahan perilaku kekerasan dengan tindakan terapi *Dzikir*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar dan menjadi referensi tambahan sehingga dapat menerapkan tindakan terapi

Dziki dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien resiko perilaku kekerasan.