

KARYA TULIS ILMIAH

**PENERAPAN TINDAKAN ASERTIF PADA PASIEN DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI BANGSAL
MAINTENANCE RSJ GRHASIA
YOGYAKARTA**



KHARISMA PUTRI KUSUMANINGTYAS
P07120115017

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**PENERAPAN TINDAKAN ASERTIF PADA PASIEN DENGAN
RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI BANGSAL
MAINTENANCE RSJ GRHASIA
YOGYAKARTA**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan



KHARISMA PUTRI KUSUMANINGTYAS
P07120115017

**PRODI D-III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA
TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah

“PENERAPAN TINDAKAN ASERTIF PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI BANGSAL *MAINTENANCE* RSJ GRHASIA YOGYAKARTA”

Disusun oleh :

KHARISMA PUTRI KUSUMANINGTYAS
P07120115017

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

13 Juli 2018

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II

Sri Hendarsih, S.Kp., M.Kes

NIP 195507271980022001

Sarka Ade Susana, SIP., S.Kep., MA

NIP 19680601199303.1.006

Yogyakarta,.....

Ketua Jurusan Keperawatan

Bondan Palestin, SKM, M. Kep, Sp.Kom

NIP 19720716 199403 1 005

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“PENERAPAN TINDAKAN ASERTIF PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI BANGSAL *MAINTENANCE* RSJ GRHASIA YOGYAKARTA”

Disusun Oleh

KHARISMA PUTRI KUSUMANINGTYAS

NIM P07120115017

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 20 Juli 2018

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Ns. Sutejo, M.Kep., S.Kep.J (.....)

NIP. 198112092010121003

Anggota,

Sri Hendarsih, S.Kp., M.Kes (.....)

NIP. 195507271980022001

Anggota,

Sarka Ade Susana, SIP, S.Kep., MA (.....)

NIP. 196806011993031006

Yogyakarta,.....

Ketua Jurusan Keperawatan

Bondan Palestin, SKM, M. Kep, Sp.Kom

NIP 19720716 199403 1 005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Kharisma Putri Kusumaningtyas

NIM : P07120115017

Tanda Tangan :

Tanggal : 23 Juli 2018

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kharisma Putri Kusumaningtyas
NIM : P07120115017
Program Studi : D-III
Jurusan : Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty- Free Right*) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :
“PENERAPAN TINDAKAN ASERTIF PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI BANGSAL *MAINTENANCE* RSJ GRHASIA YOGYAKARTA”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, menalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :.....

Pada tanggal :

Yang menyatakan

Materai 6000

(.....)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI/TA) ini. Penulisan proposal KTI/TA ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelah Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Proposal Karya tulis ilmiah ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Sri Hendarsih, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing pertama dan Sarka Ade Susana, SIP., S.Kep., MA selaku pembimbing kedua serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Penulisan pada kesempatan ini menyampaikan **ucapan terima kasih** kepada:

1. Joko Susilo, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
2. Bondan Palestin, SKM, M. Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan
3. Abdul Majid, S. Kep, Ners, M. Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan
4. Dr. Ety Kumolowati, M.Kes selaku Direktur RSJ Grhasia Yogyakarta
5. Mamat Supri Rohmat, S.Kep., Ns selaku fasilitator penelitian di RSJ Grhasia Yogyakarta
6. Pasien Tn. S dan Tn. T yang telah berpartisipasi menjadi peserta dalam Karya Tulis Ilmiah ini
7. Orang tua yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Yogyakarta,

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vi
HALAMAN KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN DAFTAR ISI	viii
HALAMAN DAFTARGAMBAR.....	x
HALAMAN DAFTAR TABEL	xi
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xii
INTISARI.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan	7
B. Tindakan Asertif	31
BAB III METODE STUDI KASUS	37
A. Desain Studi Kasus	37
B. Subyek Studi Kasus	37

C. Fokus Studi	37
D. Definisi Operasional Fokus Studi	37
E. Instrumen Studi Kasus	38
F. Prosedur Pengumpulan Data	38
G. Tempat dan Waktu Studi Kasus	39
H. Analisis Data dan Penyajian Data	39
I. Etika Studi Kasus	39
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	41
A. Hasil	41
B. Pembahasan	76
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	84
A. Kesimpulan	84
B. Saran	84
DAFTAR PUSTAKA	86
LAMPIRAN	88

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.2 Rentang Respon	9
Gambar 2.2 Hierarki Perilaku Kekerasan	10
Gambar 3.2 Pohon Masalah	24
Gambar 1.4 Pohon Masalah Pasien 1	46
Gambar 2.4 Pohon Masalah Pasien 2	64

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif	11
Tabel 2.2 Analisa Data	22
Tabel 3.2 Dokumentasi Keperawatan	29
Tabel 1.4 Lembar Penilaian Pasien 1 Hari I	57
Tabel 2.4 Lembar Penilaian Pasien 1 Hari II	57
Tabel 3.4 Lembar Penilaian Pasien 1 Hari III.....	58
Tabel 4.4 Lembar Penilaian Pasien 2 Hari I	74
Tabel 5.4 Lembar Penilaian Pasien 2 Hari II	74
Tabel 6.4 Lembar Penilaian Pasien 2 Hari III	75

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Format Pengkajian Gangguan Jiwa	88
Lampiran 2. <i>Nursing Care Plan</i> & Catatan Perkembangan	100
Lampiran 3. Standart Operasional Prosedur Asertif	102
Lampiran 4. Lembar Observasi Tindakan Asertif.....	105
Lampiran 5. Tabel Perbandingan Observasi Pasien.....	107
Lampiran 6. Anggaran Penelitian	111
Lampiran 7. Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah	112
Lampiran 8. Surat Pernyataan Pasien Asuhan	113
Lampiran 9. Penjelasan Studi Kasus	114
Lampiran 10. <i>Ethical Client</i>	115
Lampiran 11. Surat Pengantar Izin Penelitian dari Kesbangpol	116
Lampiran 12. Izin Studi Pendahuluan dari RSJ Grhasia	117
Lampiran 13. Izin Penelitian dari RSJ Grhasia	118
Lampiran 14. Lembar Konsultasi	119

PENERAPAN TINDAKAN ASERTIF PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN DI BANGSAL *MAINTENANCE* RSJ GRHASIA YOGYAKARTA

Kharisma Putri Kusumaningtyas¹, Sri Hendarsih², Sarka Ade Susana³
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, DIY 55293
Email : Kharisma.putri96.rp@gmail.com

INTISARI

Latar Belakang : Riskesdas 2013 menyatakan prevalensi gangguan jiwa berat penduduk Indonesia 1,7 per mil, skizofrenia memiliki andil terbesar dalam jumlah tersebut. Gejala positif yang timbul bagi penderita skizofrenia salah satunya adalah ketidakmampuan mengendalikan emosi atau biasa disebut perilaku kekerasan. Risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku yang rentan dimana seseorang beresiko dapat membahayakan diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. **Tujuan :** Untuk membantu pasien dalam mengekspresikan perasaannya, perlu dilakukan upaya mengajarkan tindakan asertif. Penerapan yang dilakukan yaitu mendorong pasien mengungkapkan perasaannya dengan mendemonstrasikan cara meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaannya dengan sopan tanpa menyakiti orang lain. Dampak yang timbul apabila tindakan asertif tidak diajarkan dapat berupa pasien menjadi tidak mampu mengungkapkan perasaannya dan perilaku kekerasan menjadi cara pasien untuk mengungkapkan. **Metode :** Karya tulis ilmiah ini difokuskan pada studi kasus secara deskriptif pada dua pasien risiko perilaku kekerasan, dengan fokus studi penerapan tindakan asertif. Pengumpulan data menggunakan pengkajian asuhan keperawatan gangguan jiwa dan disajikan dalam bentuk laporan deskriptif analisis kasus perbandingan respon pasien setelah diberikan tindakan asertif. **Hasil :** Hasil didapatkan dari kedua pasien mampu melakukan tindakan asertif dengan pencapaian yang berbeda. **Kesimpulan :** Hasil penelitian menunjukkan terdapat variasi respon dari kedua pasien setelah diberikan tindakan asertif menunjukkan baik dari segi kognitif, afektif, psikomotor, dan sosial pasien.

Kata Kunci : Risiko Perilaku Kekerasan, Skizofrenia, Tindakan Asertif

¹ Mahasiswa DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

² Dosen Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

³ Dosen Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

APPLICATION OF ASERTIF ACTION IN PATIENTS WITH RISK OF VIOLENCE BEHAVIOR IN WARD MAINTENANCE RSJ GRHASIA YOGYAKARTA

Kharisma Putri Kusumaningtyas¹, Sri Hendarsih², Sarka Ade Susana³
Nursing Department of Health Polytechnic Ministry of Health Yogyakarta
Jl. Tatabumi No. 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, DIY 55293
Email : Kharisma.putri96 rp@gmail.com

Abstract

Background: 2013 Riskesdas stated that the prevalence of mental disorders in the Indonesian population is 1.7 per mile, schizophrenia has the largest share in this amount. Positive symptoms that arise for schizophrenics are the inability to control emotions or commonly called violent behavior. The risk of violent behavior is a vulnerable behavior where a person is at risk can endanger themselves, others, or the environment. **Objective:** To help patients express their feelings, efforts need to be made to teach assertive actions. The application is to encourage patients to express their feelings by demonstrating how to ask, reject, and express their feelings politely without hurting others. The impact that arises when assertive action is not taught can be the patient being unable to express his or her feelings and violent behavior to the patient's way of expressing. **Method:** This scientific paper focuses on descriptive case studies on two patients at risk of violent behavior, focusing on the study of the application of assertive action. Data collection uses assessment of mental disorders nursing care and is presented in the form of descriptive reports analysis of cases of comparison of patient responses after being given assertive action. **Results:** The results obtained from both patients were able to carry out assertive actions with different achievements. **Conclusion:** The results showed that there were variations in responses from both patients after being given assertive action both in terms of cognitive, affective, psychomotor, and social patients.

Keywords: Risk of Violence Behavior, Schizophrenia, Assertive Action

¹ Nursing Student of the Ministry of Health Polytechnic Yogyakarta

² Nursing Lecturer of the Ministry of Health Polytechnic Yogyakarta

³ Nursing Lecturer of the Ministry of Health Polytechnic Yogyakarta

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Kesehatan Jiwa Tahun 2014 merupakan kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Menurut Videbeck (2008) menyatakan kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku koping positif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional.

Nasir & Muhith (2011) menyatakan Gangguan Jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertingkah laku, hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan meliputi proses berpikir, emosi, kemauan, dan perilaku psikomotorik termasuk bicara, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat. UU nomor 18 tahun 2014 mengatakan bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku

yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 menyatakan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar Dinkes DIY tentang proporsidata penduduk dengan gangguan jiwa berat (skizofrenia atau psikosis) menurut Kabupaten/ kota menunjukkan Kulon Progo menempati kasus teratas dengan prevalensi 4,67 per mil, kemudian Bantul dengan 4,0 per mil dan Kota Yogyakarta menunjukkan prevalensi sebesar 2,14 per mil. Data rutin Dinas Kesehatan DIY tahun 2015 telah menunjukkan angka sebesar 10.993 ODGJ, sedangkan di tahun 2016 jumlah tersebut menjadi sebesar 10.554 orang belum termasuk Kabupaten Sleman dan kasus gangguan jiwa yang belum terungkap. Sehingga dapat disimpulkan dari 10.554 ODGJ, Skizofrenia memiliki andil dalam jumlah tersebut.

Herman dalam Yosep (2009)Skizofrenia merupakan penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya. Yosep (2009) mengatakan bahwa gejala skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu gejala positif seperti halusinasi, delusi, ketidakmampuan mengendalikan emosi (perilaku agitasi atau agresif) dan perasaan, sedangkan gejala negatif yang timbul adalah afek datar, apatis, penurunan perhatian dan aktifitas. Namun gejala-gejala yang terlihat pada pasien dengan perilaku kekerasan tidak dialami oleh semua orang yang

didiagnosis skizofrenia. Perilaku kekerasan juga dapat dialami pada seseorang yang mendapatkan stimulus atau stresor yang tidak menyenangkan atau mengancam dan memunculkan respon marah sehingga memiliki dorongan untuk berperilaku destruktif yang dapat melukai diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan (Yosep 2009). Sutejo (2017) mengatakan bahwa tanda dan gejala pasien dengan risiko perilaku kekerasan yaitu wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak. Nurhalimah (2016) mengatakan penyebab pasien melakukan perilaku kekerasan tidak lepas dari konsep stres adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) seperti anggota keluarga yang sering memperlihatkan perilaku kekerasan, keinginan yang tidak tercapai dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah) seperti stresor berupa kehilangan orang yang dicintai, khawatir terhadap penyakit. Keliat (2011) bahaya yang ditimbulkan pada pasien perilaku kekerasan yaitu melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan.

Penatalaksanaan keperawatan pasien gangguan jiwa untuk mengatasi perilaku kekerasan adalah dengan terapi psikofarmaka, terapi aktivitas kelompok dan manajemen perilaku kekerasan yang terdiri dari fisik, verbal, spiritual, dan obat. Pada manajemen perilaku kekerasan verbal dilakukan penerapan tindakan asertif (Nurhalimah 2016). Tindakan asertif adalah kemarahan atau rasa tidak setuju yang dinyatakan atau diungkapkan

tanpa menyakiti orang lain (Yosep 2009). Berdasarkan pernyataan tersebut, tindakan asertif mampu membantu pasien dengan risiko perilaku kekerasan untuk mengungkapkan rasa marahnya pada orang lain tanpa membuat orang lain sakit hati dan membantu pasien untuk mengatasi perilaku kekerasan. Menurut Irvanto (2013) penerapan tindakan asertif dilakukan pada pasien yang sudah memasuki masa (*maintenance*) dimana pasien sudah pernah dilakukan manajemen perilaku kekerasan berupa fisik seperti nafas dalam dan memukul bantal.

Penelitian yang dilakukan oleh Irvanto dkk (2013) menunjukkan hasil yaitu dengan diberikannya latihan tindakan asertif pada pasien risiko perilaku kekerasan, membuat pasien mampu mengontrol marahnya daripada pasien yang tidak diberikan latihan tindakan asertif. Hal tersebut juga didukung dengan pengalaman penulis pada saat melaksanakan praktik klinik keperawatan jiwa, penulis mencoba untuk menerapkan latihan tindakan asertif kepada pasien dan menemukan hasil bahwa pasien menjadi lebih terbuka dan sangat antusias dengan latihan tersebut. Sedangkan pada kenyataannya latihan penerapan tindakan asertif sangat jarang diajarkan oleh perawat kepada pasien di Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Yogyakarta. Hal tersebut mendasari ketertarikan penulis untuk lebih mendalami penerapan tindakan asertif dan menggunakannya dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, dan harapannya dengan latihan penerapan tindakan asertif pasien dapat mengontrol emosi dan dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan masyarakat serta penerapan

tindakan asertif dapat dilakukan diseluruh instansi pelayanan terkait agar dapat membantu pasien dalam mengatasi respon marah yang lebih konstruktif.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka disimpulkan rumusan masalah yaitu “bagaimana penerapan tindakan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Melaksanakan penerapan tindakan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya perilaku pasien dengan risiko perilaku kekerasan
- b. Teridentifikasinya respon pasien terhadap tindakan asertif

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan kontribusi sebagai bahan pengembangan keilmuan Keperawatan Jiwa mengenai penerapan tindakan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit Jiwa

Hasil penelitian dapat memberikan kontribusi bagi rumah sakit jiwa khususnya di bidang keperawatan jiwa dalam menerapkan tindakan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

b. Bagi Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan gambaran bagi pasien untuk mengontrol marahnya

c. Bagi Keluarga Pasien

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi keluarga pasien dalam mendukung kesembuhan pasien

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan

1. Pengertian

Menurut Keliat (2011) mengungkapkan bahwa perilaku kekerasan merupakan salah satu respon marah yang diekspresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan atau merusak lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Pendapat senada diungkapkan oleh Citrome & Volavka (dalam Nurhalimah 2016) mengatakan bahwa perilaku kekerasan merupakan respon perilaku manusia untuk merusak sebagai bentuk agresif fisik yang dilakukan seseorang terhadap orang lain dan atau sesuatu. Nanda (dalam Sutejo 2017) menyatakan bahwa risiko perilaku kekerasan merupakan perilaku seseorang yang menunjukkan bahwa ia dapat membahayakan diri sendiri atau orang lain atau lingkungan baik secara fisik, emosional, seksual, dan verbal. Risiko perilaku kekerasan terbagi menjadi dua yaitu risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*). Menurut Nanda (dalam Sutejo 2017) mengungkapkan bahwa risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri merupakan perilaku yang rentan dimana seorang individu bisa menunjukkan atau mendemonstrasikan tindakan yang

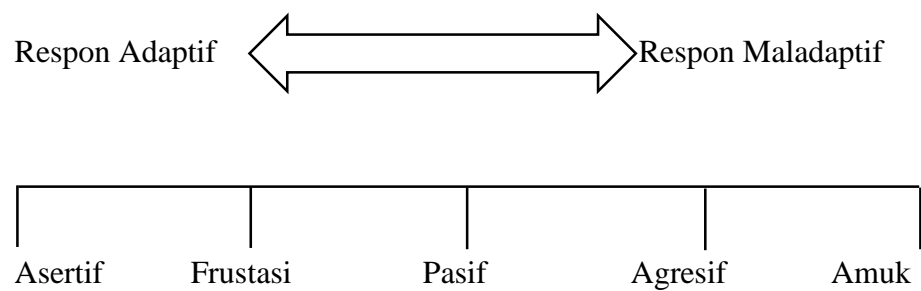
membahayakan dirinya sendiri, baik secara fisik, emosional, maupun seksual. Hal yang sama juga berlaku untuk risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain, hanya saja ditujukan kepada orang lain. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berupa bunuh diri atau melukai diri atau menelantarkan diri. Perilaku kekerasan pada orang lain berupa tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai dan membunuh orang lain. Sedangkan perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan seperti memecah kaca genting, membanting, melempar semua hal yang ada di lingkungan. Sehingga disimpulkan bahwa perilaku kekerasan merupakan respon emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan sebagai ancaman dan ungkapan perasaan terhadap keadaan yang tidak menyenangkan (kecewa, keinginan tidak tercapai, tidak puas).

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan cara wawancara dan observasi pada pasien dan keluarga. Pada saat dilakukan pengkajian, didapatkan respon perilaku pasien. Menurut Stuart & Laraia Perilaku kekerasan didefinisikan sebagai bagian dari rentang respon marah yang paling maladaptif, yaitu amuk. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap ansietas (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman (Sutejo 2017). Amuk dimana seseorang marah berespon terhadap suatu stresor dengan gerakan motorik yang

tidak terkontrol (desktruktif) (Yosep 2009). Marah yang dialami setiap individu memiliki rentang dimulai dari respon adaptif sampai maladaptif. Berikut adalah rentang gambar respon perilaku kekerasan :

Gambar 1.2 Rentang Respon. Sumber : (Nurhalimah 2016)



Keterangan :

Asertif :Kemarahan yang diungkapkan tanpa menyakiti orang lain

Frustasi : Kegagalan mecapai tujuan karena tidak realistis atau terhambat

Pasif :Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaannya

Agresif : Perilaku destruktif tapi masih terkontrol

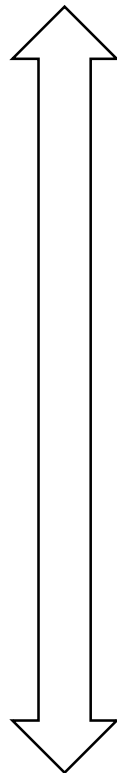
Amuk : Perilaku destruktif dan tidak terkontrol

Setelah didapatkan respon perilaku pasien, selanjutnya perlu melihat hierarki perilaku kekerasan untuk mengetahui rendah dan tingginya risiko perilaku kekerasan pasien melalui tingkah laku pasien.

Gambar 2.2 Hierarki Perilaku Kekerasan.

Sumber :(Nurhalimah 2016)

Rendah



NO.	Hierarki Perilaku Kekerasan
1.	Memperlihatkan permusuhan rendah
2.	Keras menuntut
3.	Mendekati orang lain dengan ancaman
4.	Memberi kata-kata ancaman tanpa niat melukai
5.	Menyentuh orang dengan cara yang menakutkan
6.	Memberi kata-kata ancaman dengan rencana melukai
7.	Melukai dalam tingkat ringan tanpa membutuhkan perawatan medis
8.	Melukai dalam tingkat serius dan memerlukan perawatan medis

Tinggi

Tabel 1.2 Perbandingan Perilaku Pasif, Asertif, Agresif.

Sumber : (Nurhalimah 2016)

	Pasif	Asertif	Agresif
Isi bicara	<ul style="list-style-type: none"> • Negatif • Menghina • Dapatkah saya lakukan • Dapatkah ia lakukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Positif • Menghargai diri sendiri • Saya dapat/akan lakukan 	<ul style="list-style-type: none"> • Berlebihan • Menghina orang lain • Anda sekalu/tidak pernah
Nada suara	<ul style="list-style-type: none"> • Diam • Lemah • Merengek 	<ul style="list-style-type: none"> • Diatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi • Menuntut
Postur/sikap tubuh	<ul style="list-style-type: none"> • Melotot • Menundukkan kepala 	<ul style="list-style-type: none"> • Tegak • Rileks 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenang • Bersandar ke depan
Personal space	<ul style="list-style-type: none"> • Orang lain dapat masuk pada teritorial pribadinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjaga jarak yang menyenangkan • Mempertahankan hak tempat/teritorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Memasuki teritorial orang lain
Gerakan	<ul style="list-style-type: none"> • Minimal • Lemah • Resah 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan gerakan yang sesuai 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengancam • Ekspansi gerakan
Kontak mata	<ul style="list-style-type: none"> • Sedikit atau tidak 	<ul style="list-style-type: none"> • Sekali-sekali sesuai dengan kebutuhan interaksi 	<ul style="list-style-type: none"> • melotot

Selain melihat respon perilaku melalui tingkah laku pasien, pada pengkajian perlu juga untuk melihat penyebab terjadinya perilaku kekerasan yang dilakukan pasien. Menurut Nurhalimah (2016) penyebab terjadinya perilaku kekerasan dapat dijelaskan dengan menggunakan konsep stres adaptasi Stuart yang meliputi faktor predisposisi (faktor yang melatarbelakangi) dan faktor presipitasi (faktor yang memicu adanya masalah).

a. Faktor Predisposisi

Hal-hal yang dapat mempengaruhi terjadinya perilaku kekerasan, meliputi :

1.) Faktor Biologis

Hal yang dikaji pada faktor biologis meliputi adanya faktor herediter yaitu adanya anggota keluarga yang sering memperlihatkan atau melakukan perilaku kekerasan, adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, adanya riwayat penyakit atau trauma kepala, dan riwayat penggunaan NAPZA (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya). Sedangkan menurut Sutejo (2017) dari faktor-faktor tersebut masih ada teori-teori yang menjelaskan tiap faktor.

a.) Teori dorongan naluri (*Instinctual drive theory*)

Teori ini menyatakan bahwa perilaku kekerasan disebabkan oleh suatu dorongan kebutuhan dasar yang kuat. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanya

pemberian stimulus listrik ringan pada *hipotalamus* (yang berada di tengah sistem *limbik*) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif.

b.) Teori psikomatik (*Psychomatic theory*)

Pengalaman marah dapat diakibatkan oleh respon psikologi terhadap stimulus eksternal maupun internal. Sehingga sistem limbik memiliki peran sebagai pusat untuk mengekspresikan maupun menghambat rasa marah.

2.) Faktor Psikologi

a.) *Frustration aggression theory*

Menerjemahkan bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek. Hal ini dapat terjadi apabila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal atau terhambat. Keadaan frustrasi dapat mendorong individu untuk berperilaku agresif karena perasaan frustrasi akan berkurang melalui perilaku kekerasan.

b.) Teori Perilaku (*Behavioral theory*)

Kemarahan merupakan bagian dari proses belajar. Hal ini dapat dicapai apabila tersedia fasilitas atau situasi yang mendukung. *Reinforcement* yang diterima saat

melakukan kesalahan sering menimbulkan kekerasan di dalam maupun di luar rumah.

c.) Teori Eksistensi (*Existential theory*)

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah bertindak sesuai perilaku. Apabila kebutuhan tersebut tidak dipenuhi melalui perilaku konstruktif, maka individu akan memenuhi kebutuhannya melalui perilaku destruktif.

3.) Faktor Sosial Budaya

Teori lingkungan sosial (*social environment theory*) menyatakan bahwa lingkungan sosial sangat mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma budaya dapat mendukung individu untuk berespon asertif atau agresif. Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung melalui proses sosialisasi (*Social learning theory*). *Social learning theory* menerjemahkan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan untuk terjadi. Sehingga seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran tersebut bisa internal maupun eksternal. Contoh internal : orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi

lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut; seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es krim kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah, anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. Contoh eksternal : seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka. Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima. Sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang asertif.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi perilaku kekerasan pada setiap individu bersifat unik, berbeda satu orang dengan yang lain. Faktor ini berhubungan dengan pengaruh stresor yang mencetuskan perilaku kekerasan bagi setiap individu. Stresor tersebut dapat merupakan penyebab yang berasal dari dalam maupun dari luar individu. Stresor dari dalam berupa kehilangan relasi atau hubungan dengan orang yang dicintai atau berarti seperti kehilangan keluarga, sahabat yang dicintai, kehilangan rasa cinta, kekhawatiran terhadap penyakit, fisik dan lain-lain. Sedangkan stresor dari luar berupa serangan fisik,

kehilangan, kematian, lingkungan yang terlalu ribut, kritikan yang mengarah pada penghinaan, tindakan kekerasan.

c. Faktor Risiko

Menurut Nanda (dalam Sutejo 2017) menyatakan faktor-faktor risiko dan risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*) dan risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-directed violence*).

- 1.) Risiko perilaku kekerasan terhadap diri sendiri (*risk for self-directed violence*)
 - a.) Usia \geq 45 tahun
 - b.) 15-19 tahun
 - c.) Isyarat tingkah laku ((menulis catatan cinta yang sedih, menyatakan pesan bernada kemarahan kepada orang tertentu yang telah menolak individu tersebut, dll)
 - d.) Konflik mengenai orientasi seksual
 - e.) Konflik dalam hubungan interpersonal
 - f.) Pengangguran atau kehilangan pekerjaan (masalah pekerjaan)
 - g.) Terlibat dalam tindakan seksual autoerotik
 - h.) Sumber daya personal yang tidak memadai
 - i.) Status perkawinan (sendiri, menjanda, bercerai)
 - j.) Isu kesehatan mental (depresi, psikosis, gangguan kepribadian, penyalahgunaan zat

- k.) Pekerjaan (profesional, eksekutif, administrator, atau pemilik bisnis, dll)
 - l.) Pola kesulitan dalam keluarga (riwayat bunuh diri, sesuatu yang bersifat kekerasan atau konfliktual)
 - m.) Isu kesehatan fisik
 - n.) Gangguan psikologis
 - o.) Isolasi sosial
 - p.) Ide bunuh diri
 - q.) Rencana bunuh diri
 - r.) Riwayat upacara bunuh diri berulang
 - s.) Isyarat verbal (membicarakan kematian, menanyakan tentang dosis mematikan suatu obat, dll)
- 2.) Risiko perilaku kekerasan terhadap orang lain (*risk for other-violence*)
- a.) Akses atau ketersediaan senjata
 - b.) Alterasi (gangguan) fungsi kognitif
 - c.) Perilaku kejam terhadap binatang
 - d.) Riwayat kekerasan masa kecil, baik secara fisik, psikologis, maupun seksual
 - e.) Riwayat penyalahgunaan zat
 - f.) Riwayat menyaksikan kekerasan dalam keluarga
 - g.) Impulsif

- h.) Pelanggaran atau kejahatan kendaraan bermotor (seperti pelanggaran lalu lintas, penggunaan kendaraan bermototr untuk melampiaskan amarah)
- i.) Bahasa tubuh negatif (seperti kekauan, mengepalkan tinju/ukulan, hiperaktivitas, dll)
- j.) Gangguan neurologis (trauma kepala, gangguan serangan, kejang, dll)
- k.) Intoksikasi patologis
- l.) Riwayat melakukan kekerasan tidak langsung (kencing dilantai, menyobek objek di dinding, melempar barang, memecahkan kaca, membanting pintu, dll)
- m.) Pola perilaku kekerasan terhadap orang lain (menendang, memukul, menggigit, mencakar, upaya perkosaan, memperkosa, pelecehan seksual, mengencingi orang, dll)
- n.) Pola ancaman kekerasan (ancaman secara verbal terhadap objek atau orang lain, menyumpah serapah, gestur atau catatan mengancam, ancaman seksual, dll)
- o.) Pola perilaku kekerasan antisosial (mencuri, meimnjam dengan memaksa, penolakan terhadap medikasi, dll)

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala risiko perilaku kekerasan dapat ditemukan dengan wawancara melalui pertanyaan sebagai berikut :

- 1.) Coba ceritakan ada kejadian apa/apa yang menyebabkan anda marah?
- 2.) Coba anda ceritakan apa yang anda rasakan ketika marah?
- 3.) Perasaan apa yang anda rasakan ketika marah?
- 4.) Sikap atau perilaku atau tindakan apa yang dilakukan saat anda marah?
- 5.) Apa akibat dari cara marah yang anda lakukan?
- 6.) Apakah dengan cara yang digunakan penyebab marah anda hilang?
- 7.) Menurut anda apakah ada cara lain untuk mengungkapkan kemarahan anda?

Setelah dilakukan wawancara dan observasi, muncul data subyektif dan data subyektif dari hasil wawancara dan observasi.

- 1.) Data Subyektif
 - a.) Ungkapan berupa ancaman
 - b.) Ungkapan kata-kata kasar
 - c.) Ungkapan ingin memukul/ melukai
- 2.) Data Objektif
 - a.) Wajah memerah dan tegang
 - b.) Pandangan tajam
 - c.) Mengatupkan rahang dengan kuat
 - d.) Mengepalkan tangan
 - e.) Bicara kasar

f.) Suara tinggi, menjerit atau berteriak

g.) Mondar-mandir

h.) Melempar atau memukul benda/orang lain

e. Mekanisme Koping

Secara umum mekanisme koping yang sering digunakan antara lain mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, depresi, denial, dan reaksi formasi.

f. Perilaku

Klien dengan gangguan perilaku kekerasan memiliki beberapa perilaku yang perlu diperhatikan. Perilaku klien dengan gangguan perilaku kekerasan dapat membahayakan bagi dirinya sendiri, orang lain, maupun lingkungan sekitar. Adapun perilaku yang harus dikenali dari klien gangguan risiko perilaku kekerasan, antara lain :

1.) Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan meningkat, disertai ketegangan otot seperti ; rahang terkatup, tangan mengempal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2.) Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu perilaku pasif, agresif, dan asertif. Perilaku asertif merupakan cara terbaik individu untuk mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Dengan perilaku tersebut juga dapat mengembangkan diri.

3.) Memberontak

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

4.) Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.

g. Obat Psikofarmaka Pasien Perilaku Kekerasan

- 1.) Trazodon (tablet dosis 50, 100, 150, 300 mg)
- 2.) Karbamazepin (reaksi amuk) (tablet dosis 100 200 mg)
- 3.) Propanolol (dapat efektif dalam menurunkan ledakan kekerasan dan agresif (dosis 80-800 mg/hari)
- 4.) Benzodiazepine
- 5.) Chlorpromazine
- 6.) Lithium

Contoh pendokumentasian hasil pengkajian pada Tn. Z :

Data : Pasien mengatakan memukul ibunya dengan sapu, menendang pintu, berbicara dengan nada tinggi dan suara keras, dan mengeluarkan kata-kata kotor. Tangan mengepal, mata melotot, mata merah, wajah tegang dan memerah, rahang terkatup kuat. Pasien mengatakan marah karena ibunya tidak membelikan motor.

3. Analisa Data

Setelah mendapatkan data, selanjutnya adalah membuat analisa data.

Berikut contoh analisa data pada perilaku kekerasan :

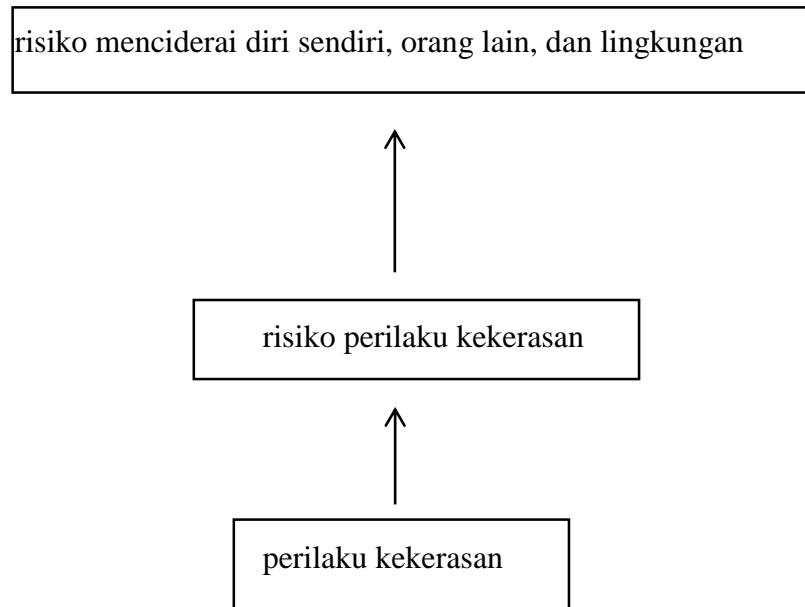
Tabel 2.2 Analisa Data. Sumber (Nurhalimah 2016)

No.	Data	Masalah
1.	<p>Data Suyektif : pasien mengatakan ia memukul ibunya dengan sapu dan mengeluarkan kata kasar dan tidak pantas karena tidak dibelikan motor.</p> <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suara keras • Tangan mengepal • Wajah mererah dan tegang 	Perilaku kekerasan

	<ul style="list-style-type: none">• Pandangan tajam'mengatupkan rahang dengan kuat• Mengepalkan tangan• Bicara kasar• Nada suara tinggi	
--	--	--

4. Diagnosa Keperawatan

setelah dilakukan pengkajian dan analisa data selanjutnya adalah penegakan diagnosa keperawatan dan pembuatan pohon masalah. Diagnosis keperawatan risiko perilaku kekerasan dirumuskan jika klien saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan, tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mampu mengendalikan perilaku kekerasan tersebut. Berikut adalah diagnosa keperawatan dan pohon masalah pada klien dengan risiko perilaku kekerasan :

gambar 3.2 Pohon Masalah Diagnosis Risiko Perilaku Kekerasan.**Sumber (Sutejo 2017)****5. Rencana Keperawatan**

Keliat (2011) Tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi perilaku klien. tindakan dilakukan pada pasien dan keluarga. Berikut adalah rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

Tujuan :

- a. Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- b. Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.

- c. Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- d. Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- e. Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya.
- f. Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, verbal, spiritual, dan dengan terapi psikofarmaka.
- g. Keluarga dapat berperan serta secara aktif sebagai pendukung klien (*suport system*) dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan

Tindakan Keperawatan :

- a. Bina hubungan saling percaya, dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi. Tindakan yang harus dilakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah :
 - 1.) Mengucapkan salam terapeutik.
 - 2.) Berjabat tangan.
 - 3.) Menjelaskan tujuan interaksi.
 - 4.) Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.
- b. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.

- c. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
 - 1.) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik.
 - 2.) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.
 - 3.) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial.
 - 4.) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.
 - 5.) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.
- d. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah, yaitu secara verbal terhadap :
 - 1.) Orang lain.
 - 2.) Diri sendiri.
 - 3.) Lingkungan.
- e. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya.
- f. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
 - 1.) Fisik : pukul bantal, kasur, tarik nafas dalam.
 - 2.) Verbal : menyatakan secara asertif rasa marahnya.
 - 3.) Spiritual : kegiatan ibadah sesuai keyakinan pasien
 - 4.) Obat
- g. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik :
 - 1.) Latihan nafas dalam dan pukul kasur-bantal.

- 2.) Susun jadwal latihan nafas dalam dan pukul kasur-bantal.
- h. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara verbal :
 - 1.) Latih mengungkap rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
 - 2.) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.
- i. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual :
 - 1.) Diskusikan kegiatan ibadah yang pernah dilakukan pasien.
 - 2.) Latih mengontrol marah dengan melakukan kegiatan ibadah yang biasa dilakukan pasien.
 - 3.) Buat jadwal latihan kegiatan ibadah.
- j. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat :
 - 1.) Latih pasien minum obat secara teratur disertai penjelasan kegunaan obat dan akibat berhenti minum obat.
 - 2.) Susun jadwal minum obat secara teratur.
- k. Diskusikan bersama keluarga pasien pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung klien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan
 - 1.) Jelaskan pengertian, penyebab, akibat, cara merawat klien.
 - 2.) Peragakan cara merawat klien
 - 3.) Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang cara perawatan terhadap klien

6. Implementasi

Setelah dibuat rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien dengan risiko perilaku kekerasan, selanjutnya adalah menerapkan rencana tersebut kepada pasien dan dilakukan evaluasi setiap selesai pemberian implementasi.

7. Evaluasi keperawatan

Evaluasi kemampuan pasien mengatasi risiko perilaku kekerasan berhasil apabila pasien dapat :

- a. Menyebutkan penyebab, tanda, dan gejala perilaku kekerasan dan akibat dari perilaku kekerasan
- b. Mengontrol perilaku kekerasan :
 - 1.) Fisik : tarik nafas dalam, memukul bantal/kasur
 - 2.) Sosial/verbal : meminta, menolak, mengungkapkan perasaan secara sopan dan baik
 - 3.) Spiritual : dzikir/berdoa, meditasi berdasarkan agama yang dianut
 - 4.) Psikofarmaka : rutin mengkonsumsi obat, tidak putus obat, mampu mengenal obat sendiri dari warna, bentuk, nama, dosis, dll.
- c. Evaluasi kemampuan keluarga (pelaku rawat) risiko perilaku kekerasan berhasil apabila keluarga dapat :
 - 1.) Mengetahui masalah yang dirasakan dalam merawat pasien (pengertian, tanda dan gejala, dan proses terjadinya risiko perilaku kekerasan)

- 2.) Mencegah terjadinya perilaku kekerasan
- 3.) Menunjukkan sikap yang mendukung dan menghargai pasien
- 4.) Memotivasi pasien dalam melakukan cara mengontrol perasaan marah
- 5.) Menciptakan suasana keluarga dan lingkungan yang mendukung pasien mengontrol perasaan marah
- 6.) Mengevaluasi manfaat asuhan keperawatan dalam mencegah perilaku kekerasan pasien
- 7.) Melakukan follow up ke Puskesmas, mengenal tanda kambuh dan melakukan rujukan

Pendokumentasian dilakukan bersamaan dengan evaluasi keperawatan.

Berikut adalah contoh dokumentasi pasien dengan risiko perilaku kekerasan beserta keluarga

Tabel 3.2 Dokumentasi Keperawatan. Sumber : (Nurhalimah 2016)

Implementasi	Evaluasi
<p>Hari.....Tgl....Pukul.....</p> <p>Data Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan kadang-kadang masih muncul perasaan jengkel • Sudah minum obat sesuai jadwal • Jika waktu minum obat pukul 7 pagi harus diingatkan istrinya karena menurut pasien suka jadi ngantuk • Latihan nafas dalam lebih dipilih pasien 	<p>S pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan senang dapat satu lagi cara mengontrol marah • Akan melakukan latihan asertif yang sudah dibuat <p>S keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga mengatakan akan tetap membantu pasien mengontrol perasaan marahnya dengan cara

<ul style="list-style-type: none"> • Cara verbal sudah dilakukan pasien yaitu meminta dengan baik <p>Data Keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga telah mengingatkan pasien sesuai jadwal ketika pasien lupa • Telah memberikan pujian setelah pasien berlatih sesuai jadwal <p>Diagnosis Keperawatan :</p> <p>Risiko perilaku kekerasan</p> <p>Tindakan keperawatan :</p> <p>Pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih pasien cara mengontrol marah dengan tindakan asertif • Kegiatan latihan asertif dimasukkan kedalam jadwal harian pasien <p>Keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melatih cara merawat dengan cara asertif • Mendiskusikan dengan keluarga tentang kondisi pasien yang perlu segera dibawa ke fasilitas layanan kesehatan • Menjelaskan tentang proses rujukan <p>RTL :</p> <p>Pasien : evaluasi kemampuan pasien</p>	<p>mengingatkan pasien berlatih sesuai jadwal</p> <p>O pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu melakukan cara meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan dengan baik • Pasien mampu memasukan kegiatan latihan asertif ke dalam jadwal kegiatan hariannya <p>O keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga kooperatif dan turut mendampingi ketika perawat melatih pasien cara mengontrol perasaan marah dengan cara asertif dan memberi pujian pada pasien <p>A : pasien dan keluarga mengenal cara mengontrol perilaku kekerasan dengan cara asertif</p> <p>P pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol perasaan marah dengan tindakan asertif • Patuh minum obat • Melakukan cara nafas dalam, pukul kasur dan bantal, serta bicara yang baik sesuai dengan apa yang sudah dilatihkan dan sesuai dengan jadwal <p>P keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memotivasi dan mengingatkan pasien berlatih mengontrol perasaan marah sesuai jadwal dan menerapkan
--	--

<p>Keluarga : evaluasi kemampuan keluarga membantu pasien mengontrol perilaku kekerasan</p> <p>Tgl... Pukul....</p>	<p>keika marah, bantu minum obat</p> <p>Tgl... Pukul.....</p>
--	---

B. Tindakan Asertif

Menurut Sutejo (2017) mengatakan bahwa tindakan asertif adalah tindakan yang dilakukan untuk mengekspresikan marah, meminta, dan menolak dengan baik dan sopan tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Sedangkan menurut Yosep (2009) asertif adalah kemarahan atau rasa tidak setuju yang dinyatakan atau diungkapkan tanpa menyakiti orang lain akan memberi kelegaan pada individu dan tidak akan menimbulkan masalah. Menurut Stuart (2016) menyatakan bahwa sikap asertif adalah sikap yang berada tepat di titik tengah pada rentang antara perilaku pasif dan perilaku agresif. Perilaku asertif merupakan sikap yang menunjukkan rasa yakin tentang diri sendiri, mampu berkomunikasi dengan secara hormat pada orang lain. Seseorang dengan perilaku asertif mampu berbicara dengan orang lain dengan cara yang jelas dan langsung. Mereka juga mampu menunjukkan sikap yang memperhatikan norma-norma ruang pribadi orang lain sesuai dengan situasinya. Seseorang dengan perilaku asertif merasa bebas untuk menolak permintaan yang tidak masuk akal.

Namun mereka dapat menjelaskan alasannya pada orang lain tanpa membuat orang tersebut menjadi marah dan umumnya dapat menerima alasannya. Di sisi lain perilaku asertif juga ditunjukkan dengan sikap tidak ragu untuk menyampaikan permintaan pada orang lain, dengan asumsi bahwa orang lain akan menerima permintaannya yang masuk akal. Jika orang lain tidak dapat menolak permintaannya, seseorang dengan perilaku asertif tidak akan merasa bersalah saat melakukan permintaan pada orang lain.

Perilaku asertif merupakan kemampuan mengkomunikasikan perasaan secara langsung kepada orang lain. Untuk itu, sikap marah tidak boleh ditunjukkan, dan ekspresi perasaan cenderung diupayakan seimbang dengan situasi yang ada. Seseorang yang berperilaku asertif dapat mengungkapkan rasa sayang dan perhatian pada orang-orang yang dirasakan dekat dengannya. Pujian diberikan saat yang tepat. Sikap asertif juga ditunjukkan dengan sikap mampu menerima masukan positif dari orang lain. Menurut Townsend (2009) menyatakan bahwa perilaku asertif membantu individu merasa lebih baik terhadap diri sendiri dengan mendorong mereka untuk membela hak asasi mereka. Hak ini memiliki representasi yang setara pada semua individu. Akan tetapi seiring hak, muncul juga tanggung jawab dalam jumlah yang seimbang. Bagian dari menjadi asertif terdiri dari menjalankan tanggung jawab ini.

Perilaku asertif meningkatkan harga diri dan kemampuan untuk membentuk hubungan interpersonal yang memuaskan. Ini dicapai melalui

kejujuran, keterbukaan, ketepatan, dan penghargaan hak pribadi serta hak orang lain. Individu membentuk pola respon dalam beragam cara, seperti melalui model peran, dengan menerima penguatan positif atau negatif, atau dengan pilihan secara sadar. Individu asertif menegakan hak diri mereka sendiri dan melindungi hak orang lain. Beberapa perilaku penting yang terdapat dalam perilaku asertif terdiri dari kontak mata, postur tubuh, jarak personal, kontak fisik, sikap tubuh, ekspresi wajah, suara, kefasihan, pemilihan waktu, mendengarkan, berpikir, dan isi pikir.

Berikut adalah standar operasional pelaksanaan penerapan tindakan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan (cara verbal) (RSJ Ghrasia, 2015)

1. Pengertian

Manajemen marah : cara sosial/verbal adalah suatu strategi untuk menghilangkan / mengurangi perasaan jengkel / marah yang dialami oleh pasien sehingga mencegah pasien tersebut untuk melakukan perilaku yang destruktif dengan metode menghilangkan rasa marah secara konstruktif dengan cara sosial/verbal.

2. Tujuan :

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk agar pasien mampu mencegah / mereda marahnya ketika muncul tanda-tanda marah sehingga tidak sampai melakukan perilaku kekerasan

3. Kebijakan

- a. Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 188/6566 tahun 2014 tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Ghrasia DIY.
- b. Dilakukan pada pasien dengan marah / perilaku kekerasan dan dengan riwayat perilaku kekerasan dilakukan di ruangan yang tenang.
- c. Petugas yang menangani manajemen marah : cara sosial/verbal adalah perawat dengan pendidikan minimal DIII Keperawatan yang memiliki kewenangan klinis yang terkait.

4. Prosedur

- a. Persiapan
 - 1.) Tentukan pasien
 - 2.) Identifikasi pasien
 - 3.) Buat kontrak dengan pasien
- b. Orientasi
 - 1.) Beri salam terapeutik
 - 2.) Tanyakan perasaan pasien saat ini
 - 3.) Jelaskan tujuan dan kontrak waktu
- c. Tahap Kerja
 - 1.) Ajarkan pasien metode menyalurkan marah dengan cara verbal yaitu ketika marah minta pasien untuk mengatakan :
“aku sedang marah”
“aku jengkel karena tidak diberi makan (misalnya) dsb”.

- 2.) Minta pasien untuk mendemonstrasikan
 - 3.) Diskusikan bersama pasien tentang bagaimana cara marah yang sehat
 - 4.) Berikan pujian kepada pasien
 - 5.) Jaga privasi klien
 - 6.) Perhatikan keamanan & kenyamanan pasien
- d. Terminasi
- 1.) Evaluasi
 - a.) Tanyakan perasaan pasien setelah kontak
 - b.) Tanyakan kembali tentang cara sosial/verbal yang dapat dilakukan untuk menghilangkan marah
 - 2.) Rencana Tindak Lanjut
 - a.) Anjurkan pasien untuk menyalurkan marahnya agar tidak menimbulkan akibat yang buruk
 - 3.) Kontrak akan datang
 - a.) Sepakati untuk melakukan cara menghilangkan marah metode spiritual
- e. Waktu : 20-30 menit
5. Unit Terkait
- a. Instalasi Rawat Jalan
 - b. Instalasi Rawat Inap
 - c. Instalasi Gawat Darurat
 - d. Instalasi Rawat Intensif

- e. Instalasi Penanganan Korban Napza
- f. Instalasi Farmasi
- g. Instalasi Rekam Medis
- h. Bidang Keperawatan
- i. Bidang Penunjang & Sarana

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Studi Kasus

Karya tulis ilmiah ini merupakan laporan studi kasus yang bersifat deskriptif meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus ini yaitu 2 orang pasien dengan risiko perilaku kekerasan di Bangsal Maintenance Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta.

C. Fokus Studi

Fokus dari studi kasus yang dilakukan adalah penerapan tindakan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Beberapa definisi operasional antara lain :

1. Risiko Perilaku Kekerasan

Risiko perilaku kekerasan adalah masalah keperawatan dengan tanda dan gejala satu atau lebih yaitu wajah memerah dan tegang, pandangan tajam, mengatupkan rahang dengan kuat, mengepalkan tangan, dan bicara kasar yang didapatkan dari hasil pengkajian melalui wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

2. Tindakan Asertif

Tindakan Asertif adalah tindakan yang dilakukan untuk mengekspresikan rasa marah, meminta, menolak dengan baik dan sopan tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis dengan cara interaksi terapeutik antara perawat dan pasien dengan indikator pasien (*maintenance*) serta sudah pernah diberikan latihan nafas dalam dan memukul bantal

E. Instrumen Studi Kasus

1. Format pengkajian pasien (lampiran 1)
2. Standar Operasional Pelaksanaan tindakan asertif (lampiran 2)
3. Lembar observasi pasien/ lembar penilaian pasien (lampiran 3)

F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Data primer didapatkan melalui wawancara untuk mendapatkan data dari pasien berupa penyebab pasien marah, perasaan pasien ketika marah, sikap atau perilaku yang biasanya pasien lakukan ketika marah. Data primer selanjutnya didapatkan melalui observasi pasien untuk mendapatkan data berupa ekspresi pasien, nada suara, kontak mata, gerakan tubuh, isi bicara, dan sikap tubuh pasien. Sedangkan data primer selanjutnya adalah pemeriksaan fisik untuk mengetahui tanda-tanda vital pasien yang memiliki hubungan dengan marah pasien seperti tekanan darah dan nadi.
2. Data sekunder yang didapatkan melalui studi dokumen dan wawancara pada perawat di bangsal. Studi dokumen dilakukan untuk mendapatkan

data riwayat pasien dahulu dan sekarang, terapi psikofarmaka yang diberikan, catatan perkembangan pasien, dan data penunjang yang lain. Sedangkan wawancara dengan perawat bangsal untuk mendapatkan perkembangan pasien selama dirawat dan lain-lain. Selain itu penulis juga melakukan studi pendahuluan tentang data statistik pasien dengan risiko perilaku kekerasan.

G. Tempat Waktu Studi Kasus

Karya tulis ilmiah ini berbasis rumah sakit (*hospital base*) yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta yaitu di bangsal maintenance. Waktu yang dipergunakan penulis dimulai dari persiapan sampai seminar hasil laporan yaitu dari bulan Juni 2018 sampai dengan Juli 2018.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data pada studi kasus dilakukan secara deskriptif berbentuk narasi. Sedangkan pada penyajian data disajikan dalam bentuk laporan.

I. Etika Studi Kasus

Adapun etika penelitian meliputi :

1. Otonomi (autonomi)

Lembar persetujuan sebagai pasien asuhan (*informed consent*).

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara penulis dan pasien dengan memberikan lembar persetujuan.

2. Confidentiality (kerahasiaan)

Untuk menjaga rahasia pasien, penulis dalam membuat laporan tidak memberikan atau mencantumkan nama (inisial) dan tidak mendokumentasikan dalam bentuk foto.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum

Rumah Sakit Jiwa Grhasia berada di Jalan Kaliurang KM, 17, Pakem Yogyakarta merupakan rumah sakit yang menangani masalah kejiwaan di Yogyakarta. Rumah Sakit Jiwa Grhasia juga memiliki beberapa instalasi penunjang untuk mendukung jalannya sebuah rumah sakit. Instalasi penunjang tersebut antara lain Rawat Jalan, Rawat Inap, IPSRS, Gizi, Apotek, Tumbuh Kembang Anak, Geriatrik, Rehabilitasi, Gadar, dan Napza. Adapun rawat inap yang disediakan di RSJ Grhasia yaitu Wisma Drupadi, Wisma Sembodro, Wisma Arimbi, Wisma Srikandi, Wisma Bima, Wisma Gatokaca, Wisma Yudhistira, Wisma Nakula, Wisma Sadewaa, Wisma Arjuna.

Wisma Gatokaca merupakan salah satu wisma *Maintenance* untuk pasien berjenis kelamin laki-laki di RSJ Grhasia Yogyakarta. Wisma ini memiliki 12 perawat yang terdiri dari 1 kepala ruang dan 11 perawat. Wisma ini mampu menampung pasien dengan kapasitas 28 tempat tidur. Wisma ini terdapat 3 ruangan tempat tidur pasien, dan 1 ruang makan yang juga digunakan untuk kegiatan terapi pasien.

Berdasarkan informasi dari kepala ruang wisma gatotkaca, penerapan manajemen marah kedua yaitu verbal (tindakan asertif) diajarkan bersamaan dengan manajemen marah yang lain seperti fisik (nafas dalam, memukul bantal), spiritual dan minum obat. Penerapan manajemen marah tersebut sudah diajarkan kepada pasien pada saat pasien masuk di wisma Gatotkaca. Selain itu penerapan tindakan asertif juga dilakukan selama pasien dirawat di wisma Gatotkaca dalam bentuk TAK dan individu. Penerapan tindakan asertif dilakukan oleh petugas perawat maupun mahasiswa perawat yang sedang melakukan tugas praktik di wisma. Penerapan tindakan asertif dilakukan selama kurang lebih 20-30 menit. Panduan penerapan tindakan asertif yang dilakukan di Wisma Gatotkaca menggunakan SOP yang sudah ditetapkan di RSJ Grhasia. Partisipan dalam penerapan tindakan asertif dengan kriteria pasien sudah kooperatif dan memiliki riwayat perilaku kekerasan. Penerapan tindakan asertif terdapat 3 sesi yaitu meminta dengan baik, menolak dengan baik, dan mengungkapkan marah/ keluhan dengan baik.

Karya tulis ilmiah ini telah dilaksanakan pada bulan Juni 2018 pada dua pasien asuhan yang dirawat di Wisma Gatotkaca RSJ Grhasia. Dua pasien asuhan ini adalah pasien yang mengalami risiko perilaku kekerasan. Karakteristik yang dibahas dalam karya tulis ilmiah ini adalah respon setelah diberikan Penerapan Tindakan Asertif.

2. Kasus Kelolaan

a. Kasus I pada Tn. S

1.) Pengkajian

Hasil pada pengkajian, pasien masuk pada tanggal 16 Mei 2018, pasien bernama Tn. S, tanggal lahir 25 September 1986, pendidikan terakhir SLTA, pasien belum menikah, beragama islam dan tidak bekerja. Pasien beralamat di Sumberharjo Sleman. Nomor rekam medis 0096xxx dengan diagnosa medis F20.3. Alasan pasien masuk yaitu kurang lebih 1bulan pasien mengamuk, memukul ayah, ngomong sendiri, sulit tidur. Menurut data rekam medis, pasien memiliki resiko bunuh diri dengan mengatakan mau mati. Pada faktor predisposisi pasien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu kurang lebih 5 tahun yang lalu. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil karena pasien putus obat. Pasien pernah kambuh selama 3x dan pernah dirawat di RSJ Soedjarwadi Klaten. Pada pemeriksaan fisik ditemukan tekanan darah 124/78 Nadi 86x/mnt suhu 37°C RR 20x/mnt. TB 170 cm BB 66 kg. warna kulit sawo matang rambut hitam pasien rapi rajin mandi dan tidak memiliki keluhan fisik. Pada konsep diri, pasien cenderung sebagai pribadi yang tertutup dan sulit untuk diajak berbicara diawal. Pasien lebih suka duduk di tempat tidur dan menghadap ke jendela. Pasien cenderung menjawab nanti saja dan malas ketika diajak berbicara. Pasien

mengatakan kecewa dan malu pada dirinya yang tidak bekerja dan belum menikah. Pasien mengatakan bawaannya selalu ingin marah-marah dan melampiaskan kekecewaannya. Dalam hubungan sosial pasien mengaku ibunya sebagai orang yang berarti dalam dirinya. Pasien mengatakan tidak aktif dalam kegiatan kelompok atau masyarakat. Pada pengkajian status mental ditemukan penampilan pasien rapi dan sesuai, afek datar, interaksi dalam wawancara tidak kooperatif/ tertutup, kontak mata kurang, proses pikir flight of idea, insight bagus yang ditandai dengan pasien mengakui kesalahannya. Pasien mengalami halusinasi pendengaran yang ditandai dengan sering berbicara sendiri. Pasien mengaku bahwa isi dari halusinasi nya adalah mengejek pasien dan mengatai pasien yang tidak-tidak. Pasien mengatakan halusinasi muncul setiap saat, namun selama dirawat di Grhasia pasien mengatakan halusinasi berkurang. Mekanisme koping pasien menciderai diri sendiri dan orang lain. Pasien mendapatkan terapi medis yang terdiri dari risperidone 2 mg/12 jam, trihexyphenidyl 2 mg/12 jam, chlorpromazine 25 mg

2.) Analisa Data

a.) Data Pertama

Data Subyektif : Pasien mengatakan malu pada dirinya dan kecewa karena tidak bekerja dan belum menikah. Pasien

mengatakan tidak aktif dalam kegiatan berkelompok/masyarakat.

Data Obyektif : Pasien cenderung sebagai pribadi yang tertutup dan sulit untuk diajak berbicara diawal. Pasien lebih suka duduk di tempat tidur dan menghadap ke jendela. Pasien cenderung menjawab nanti saja dan malas ketika diajak berbicara. afek datar, interaksi dalam wawancara tidak kooperatif/ tertutup, kontak mata kurang,

b.) Data Kedua

Data Subyektif : Pasien mengaku bahwa isi dari halusinasinya adalah mengejek pasien dan mengatai pasien yang tidak-tidak. Pasien mengatakan halusinasi muncul setiap saat, namun selama dirawat di Grhasia pasien mengatakan halusinasi berkurang.

Data Obyektif : pasien mengalami halusinasi yang ditandai dengan berbicara sendiri. Pasien lebih suka duduk di tempat tidur dan menghadap ke jendela.

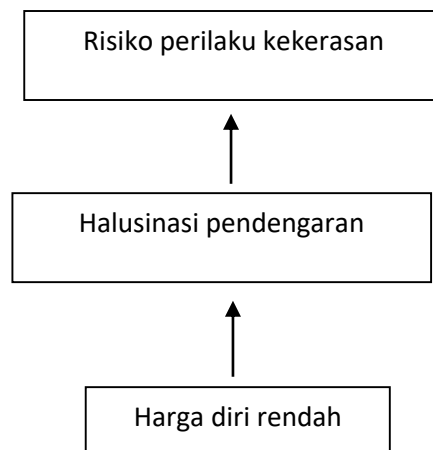
c.) Data Ketiga

Data Subyektif : Pasien mengatakan kecewa dan malu pada dirinya yang tidak bekerja dan belum menikah. Pasien mengatakan bawaannya selalu ingin marah-marah dan melampiaskan kekecewaannya.

Data Obyektif : Hasil observasi dari rekam medis alasan pasien masuk adalah kurang lebih 1bulan pasien mengamuk, memukul ayah, pasien memiliki resiko bunuh diri dengan mengatakan mau mati. Pasien mendapatkan terapi medis Chlorpromazine 25 mg.

Pohon masalah yang dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 1.4 Pohon Masalah Pasien 1



3.) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakan yaitu :

- a.) Harga diri rendah
- b.) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran
- c.) Risiko perilaku kekerasan

4.) Rencana Keperawatan

- a.) Harga diri rendah

Tujuan Umum (TUM)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x pertemuan diharapkan pasien dapat mengatasi masalah gangguan konsep diri : harga diri rendah

Tujuan Khusus (TUK)

(1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria Evaluasi: Pasien dapat Menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

Intervensi :

- (a) Ucapkan salam terapeutik. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
- (b) Jabat tangan dengan pasien
- (c) Perkenalkan diri dengan sopan
- (d) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
- (e) Jelaskan tujuan pertemuan

(f) Buat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien

(g) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya

(h) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien

(2) Pasien mampu mengenal konsep diri pasien

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif/kelebihan yang dimiliki

Intervensi :

(a) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien

(b) Hindarkan dari penilaian yang negatif

(c) Berikan pujian yang realistis

(d) Diskusikan kemampuan positif pasien yang dapat dilakukan dan dikembangkan

(3) Pasien dapat menetapkan perencanaan kegiatan sesuai kelebihan yang dimiliki

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat membuat rencana kegiatan harian, pasien dapat melaksanakan kegiatan sesuai kelebihan yang dimiliki

Intervensi :

- (a) Rencanakan aktifitas yang dapat dilakukan selama pasien dirawat
 - (b) Beri kesempatan pasien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan
 - (c) Diskusikan kemungkinan melaksanakan dirumah
 - (d) Berikan pujian atas keberhasilan pasien
- b.) Gangguan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran

Tujuan Umum (TUM)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 8x pertemuan, pasien dapat mengontrol halusinasi pendengaran.

Tujuan Khusus (TUK)

- (1) Pasien dapat mengenal halusinasi.

Kriteria evaluasi: Pasien dapat Menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya dan situasi terjadinya halusinasi.

Intervensi :

- (a) Diskusikan dengan pasien isi, frekuensi, situasi, perasaan dan apa yang dilakukan ketika terjadi halusinasi.
 - (b) Identifikasi cara yang dilakukan jika terjadi halusinasi
- (2) Pasien dapat mengontrol halusinasi dengan menghardik, melakukan kegiatan, bercakap-cakap.

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat Memperagakan cara mengontrol halusinasi berupa menghardik, melakukan kegiatan terjadwal, dan bercakap-cakap.

Intervensi ;

- (a) Diskusikan cara baru untuk mengontrol timbulnya halusinasi.
- (b) Ikutkan dalam TAK dan konseling individu stimulasi persepsi halusinasi pendengaran.
- (3) Pasien dapat memanfaatkan obat dengan baik.

Kriteria evaluasi: Pasien dapat Meminum obat secara rutin, mengetahui akibat putus obat, dan mengetahui keuntungan minum obat secara rutin.

Intervensi :

- (a) Kolaborasi pemberian terapi obat sesuai anjuran dokter.
- (4) Pasien dapat dukungan keluarga atau memanfaatkan sistem pendukung untuk mengendalikan halusinasinya.

Kriteria evaluasi: Keluarga dapat mengetahui halusinasi pasien, memperagakan cara mengontrol halusinasi dengan teknik menghardik, membuat jadwal kegiatan rutin, bercakap-cakap dan membantu pasien untuk meminum obat secara rutin.

Intervensi :

- (a) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien.
- (b) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda

dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.

(c) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien.

(d) Berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang perawatan lanjutan pasien.

c.) Risiko perilaku kekerasan

Tujuan Umum (TUM)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8x pertemuan pasien mampu mengontrol atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan

Tujuan Khusus (TUK)

(1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya

Intervensi :

(a) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan

(b) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan

(c) Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien

(2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan secara fisik (mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain). Emosional (perasaan marah, jengkel, bicara kasar). Sosial (bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan).

Intervensi :

(a) Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya

(b) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi

(c) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan

(d) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan

(e) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan

(3) Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat : menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya.

Perasaannya saat melakukan kekerasan. efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah

Intervensi :

(a) Diskusikan dengan pasien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini

(b) Motivasi pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya

(c) Motivasi pasien menceritakan perasaan pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi

(d) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami teratasi

(4) Pasien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat : menjelaskan akibat yang timbul dari tindak kekerasan yang dilakukannya baik diri sendiri, orang lain, lingkungan

Intervensi :

(a) Diskusikan dengan pasien akibat negatif atau kerugian dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

(5) Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat menjelaskan cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah

Intervensi ;

(a) Diskusikan dengan pasien seputar apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat, jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien, jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan.

(6) Pasien dapat mendemonstrasikan cara-cara mengontrol perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : Pasien dapat meperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, spiritual dengan cara nafas dalam, memukul bantal, mengungkapkan perasaan kesal/jengkel tanpa menyakiti, zikir/doa sesuai agamanya

Intervensi :

- (a) Diskusikan cara yang mungkin dipilih serta anjurkan pasien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya
- (b) Latih pasien memperagakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih
- (c) Jelaskan manfaat cara tersebut
- (d) Anjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan
- (e) Beri penguatan pada pasien dengan perbaiki cara yang masih belum sempurna
- (f) Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel
- (7) Pasien mendapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : Keluarga mampu menjelaskan cara merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan, mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan

Intervensi :

- (a) Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan

- (b) Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan
- (c) Jelaskan pengertian, penyebab, akibat, dan cara merawat klien risiko perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga
- (d) Peragakan cara merawat pasien (menangani PK)
- (e) Beri kesempatan keluarga untuk mempergakan ulang cara perawatan terhadap pasien
- (f) Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan
- (g) Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan

5.) Implementasi Keperawatan

Pada hari Selasa, 5 Juni 2018 pasien menolak untuk diajak komunikasi. Implementasi pertama dilakukan pada hari Rabu, 6 Juni 2018 pukul 13.00 WIB pasien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok cara mengontrol marah (nafas dalam, memukul bantal, tindakan asertif, spiritual, dan minum obat). Penulis juga melakukan bina hubungan saling percaya seperti menyapa pasien, tersenyum ketika bertemu, dan mencoba untuk mengajak berbicara pasien ketika bertemu. Dari hasil observasi setelah diberikan tindakan yaitu :

Tabel 1.4 Lembar Penilaian Pasien 1 Hari I

No	Aspek yang diobservasi	Pasien 1
1.	Memperagakan cara meminta	✓
2.	Memperagakan cara menolak yang baik	✓
3.	Memperagakan cara mengungkapkan marah yang baik	✓

Sumber: Data Primer Terolah, Tahun 2018

Implementasi kedua dilakukan pada hari Kamis 7 Juni 2018 pukul 13.30 WIB. Pasien mengikuti latihan penerapan tindakan asertif, mereview pemahaman pasien tentang manajemen marah. Dari hasil observasi setelah diberikan tindakan yaitu :

Tabel 2.4 Lembar Penilaian Pasien 1 Hari II

No	Aspek yang diobservasi	Pasien 1
1.	Memperagakan cara meminta	✓
2.	Memperagakan cara menolak yang baik	✓
3.	Memperagakan cara mengungkapkan marah yang baik	✓

Sumber: Data Primer Terolah, Tahun 2018

Implementasi ketiga dilakukan pada hari Jumat 8 Juni 2018 pukul 14.00 WIB. Pasien mengikuti latihan penerapan tindakan asertif. Dari hasil observasi setelah diberikan tindakan yaitu :

Tabel 3.4 Lembar Penilaian Pasien 1 Hari III

No	Aspek yang diobservasi	Pasien 1
1.	Memperagakan cara meminta	✓
2.	Memperagakan cara menolak yang baik	✓
3.	Memperagakan cara mengungkapkan marah yang baik	✓

Sumber: Data Primer Terolah, Tahun 2018

6.) Evaluasi

Dari hasil implementasi dapat dievaluasi respon pasien yaitu :

- a.) Pada hari Selasa, 5 Juni 2018 pasien menolak untuk diajak komunikasi, pasien memilih untuk duduk ditempat tidur dan tidak ingin diganggu. Penulis melakukan bina hubungan saling percaya agar mendapatkan kepercayaan pasien.
- b.) Pada hari Rabu, 6 Juni 2018 pasien mengikuti kegiatan terapi aktivitas kelompok cara mengontrol marah. Hasil observasi didapatkan pasien mampu melakukan cara meminta, menolak, dan mengungkapkan marah dengan baik. Namun pasien cenderung diam ketika mengikuti terapi aktivitas kelompok. Penulis melakukan bina hubungan saling percaya kepada pasien.
- c.) Pada hari Kamis, 7 Juni 2018 pasien mengikuti latihan penerapan tindakan asertif, mereview pemahaman pasien tentang manajemen marah. Hasil observasi didapatkan pasien lebih terbuka dan kooperatif. Pasien mampu

mengulang tindakan asertif yang telah diberikan dengan baik dan mampu memperagakan dengan petugas. Pasien mampu menjelaskan kembali tentang tindakan asertif. Pasien mampu menjelaskan manajemen marah

d.) Pada hari Jumat, 8 Juni 2018 pasien mengikuti latihan penerapan tindakan asertif. Hasil observasi didapatkan pasien mampu memperagakan tindakan asertif dengan teman-teman satu wisma.

b. Kasus II pada Tn. T

1.) Pengkajian

Hasil pada pengkajian, pasien masuk pada hari Jumat 25 Mei 2018. Pengkajian dilakukan pada hari Senin, 4 Juni 2018. Pasien bernama Tn. T yang beralamat di Panggung Danurejan Yogyakarta. Pasien lahir pada tanggal 27 Desember 1982. Pasien berusia 35 tahun. Diagnosa medis pasien f20.3. Nomor rekam medis pasien 0144xxx. Pendidikan terakhir pasien SLTA. Pasien belum menikah. Riwayat kerja pernah menjadi *office boy* di sebuah hotel. Alasan pasien masuk adalah pasien menyerang tetangga dan melukai ayah, hal tersebut juga didapatkan dari bekas jahitan pada kepala ayah Tn. T dan pengakuan orang tua Tn. T yang sedang menjenguk pada tanggal 4 Juni 2018. Sulit tidur, sulit makan, bicara dan tertawa sendiri. Pada rekam medis didapatkan pasien masuk rumah sakit dengan keadaan gaduh

gelisah. Pada faktor predisposisi pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada tahun 2008. Pengobatan sebelumnya kurang berhasil Karena pasien putus obat selama 3 bulan. Pasien memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Riwayat masa lalu pasien pernah mengalami trauma kepala (kecelakaan). Pasien mengatakan sejak kecil selalu di *bully* atau mengalami penerimaan tidak wajar dari teman-temannya. Pasien mengatakan selama masih bekerja menjadi OB pasien selalu diejek dan dijahili oleh teman-teman satu tempat kerja. Pada tanda vital pasien didapatkan hasil tekanan darah 130/90 nadi 90x/menit suhu 36,5°C pernafasan 20x/menit tinggi badan 159 Cm berat badan 55 Kg pasien tidak memiliki keluhan fisik. Pasien merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Pada konsep diri pasien, pasien selalu bertanya-tanya tentang apa kesalahan diri pasien dan kenapa banyak sekali orang-orang yang tidak menyukai pasien. Pasien mengatakan bahwa dirinya selalu berbuat baik dan tidak pernah merugikan atau mengganggu orang lain. Pasien mengatakan bahwa ada yang memberitahu dirinya dalam hati dan pikiran tentang penilaian orang lain terhadap dirinya yang diucapkan secara berulang-ulang. Pasien mengatakan bahwa orang yang berarti dalam hidupnya adalah dirinya sendiri. Pasien mengatakan semenjak sakit pasien sudah jarang mengikuti kegiatan kelompok/masyarakat. Pasien

mengatakan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, karena pasien merasa orang lain selalu berpikiran negatif tentang dirinya. Pasien mengatakan selalu merasa jengkel dan marah ketika orang lain berpikiran negatif tentang dirinya. Pasien mengatakan jarang beribadah. Pada kegiatan rehabilitasi medik dan aktivitas sehari-hari pasien biasanya duduk menyendiri atau bermain gitar. Pada pengkajian status mental didapatkan data penampilan pasien rapi, interaksi selama wawancara curiga, afek labil, waham nihilistic sisip pikir, isi pikir pikiran magis non realistis. Pasien sering memotong pembicaraan ketika dilakukan wawancara dan latihan asertif. Tingkat konsentrasi mudah beralih. Daya tilik diri pasien menyalahkan hal-hal diluar dirinya. Insight jelek. Mekanisme koping yang dilakukan pasien menciderai orang lain dan lingkungan. Terapi medis yang didapatkan pasien adalah Trihexyphenidyl 2 mg, risperidone 2 mg, Chlorpromazine 25 mg

2.) Analisa Data

a.) Data Pertama

Data Subyektif : Pasien mengatakan alasan masuk RS Grhasia karena pasien menyerang tetangga dan melukai ayah. Pasien mengatakan selalu merasa jengkel dan marah ketika orang lain selalu berpikiran negatif tentang dirinya.

Data Obyektif : Pada rekam medis didapatkan pasien masuk rumah sakit dengan keadaan gaduh gelisah. Terdapat luka jahit pada kepala ayah Tn. T sebagai bekas luka pukul

b.) Data Kedua

Data Subyektif : Pasien mengatakan bahwa ada yang memberitahu dirinya dalam hati dan pikiran tentang penilaian orang lain terhadap dirinya yang diucapkan secara berulang-ulang. Pasien mengatakan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, karena pasien merasa orang lain selalu berpikiran negatif tentang dirinya.

Data Obyektif : berdasarkan observasi selama wawancara dan berinteraksi dengan pasien didapatkan data interaksi selama wawancara curiga, afek labil, waham nihilistic sisip pikir, isi pikir pikiran magis non realistis. Daya tilik diri pasien menyalahkan hal-hal diluar dirinya. Insight jelek

c.) Data Ketiga

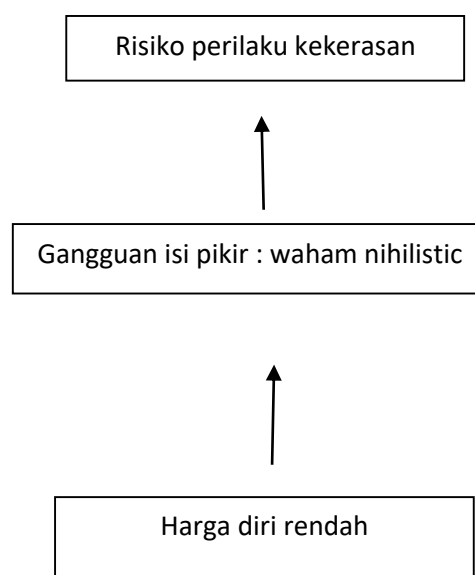
Data Subyektif : Pasien mengatakan sejak kecil selalu di *bully* atau mengalami penerimaan tidak wajar dari teman-temannya. Pasien mengatakan selama masih bekerja menjadi OB pasien selalu diejek dan dijahili oleh teman-teman satu tempat kerja. pasien selalu bertanya-tanya tentang apa

kesalahan diri pasien dan kenapa banyak sekali orang-orang yang tidak menyukai pasien. Pasien mengatakan bahwa dirinya selalu berbuat baik dan tidak pernah merugikan atau mengganggu orang lain. Pasien mengatakan semenjak sakit pasien sudah jarang mengikuti kegiatan kelompok/masyarakat. Pasien mengatakan mengalami kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, karena pasien merasa orang lain selalu berpikiran negatif tentang dirinya.

Data Obyektif : Pada kegiatan rehabilitasi medik dan aktivitas sehari-hari pasien biasanya duduk menyendiri atau bermain gitar.

Pohon masalah yang dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.4 Pohon Masalah Pasien 2



3.) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan yang dapat ditegakan yaitu :

- a.) Harga diri rendah
- b.) Gangguan isi pikir : waham nihilistic
- c.) Risiko perilaku kekerasan

4.) Perencanaan Keperawatan

- a.) Harga diri rendah

Tujuan Umum (TUM)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan pasien dapat mengatasi masalah gangguan konsep diri : harga diri rendah

Tujuan Khusus (TUK)

- (1) Pasien dapat membina hubungan saling percaya.

Kriteria Evaluasi: Setelah diberikan asuhan keperawatan pasien dapat: Menunjukkan ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, mau duduk berdampingan dengan perawat, dan mau mengutarakan masalah yang dihadapinya.

Intervensi :

- (a) Ucapkan salam terapeutik. Sapa pasien dengan ramah, baik verbal maupun non verbal
 - (b) Jabat tangan dengan pasien
 - (c) Perkenalkan diri dengan sopan
 - (d) Tanyakan nama lengkap pasien dan nama panggilan yang disukai pasien
 - (e) Jelaskan tujuan pertemuan
 - (f) Buat kontrak topik, waktu, dan tempat setiap kali bertemu pasien
 - (g) Tunjukkan sikap empati dan menerima pasien apa adanya
 - (h) Beri perhatian kepada pasien dan perhatian kebutuhan dasar pasien
- (2) Pasien mampu mengenal konsep diri pasien

Kriteria Evaluasi : Setelah diberikan asuhan keperawatan pasien dapat: Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan positif/kelebihan yang dimiliki

Intervensi :

- (a) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien
- (b) Hindarkan dari penilaian yang negative
- (c) Berikan pujian yang realistis

(d) Diskusikan kemampuan positif pasien yang dapat dilakukan dan dikembangkan

(3) Pasien dapat menetapkan perencanaan kegiatan sesuai kelebihan yang dimiliki

Kriteria Evaluasi : Setelah diberikan asuhan keperawatan pasien dapat membuat rencana kegiatan harian, pasien dapat melaksanakan kegiatan sesuai kelebihan yang dimiliki

Intervensi :

(a) Rencanakan aktifitas yang dapat dilakukan selama pasien dirawat

(b) Beri kesempatan pasien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan

(c) Diskusikan kemungkinan melaksanakan di rumah

(d) Berikan pujian atas keberhasilan pasien

b.) Gangguan isi pikir : waham nihilistic

Tujuan Umum (TUM)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan pasien dapat mengatasi masalah gangguan isi pikir : waham nihilistic

Tujuan Khusus (TUK)

(1) Pasien dapat berorientasi terhadap realitas secara bertahap

Kriteria Evaluasi : Setelah diberikan asuhan keperawatan pasien dapat mengenal dan membedakan pengalaman nyata dan pengalaman wahamnya

Intervensi :

- (a) Berbicara dengan pasien dalam konteks realitas (realitas diri, orang lain, waktu, dan tempat)
- (b) Sertakan pasien dalam TAK orientasi realitas
- (c) Beri pujian terhadap setiap kegiatan positif yang dilakukan pasien

(2) Pasien mendapat dukungan keluarga

Kriteria Evaluasi : Setelah diberikan asuhan keperawatan keluarga dapat menjelaskan pengertian waham, tanda dan gejala waham, cara merawat pasien waham.

Intervensi :

- (a) Diskusikan dengan keluarga tentang pengertian, tanda dan gejala waham, cara merawat pasien dengan waham.

c.) Risiko Perilaku Kekerasan

Tujuan Umum (TUM)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x pertemuan pasien mampu mengontrol atau mengendalikan risiko perilaku kekerasan

Tujuan Khusus (TUK)

(1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya

Kriteria Evaluasi : setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat : menceritakan penyebab perilaku kekerasan yang dilakukannya, menceritakan penyebab perasaan jengkel/kesal baik dari diri sendiri maupun lingkungannya

Intervensi :

- (a) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan
- (b) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
- (c) Dengarkan penjelasan klien tanpa menyela atau memberi penilaian pada setiap ungkapan perasaan klien

(2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat : menceritakan tanda-tanda perilaku kekerasan secara fisik (mata merah, tangan mengempal, ekspresi tegang, dan lain-lain). Emosional (perasaan

marah, jengkel, bicara kasar). Sosial (bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan).

Intervensi :

- (a) Bantu pasien mengungkapkan tanda-tanda perilaku kekerasan yang dialaminya
 - (b) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi fisik saat perilaku kekerasan terjadi
 - (c) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi emosinya saat terjadi perilaku kekerasan
 - (d) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi psikologis saat terjadi perilaku kekerasan
 - (e) Diskusikan dan motivasi pasien untuk menceritakan kondisi hubungan dengan orang lain saat terjadi perilaku kekerasan
- (3) Pasien dapat mengidentifikasi jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya

Kriteria Evaluasi : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien dapat : menjelaskan jenis-jenis ekspresi kemarahan yang selama ini telah dilakukannya.

Perasaannya saat melakukan kekerasan. efektivitas cara yang dipakai dalam menyelesaikan masalah

Intervensi :

- (a) Diskusikan dengan pasien seputar perilaku kekerasan yang dilakukannya selama ini
 - (b) Motivasi pasien menceritakan jenis-jenis tindak kekerasan yang selama ini pernah dilakukannya
 - (c) Motivasi pasien menceritakan perasaan pasien setelah tindak kekerasan tersebut terjadi
 - (d) Diskusikan apakah dengan tindak kekerasan yang dilakukannya, masalah yang dialami teratasi
- (4) Pasien dapat mengidentifikasi akibat dari perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x pertemuan diharapkan pasien dapat : menjelaskan akibat yang timbul dari tindak kekerasan yang dilakukannya baik diri sendiri, orang lain, lingkungan

Intervensi :

- (a) Diskusikan dengan pasien akibat negatif atau kerugian dari cara atau tindakan kekerasan yang dilakukan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan
- (5) Pasien dapat mengidentifikasi cara konstruktif atau cara-cara sehat dalam mengungkapkan kemarahan

Kriteria Evaluasi : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien dapat : menjelaskan cara-cara sehat dalam mengungkapkan marah

Intervensi ;

(a) Diskusikan dengan pasien seputar apakah pasien mau mempelajari cara baru mengungkapkan marah yang sehat, jelaskan berbagai alternatif pilihan untuk mengungkapkan kemarahan selain perilaku kekerasan yang diketahui pasien, jelaskan cara-cara sehat untuk mengungkapkan kemarahan.

(6) Pasien dapat mendemonstrasikan cara-cara mengontrol perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien dapat : mmeperagakan cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, verbal, spiritual dengan cara nafas dalam, memukul bantal, mengungkapkan perasaan kesal/jengkel tanpa menyakiti, zikir/doa sesuai agamanya

Intervensi :

(a) Diskusikan cara yang mungkin dipilih serta anjurkan pasien memilih cara yang mungkin diterapkan untuk mengungkapkan kemarahannya

- (b) Latih pasien mempragakan cara yang dipilih dengan melaksanakan cara yang dipilih
 - (c) Jelaskan manfaat cara tersebut
 - (d) Anjurkan pasien menirukan peragaan yang sudah dilakukan
 - (e) Beri penguatan pada pasien dengan perbaiki cara yang masih belum sempurna
 - (f) Anjurkan pasien menggunakan cara yang sudah dilatih saat marah/jengkel
- (7) Pasien mendapat dukungan dari keluarga untuk mengontrol risiko perilaku kekerasan

Kriteria Evaluasi : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keluarga mampu : menjelaskan cara merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan, mengungkapkan rasa puas dalam merawat pasien dengan risiko perilaku kekerasan

Intervensi :

- (a) Diskusikan pentingnya peran serta keluarga sebagai pendukung pasien dalam mengatasi risiko perilaku kekerasan
- (b) Diskusikan potensi keluarga untuk membantu pasien mengatasi perilaku kekerasan

- (c) Jelaskan pengertian, penyebab, akibat, dan cara merawat klien risiko perilaku kekerasan yang dapat dilaksanakan oleh keluarga
- (d) Peragakan cara merawat pasien (menangani PK)
- (e) Beri kesempatan keluarga untuk memperagakan ulang cara perawatan terhadap pasien
- (f) Beri pujian kepada keluarga setelah peragaan
- (g) Tanyakan perasaan keluarga setelah mencoba cara yang dilatihkan

5.) Implementasi Keperawatan

Implementasi pertama dilakukan pada hari Selasa 5 Juni 2018. Pukul 13.00 WIB Pasien mengikuti latihan penerapan tindakan asertif, Mereview pemahaman pasien tentang manajemen marah Dari hasil observasi setelah diberikan tindakan yaitu :

Tabel 4.4 Lembar Penilaian Pasien 2 Hari I

No.	Aspek yang diobservasi	Pasien 2
1.	Memperagakan cara meminta	-
2	Memperagakan cara menolak yang baik	-
3.	Memperagakan cara mengungkapkan marah yang baik	-

Sumber : Data Primer Terolah Tahun 2018

Implementasi kedua dilakukan pada hari Rabu 6 Juni 2018 pukul 14.00 WIB. Pasien mengikuti kegiatan latihan penerapan tindakan asertif. Hasil observasi didapatkan :

Tabel 5.4 Lembar Penilaian Pasien 2 Hari II

No.	Aspek yang diobservasi	Pasien 2
1.	Memperagakan cara meminta	-
2.	Memperagakan cara menolak yang baik	-
3.	Memperagakan cara mengungkapkan marah yang baik	-

Sumber : Data Primer Terolah Tahun 2018

Implementasi ketiga dilakukan pada hari Kamis 7 Juni 2018 pukul 09.00 WIB. Pasien mengikuti kegiatan latihan penerapan tindakan asertif. Hasil observasi didapatkan :

Tabel 6.4 Lembar Penilaian Pasien 2 Hari III

No.	Aspek yang diobservasi	Pasien 2
1.	Memperagakan cara meminta	✓
2.	Memperagakan cara menolak yang baik	✓
3.	Memperagakan cara mengungkapkan marah yang baik	✓

Sumber : Data Primer Terolah Tahun 2018

6.) Evaluasi

Dari hasil implementasi dapat dievaluasi respon pasien yaitu :

- a.) Pada hari Selasa 5 Juni 2018 pasien masih kesulitan dalam melakukan tindakan asertif. pasien sulit diarahkan dalam pembicaraan. Pasien sering memotong pembicaraan dengan membahas kecurigaannya terhadap orang lain, pasien juga bercerita tentang hal-hal non realistis. Pasien masih kesulitan dalam mengingat manajemen marah, pasien hanya mengingat manajemen nafas dalam dan memukul bantal.
- b.) Pada implementasi kedua Rabu 6 Juni 2018 pasien masih sering memotong pembicaraan. Pasien perlu ditekankan dari awal untuk tidak memotong pembicaraan dengan dilakukan kontrak awal/perjanjian. Pasien sudah mampu mengenal tindakan asertif. Hal tersebut dapat dilihat dari pasien mampu menjawab pengertian dan menjelaskan tindakan asertif, namun pasien masih belum mampu untuk mempraktekan cara mengungkapkan dengan baik. Pasien masih sering beralasan khawatir apabila penilaian orang lain buruk terhadap pasien.
- c.) Implementasi ketiga dilakukan pada Kamis 7 Juni 2018. Pasien mengikuti latihan penerapan tindakan asertif bersama orang tua pasien. Pasien mampu memperagakan cara

meminta, menolak, dan mengungkapkan kekesalannya dengan baik.

B. Pembahasan

Studi kasus penerapan tindakan asertif pada pasien dengan risiko perilaku kekerasan dilakukan dengan cara partisipatif dan observasi. Penerapan tindakan asertif perlu diajarkan dan dikenalkan kepada pasien yang memiliki risiko perilaku kekerasan. Hal tersebut dapat membantu pasien untuk mengungkapkan perasaan marah atau jengkelnya, meminta dan menolak dengan perilaku yang lebih konstruktif. Penerapan tindakan asertif pada studi kasus ini melihat dari aspek riwayat perilaku kekerasan yang pernah pasien lakukan. Penulis juga mencatat perkembangan pasien tentang tindakan asertif baik dari segi pemahaman pasien juga kemampuan pasien dalam mendemonstrasikan tindakan asertif. Sebelum penulis melakukan implementasi penerapan tindakan asertif kepada pasien, penulis perlu mendapatkan kepercayaan dari pasien sendiri. Dari kedua pasien, terdapat perbedaan ketika pertama kali bertemu dengan penulis. Hal tersebut dapat dilihat pada tanggal 5 Juni 2018 pasien Tn. S masih merasa asing dengan penulis. Tn. S memilih untuk tidak mau berkomunikasi dan hanya duduk di tempat tidur. Berbeda dengan Tn. T yang lebih mudah untuk ditarik dan diajak komunikasi. Meskipun terdapat perbedaan dari kedua pasien, terdapat persamaan yang dapat dilihat dari kedua pasien. Kedua pasien merupakan pasien yang mengalami harga diri rendah meskipun penyebab harga diri mereka berbeda satu sama lain. Kedua pasien juga

memiliki kebiasaan yang sama yaitu lebih suka menyendiri. Dari hal tersebut dapat kita simpulkan bahwa membina hubungan saling percaya dengan seseorang merupakan suatu hal yang penting. Dengan adanya hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat dapat menimbulkan kepercayaan diri yang lebih kepada pasien. Hal tersebut juga dapat diperkuat dari penelitian yang dilakukan oleh Fidya (2014) yang menyatakan bahwa hubungan interpersonal antar individu yang berfokus pada hubungan yang membantu antara perawat dengan pasien dalam bentuk hubungan saling percaya melalui perasaan empati dan ketulusan, dapat mengurangi kecemasan pasien yang pada akhirnya dapat menciptakan motivasi pasien untuk sembuh.

1. Pada tahap pengkajian yang dilakukan, penulis tidak menemukan tanda-tanda perilaku kekerasan yang muncul dari pasien 1 maupun pasien 2 baik tanda dalam bentuk fisik antara lain mata merah, tangan menggepal, ekspresi tegang. Tanda emosional seperti perasaan marah, jengkel, bicara kasar dan tanda sosial seperti bermusuhan yang dialami saat terjadi perilaku kekerasan. Hal tersebut dikarenakan dari kedua pasien masih terpengaruh oleh terapi farmakologi yang dibuktikan dengan kedua pasien mengkonsumsi obat salah satunya adalah Chlorpromazine yang berfungsi untuk menghambat zat kimia di otak sehingga dapat mengurangi gejala psikosis seperti perilaku agresif yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Dari pernyataan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yulianti dkk (2017) yang

menyatakan bahwa antipsikotik generasi kedua dapat memperbaiki gejala positif dan negatif dari skizofrenia dan lebih efektif mengobati pada pasien yang resisten, dan kombinasi obat yang paling sering digunakan adalah chlorpromazine, haloperidol, clozapine. Selain itu selama pasien dirawat di rumah sakit jiwa hanya sedikit stimulus dari luar yang dapat mempengaruhi emosi pasien dibandingkan dengan keadaan pasien ketika di rumah atau dilingkungan luar rumah sakit. Tanda perilaku kekerasan dari kedua pasien seperti fisik, emosional, dan sosial didapatkan penulis dari hasil studi dokumen, pernyataan dari orang tua pasien, dan pengakuan dari pasien yang melakukan tindakan destruktif untuk melampiaskan rasa jengkel dan kecewa. Penulis juga mendapatkan data dari studi dokumen bahwa kedua pasien mengalami putus obat. Ini menjelaskan bahwa dari kedua pasien memiliki kesamaan yaitu selama pasien dirawat di rumah sakit, pasien sudah dinyatakan selesai menjalani perawatan dan diizinkan pulang. Namun, pasien mengalami putus obat dan mendapatkan rangsangan atau stimulus yang menyebabkan munculnya atau kambuhnya perilaku kekerasan. hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dini dan Zainul (2013) yang menyatakan bahwa terdapat beberapa hal yang menjadi penyebab pasien kambuh yaitu stimulus atau rangsangan dari luar seperti faktor ekonomi, ketidakpatuhan pada pengobatan, mendapat perlakuan kasar, pertengkaran yang terus menerus, konflik yang berkepanjangan, dan emosi yang diekspresikan secara berlebihan oleh

keluarga pasien. Pada faktor predisposisi dari pasien pertama didapatkan data bahwa pasien pernah mengalami gangguan jiwa 5 tahun yang lalu (2013), sudah kambuh selama 3x dan pasien putus obat. Pasien juga merasa frustrasi dan bersalah kepada orang tuanya atas tekanan yang dirasakan karena pasien merasa sudah dewasa namun tidak bekerja dan belum menikah. Sedangkan faktor predisposisi yang dialami oleh pasien kedua didapatkan data bahwa pasien pernah mengalami gangguan jiwa pada tahun 2008, memiliki keturunan gangguan jiwa dari keluarga ayah, pasien juga pernah mengalami trauma kepala dan mendapatkan perilaku bullying dimasa kecilnya. Pada faktor presipitasi juga timbul pada pasien kedua yaitu pasien mengalami putus obat sekitar 3 bulan yang lalu. Dari kedua faktor predisposisi dan presipitasi yang terdapat dari kedua pasien menunjukkan bahwa kedua pasien beresiko dalam berperilaku kekerasan. hal tersebut sesuai dengan konsep stress adaptasi Stuart yang menyatakan bahwa penyebab terjadinya perilaku kekerasan dapat timbul akibat munculnya faktor predisposisi atau yang melatarbelakangi dan faktor presipitasi atau faktor yang memicu adanya masalah.

2. Pada tahap implementasi pertemuan pertama, pasien Tn. S memiliki kegiatan yang lain yaitu TAK manajemen marah yang dilakukan oleh mahasiswa praktikan. Berbeda dengan pasien Tn. T yang tidak mengikuti TAK. Ini menjelaskan bahwa terdapat perbedaan waktu bagi penulis untuk melakukan observasi respon setiap pertemuannya.

Implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu review ulang manajemen marah dengan pasien untuk melihat apakah pasien sudah pernah terpapar manajemen marah atau belum. Pada aspek kognitif, Pasien Tn. S mampu mereview ulang manajemen marah dengan menyebutkan beberapa cara manajemen marah dan mempraktekan cara nafas dalam. Berbeda dengan pasien Tn. T yang masih kesulitan dalam mereview ulang pemahamannya tentang manajemen marah. Tn. T hanya mampu menyebutkan nafas dalam dan memukul bantal untuk menunjukkan pemahamannya tentang manajemen marah. Dari kedua perbedaan tersebut menunjukkan bahwa Tn. S lebih mampu mengingat manajemen marah daripada Tn. T. Hal tersebut dikarenakan pada tahap pengkajian didapatkan data bahwa Tn. S mengalami gangguan jiwa pada tahun 2013 dan pernah mengalami kambuh selama 3x. Sedangkan Tn. T mengalami gangguan jiwa pada tahun 2008 dan hanya kambuh 3 bulan yang lalu dikarenakan pasien putus obat. Dari pernyataan tersebut dapat dijelaskan bahwa Tn.S lebih sering terpapar cara manajemen marah dibandingkan Tn.T yang sudah 10 tahun tidak terpapar cara manajemen marah. Setelah dilakukan review ulang pemahaman pasien tentang manajemen marah, penulis memperkenalkan pasien tentang penerapan tindakan asertif, memberikan contoh atau mendemonstrasikan tindakan asertif dan meminta pasien untuk mendemonstrasikan ulang penerapan tindakan asertif baik cara meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan marah atau jengkel

yang lebih konstruktif atau lebih sehat. Pada implementasi didapatkan hasil observasi pada Tn. S mampu menjelaskan tindakan asertif dan mendemonstrasikan ulang tindakan asertif dengan baik. Pasien juga lebih terbuka dan kooperatif dengan menceritakan kekecewaannya terhadap dirinya. Berbeda dengan Tn. T yang kesulitan dalam mengenal tindakan asertif dan mendemonstrasikan. Tn. T sering kali memotong pembicaraan dan menceritakan tentang hal-hal yang non realistis dan merasa pesimis apabila orang lain akan menilai buruk dirinya apabila dirinya mengungkapkan perasaan marah atau jengkelnya terhadap orang lain. Tn.T juga tidak mengakui apabila dirinya melakukan tindakan kekerasan dengan menyerang tetangga maupun ayahnya melainkan mengaku diminta oleh orang lain melalui batinnya. Pada tahap implementasi penulis melakukan selama 3x pertemuan dan didapatkan hasil bahwa Tn. S mampu melakukan dengan baik selama 3x pertemuan, sedangkan Tn. T mampu menjelaskan tindakan asertif pada pertemuan kedua dan mampu melakukan demonstrasi tindakan asertif pada pertemuan ketiga bersama dengan kedua orang tua pasien. Hal tersebut dapat dikaitkan mengapa dari kedua pasien, Tn. S lebih mampu dalam menerima dan melakukan tindakan asertif daripada Tn. T yang memerlukan beberapa kali pertemuan agar mampu menerima dan melakukan tindakan asertif. Dari pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan data bahwa pasien Tn. T memiliki waham nihilistic dan merasa bahwa dirinya mampu mendengar dan merasakan penilaian

buruk orang lain terhadap dirinya, hal tersebut yang menyebabkan Tn. T lebih merasa takut dan pesimis sebelum memulai mengungkapkan perasaan marah dan jengkelnya terhadap orang lain. Pada pertemuan ketiga penulis mengajak orang tua Tn. T untuk ikut dalam latihan penerapan tindakan asertif dan memberikan pemahaman kepada orang tua pasien tentang keadaan pasien saat ini. Berbeda dengan Tn. S yang tidak memiliki waham nihilistic dan hanya kecewa dengan dirinya sendiri dan merasa tidak enak dengan kedua orang tuanya, Tn. S memilih untuk mengungkapkan kekesalannya dengan perilaku destruktif ditambah dengan pasien memiliki halusinasi pendengaran yang mengatakan pasien yang tidak-tidak menyebabkan pasien menjadi marah dan melakukan perilaku kekerasan. Setelah Tn. S mengenal cara mengontrol halusinasi dan mendapatkan pemahaman tentang tindakan asertif, Tn. S menjadi terbuka dan menceritakan banyak hal tentang kekesalannya dan menjadi tahu cara mengungkapkan perasaannya kepada orang tua pasien. Hal tersebut sama dengan beberapa pengertian dan penjelasan yang penulis tulis dalam bab 2 dengan mengutip teori dari Stuart (2016) yang menyatakan tentang tindakan asertif yang menjelaskan bahwa perilaku asertif merupakan sikap yang menunjukkan rasa yakin tentang diri sendiri mampu berkomunikasi secara hormat dengan orang lain. Disisi lain perilaku asertif juga ditunjukkan dengan sikap tidak ragu untuk menyampaikan permintaan pada orang lain, dengan asumsi bahwa orang lain akan menerima permintaannya yang

masuk akal. Setelah dilakukan latihan penerapan tindakan asertif selama 3x pertemuan baik pasien 1 maupun pasien 2, penulis melakukan validasi kepada perawat yang memantau pasien selama 24 jam penuh untuk mengetahui sejauh mana kemampuan psikomotorik pasien. Berdasarkan hasil validasi, perawat menyatakan kedua pasien mampu melakukan variasi manajemen marah untuk mengatasi tanda risiko perilaku kekerasan yang muncul. Seperti pada Tn. S dan Tn. T yang mengungkapkan apa yang mereka inginkan atau yang mereka keluhkan kepada perawat. Perawat juga mengatakan bahwa tindakan asertif tidak dilakukan pasien pada saat emosi pasien memuncak atau muncul, terkadang pasien melakukan nafas dalam atau memukul bantal untuk mengatasi tanda risiko perilaku kekerasan yang muncul. Hal ini dapat menjelaskan bahwa tindakan asertif hanya mampu dilakukan pada saat pasien dalam keadaan maintenance.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Bentuk risiko perilaku kekerasan pada kedua pasien berupa perilaku marah dalam bentuk verbal yang ditunjukkan seperti suara keras, berteriak sedangkan dalam bentuk non verbal berupa mengamuk, dan gaduh gelisah.
2. Terdapat variasi respon dari dua pasien risiko perilaku kekerasan setelah diberikan penerapan tindakan asertif berupa respon kognitif yang ditunjukkan pasien mampu menjelaskan tindakan asertif dan mendemonstrasikan. Respon psikomotor berupa pasien berperilaku asertif kepada perawat dalam meminta dan menolak. Respon afektif berupa afek datar dan insight yang berbeda dari kedua pasien. Respon menunjukkan bahwa kedua pasien mampu melakukan tindakan asertif

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit Jiwa
Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan gambaran bagi rumah sakit jiwa untuk tetap menerapkan tindakan asertif dalam mengontrol perilaku kekerasan pasien.

2. Bagi Perawat Rumah Sakit Jiwa

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan gambaran bagi perawat rumah sakit jiwa untuk menerapkan tindakan asertif kepada pasien yang tidak hanya berfokus pada aspek kognitif pasien saja melainkan pada aspek psikomotor juga diperhatikan.

3. Bagi Pasien Risiko Perilaku Kekerasan

Diharapkan pasien mampu mengembangkan kemampuan perilaku asertif yang dimiliki sehingga menjadi kebiasaan pasien dalam berespon terhadap marah

4. Bagi keluarga pasien

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi gambaran bagi keluarga pasien menerapkan perilaku asertif terhadap pasien di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, D, R., dan Anwar, Z. (2013). Relaps Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan, Vol 1*
- Dinas Kesehatan DIY. (2015). *Profil Kesehatan DIY Tahun 2015 Tentang Kasus Gangguan Jiwa di Yogyakarta*. Yogyakarta : Data Rutin Dinkes DIY
- Dinas Kesehatan DIY. (2016). *Profil Kesehatan DIY Tahun 2016 Tentang Kasus Gangguan Jiwa di Yogyakarta*. Yogyakarta : Data Rutin Dinkes DIY
- Faturochman, F. (2014). *Komunikasi terapeutik Perawat Dan Pasien Gangguan Jiwa*. Jurnal diakses dari www.jurnalkommas.com hari Rabu 11 Juli 2018
- Irvanto, D., Surtiningrum, S., dan Nurulita, U. (2013). *Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Asertif Terhadap Perubahan Perilaku Pada Pasien Perilaku Kekerasan*. Jurnal diakses dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?pada> hari Jumat 5 Januari 2018
- Kaplan & Sadock.(2010). *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta : EGC
- Keliat, B. A. (2011). *Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC
- Keliat, B. A& Akemat. (2016). *Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2007-2013 Provinsi DIY*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan : Sekretariat Negara
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Jakarta : Sekretariat Negara
- Nasir, A& Muhith, A. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Nurhalimah. (2016). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan

- Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Lembaran Negara RI No. 5571. Jakarta : Sekretariat Negara
- RSJ Ghrasia. (2015). *SPO Instalasi Rawat Intensif*. Yogyakarta : RSJ Ghrasia
- Stuart G.W. (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapura. Elsevier
- Sutejo. (2017). *Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Townsend, M. C. (2009). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Psikiatri*. Jakarta : EGC
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC
- Yosep, I.(2009). *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama
- Yulianti, M. D., Cahaya, N., Srikartika V. M. (2017). Studi Penggunaan Antipsikotik dan Efek Samping pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Kalimantan Selatan. *Jurnal Sains Farmasi dan Klinis*. Vol 3

Lampiran 1

FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANGAN RAWAT _____ TANGGAL DIRAWAT _____

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : _____ (L/P) Tanggal Pengkajian _____

Umur : _____ RM No. : _____

Informan : _____

II. ALASAN MASUK

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? Ya Tidak

2. Pengobatan sebelumnya. Berhasil kurang berhasil tidak berhasil

3.	Pelaku/Usia	Korban/Usia	
Saksi/Usia	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Aniaya fisik	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Aniaya seksual	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Penolakan	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Kekerasan dalam keluarga	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Tindakan kriminal

Jelaskan No. 1, 2, 3 :

Masalah Keperawatan :

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Ya

Tidak

Hubungan keluarga
pengobatan/perawatan

Gejala

Riwayat

Masalah Keperawatan :

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan

IV.FISIK

1. Tanda vital : TD : _____ N : _____ S : _____ P : _____

2. Ukur : TB : _____ BB : _____

3. Keluhan fisik : Ya Tidak

Jelaskan :

Masalah keperawatan :

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

2. Konsep diri

a Gambaran diri :

b. Identitas :

c. Peran :

d. Ideal diri :

e. Harga diri :

Masalah Keperawatan :

3. Hubungan Sosial

a. Orang yang berarti :

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat :

c. Hambatan dalam berubungan dengan orang Lain :

Masalah keperawatan:

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

b. Kegiatan ibadah :

Masalah Keperawatan

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- Tidak rapi Penggunaan pakaian tidak sesuai

 Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : _____

2. Pembicaraan

- Cepat Keras Gagap Inkoheren
 Apatis Lambat Membisu
 Tidak mampu memulai pembicaraan

Jelaskan : _____

Masalah Keperawatan : _____

3. Aktivitas Motorik:

- Lesu Tegang Gelisah Agitasi
 Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Jelaskan :

Masalah Keperawatan : _____

4. Alam perasaan

- Sedih Ketakutan Putus asa Khawatir Gembira berlebihan

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

5. Afek

Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

6. Interaksi selama wawancara

bermusuhan Tidak kooperatif Mudah tersinggung

Kontak mata (-) Defensif Curiga

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

7. Persepsi

Pendengaran Penglihatan Perabaan

Pengecapan Penghidu

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

8. Proses Pikir

- sirkumtansial tangensial kehilangan asosiasi
 flight of idea blocking pengulangan
 pembicaraan/persevarasi

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

9. Isi Pikir

- Obsesi Fobia Hipokondria
 depersonalisasi ide yang terkait pikiran magis

Waham

- Agama Somatik Kebesaran Curiga
 nihilistic sisip pikir Siar pikir Kontrol pikir

Jelaskan:

Masalah Keperawatan :

10. Tingkat kesadaran

- bingung sedasi stupor

Disorientasi

- waktu tempat orang

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

11. Memori

- Gangguan daya ingat jangka panjang gangguan daya ingat jangka pendek
- gangguan daya ingat saat ini konfabulasi

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

12. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- mudah beralih tidak mampu konsentrasi
- Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

13. Kemampuan penilaian

- Gangguan ringan gangguan bermakna

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

14. Daya tilik diri

- mengingkari penyakit yang diderita menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :**VII. Kebutuhan Persiapan Pulang**

1. Makan

Bantuan minimal Bantuan total

2. BAB/BAK

Bantuan minimal Bantual total

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

3. Mandi

Bantuan minimal Bantuan total

4. Berpakaian/berhias

Bantuan minimal Bantual total

5. Istirahat dan tidur

Tidur siang lama :s/d.....

Tidur malam lama :s/d.....

Kegiatan sebelum / sesudah tidur

6. Penggunaan obat

Bantuan minimal Bantual total

7. Pemeliharaan Kesehatan

Perawatan lanjutan Ya tidak

Perawatan pendukung Ya tidak

8. Kegiatan di dalam rumah

Mempersiapkan makanan Ya tidak

- Menjaga kerapihan rumah Ya tidak
- Mencuci pakaian Ya tidak
- Pengaturan keuangan Ya tidak
9. Kegiatan di luar rumah
- Belanja Ya tidak
- Transportasi Ya tidak
- Lain-lain Ya tidak

Jelaskan :

Masalah Keperawatan :

VIII. Mekanisme Koping

Adaptif

- Bicara dengan orang lain
- Mampu menyelesaikan masalah
- Teknik relaksasi
- Aktivitas konstruktif
- Olahraga
- Lainnya _____

Maladaptif

- Minum alkohol
- reaksi lambat/berlebih
- bekerja berlebihan
- menghindar
- mencederai diri
- nya : _____

Masalah Keperawatan :

IX. Masalah Psikososial dan Lingkungan:

- Masalah dengan dukungan kelompok, spesifik
-
-

Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifik

Masalah dengan pendidikan, spesifik

Masalah dengan pekerjaan, spesifik

Masalah dengan perumahan, spesifik

Masalah ekonomi, spesifik

Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifik

Masalah lainnya, spesifik

Masalah Keperawatan :

X. Pengetahuan Kurang Tentang:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa | <input type="checkbox"/> sistem pendukung |
| <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi | <input type="checkbox"/> penyakit fisik |
| <input type="checkbox"/> Koping | <input type="checkbox"/> obat-obatan |
| <input type="checkbox"/> Lainnya : | |
-

Masalah Keperawatan :

Analisa Data**XI. Aspek Medik**

Diagnosa Medik :

Terapi Medik :

Perawat,

(.....)

RENCANA KEPERAWATAN PASIEN

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (TUK/TUM)	KRITERIA EVALUASI	INTERVENSI	RASIONAL

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN

NO.	HARI/TGL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.			
2.			

Lampiran 3

Standar Operasional Pelaksanaan Tindakan Asertif Pada Pasien Risiko Perilaku Kekerasan (RSJ Ghrasia, 2015)

1. Pengertian

Manajemen marah : cara sosial/verbal adalah suatu strategi untuk menghilangkan / mengurangi perasaan jengkel / marah yang dialami oleh pasien sehingga mencegah pasien tersebut untuk melakukan perilaku yang destruktif dengan metode menghilangkan rasa marah secara konstruktif dengan cara sosial/verbal.

2. Tujuan :

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk agar pasien mampu mencegah / mereda marahnya ketika muncul tanda-tanda marah sehingga tidak sampai melakukan perilaku kekerasan

3. Kebijakan

- a. Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta nomor 188/6566 tahun 2014 tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Ghrasia DIY.
- b. Dilakukan pada pasien dengan marah / perilaku kekerasan dan dengan riwayat perilaku kekerasan dilakukan di ruangan yang tenang.
- c. Petugas yang menangani manajemen marah : cara sosial/verbal adalah perawat dengan pendidikan minimal DIII Keperawatan yang memiliki kewenangan klinis yang terkait.

4. Prosedur

a. Persiapan

- 1.) Tentukan pasien
- 2.) Identifikasi pasien
- 3.) Buat kontrak dengan pasien

b. Orientasi

- 1.) Beri salam terapeutik
- 2.) Tanyakan perasaan pasien saat ini
- 3.) Jelaskan tujuan dan kontrak waktu

c. Tahap Kerja

- 1.) Ajarkan pasien metode menyalurkan marah dengan cara verbal yaitu ketika marah minta pasien untuk mengatakan :

“aku sedang marah”

“aku jengkel karena tidak diberi makan (misalnya) dsb”.

- 2.) Minta pasien untuk mendemonstrasikan
- 3.) Diskusikan bersama pasien tentang bagaimana cara marah yang sehat
- 4.) Berikan pujian kepada pasien
- 5.) Jaga privasi klien
- 6.) Perhatikan keamanan & kenyamanan pasien

d. Terminasi

- 1.) Evaluasi
 - a.) Tanyakan perasaan pasien setelah kontak

b.) Tanyakan kembali tentang cara sosial/verbal yang dapat dilakukan untuk menghilangkan marah

2.) Rencana Tindak Lanjut

a.) Anjurkan pasien untuk menyalurkan marahnya agar tidak menimbulkan akibat yang buruk

3.) Kontrak akan datang

a.) Sepakati untuk melakukan cara menghilangkan marah metode spiritual

e. Waktu : 20-30 menit

5. Unit Terkait

- a. Instalasi Rawat Jalan
- b. Instalasi Rawat Inap
- c. Instalasi Gawat Darurat
- d. Instalasi Rawat Intensif
- e. Instalasi Penanganan Korban Napza
- f. Instalasi Farmasi
- g. Instalasi Rekam Medis
- h. Bidang Keperawatan
- i. Bidang Penunjang & Sarana

Lampiran 4

LEMBAR PENILAIAN PASIEN(Keliat, 2016)

Nama Pasien :

No. RM :

Hari/tanggal :

No.	Aspek yang di observasi	Pasien 1	Pasien 2
1.	Memperagakan cara meminta		
2.	Memperagakan cara menolak yang baik		
3.	Memperagakan cara mengungkapkan marah yang baik		

Keterangan :

1. Tulis hari/tanggal pasien dilakukan latihan tindakan asertif
2. Beri penilaian akan kemampuan mempraktikkan pencegahan perilaku kekerasan secara verbal : meminta tanpa paksa, menolak dengan baik, mengungkapkan marah dengan baik. Beri tanda (v) jika klien mampu dan tanda (-) jika klien tidak mampu.

Lampiran 5

Tabel Perbandingan Observasi Pasien

Intervensi pasien 1	Observasi pasien 1	Intervensi pasien 2	Observasi pasien 2
Selasa, 5 Juni 2018	pasien menolak untuk diajak komunikasi. Pasien memilih duduk di tempat tidur dan tidak ingin diganggu	Selasa, 5 Juni 2018 1. Mereview ulang manajemen marah (nafas dalam, memukul bantal, verbal, spiritual, dan minum obat) 2. Memperkenalkan manajemen marah verbal : asertif 3. Mendemonstrasikan tindakan asertif 4. Meminta pasien untuk mendemonstras i ulang tindakan asertif	1. Pasien mudah ditarik dan diajak komunikasi namun sulit untuk diarahkan dalam pembicaraan 2. Pasien hanya mengingat manajemen marah nafas dalam dan memukul bantal 3. Pasien sering memotong pembicaraan 4. Konteks yang dibicarakan pasien non realistis dan kecurigaan atau kekhawatiran terhadap penilaian buruk orang lain terhadap pasien 5. Pasien masih kesulitan dalam memahami tindakan asertif 6. Pasien belum mampu melakukan meminta, menolak, dan menyatakan

			marah dengan sehat/baik.
Rabu, 6 Juni 2018 Pasien mengikuti kegiatan TAK manajemen marah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien cenderung diam dalam mengikuti kegiatan TAK 2. Pasien hanya memperhatikan teman-teman yang mengikuti TAK 3. Pasien mampu menjelaskan dan melakukan manajemen marah (nafas dalam, memukul bantal, verbal, spiritual, minum obat) 	Rabu, 6 Juni 2018 <ol style="list-style-type: none"> 1. Mereview ulang pemahaman pasien tentang tindakan asertif 2. Memberikan demonstrasi kepada pasien tentang tindakan asertif (meminta, menolak, dan mengungkapkan rasa marah dengan sehat dan baik) 3. Meminta pasien untuk mendemonstrasikan ulang tindakan asertif) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menjelaskan tentang tindakan asertif, namun masih perlu dipancing hal tersebut dapat dilihat dari pasien mampu menjelaskan tindakan asertif 2. Pasien masih sering memotong pembicaraan 3. Penulis/petugas harus menekankan dari awal pembicaraan untuk kontrak dengan pasien agar tidak memotong pembicaraan 4. Konteks pembicaraan non realistis, kecurigaan dan kekhawatiran penilaian buruk orang lain terhadap pasien 5. Pasien belum mampu melakukan demonstrasi

			ulang meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan marah dengan sehat dan baik
<p>Kamis, 7 Juni 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mereview ulang manajemen marah 2. Memberikan pemahaman pasien tentang penerapan tindakan asertif 3. Mendemonstrasikan penerapan tindakan asertif (meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan marah dengan sehat dan baik) 4. Meminta pasien untuk mendemonstrasikan ulang tindakan asertif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menjelaskan manajemen marah dengan baik 2. Pasien mampu mendemonstrasikan nafas dalam, dan tindakan asertif dengan baik 3. Pasien sudah lebih terbuka dan kooperatif 4. Pasien menjadi sering bertanya dan mengajak bicara 	<p>Kamis, 7 Juni 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta pasien untuk melakukan tindakan asertif bersama kedua orang tua pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu melakukan tindakan asertif (meminta, menolak, dan mengungkapkan perasaan marah dengan sehat dan baik) 2. Orang tua pasien mampu melakukan penerapan tindakan asertif kepada pasien dengan baik 3. Pasien dan keluarga mengatakan akan mencoba untuk mengungkapkan apa yang mereka rasakan 4. Pasien sudah diizinkan pulang
<p>Jumat, 8 Juni 2018</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mereview ulang pemahaman pasien tentang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mampu menjelaskan tindakan asertif dengan baik 2. Pasien mampu melakukan 		

<p>tindakan asertif</p> <p>2. Mendemonstrasikan tindakan asertif didepan pasien</p> <p>3. Meminta pasien untuk mendemonstrasikan ulang tindakan asertif</p>	<p>demonstrasi ulang tindakan asertif bersama teman satu wisma dengan baik</p> <p>3. Pasien kooperatif, terbuka, dan bersemangat</p> <p>4. Pasien menceritakan banyak hal tentang kekecewaannya terhadap dirinya sendiri</p>		
---	--	--	--

Lampiran 6

RENCANA ANGGARAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Volume	Satuan	Unit (Rp)	Jumlah (Rp)
1	Penyusunan proposal				
	a. Penggandaan proposal	4	pkt	20.000	80.000
	b. Revisi proposal	1	pkt	40.000	40.000
2	Izin penelitian	1	pkt	80.000	80.000
3	Transportasi peneliti	3	ltr	10.000	30.000
4	ATK dan penggandaan				
	a. Kertas	2	rim	40.000	80.000
	b. Bolpoint	2	bh	5000	10.000
	c. Fotokopi dan jilid	1	pkt	100.000	100.000
	d. Tinta printer	4	bh	20.000	100.000
	e. Keeping CD	2	bh	5000	10.000
5	Penyusunan laporan KTI				
	a. Penggandaan laporan KTI	4	bh	50.000	200.000
JUMLAH					730.000

Lampiran 7

JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH

No.	Kegiatan	Waktu																											
		Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan proposal penelitian	■	■	■	■																								
2.	Seminar proposal KTI				■																								
3.	Revisi proposal KTI					■	■	■	■																				
4.	Perijinan kegiatan KTI									■	■	■	■																
5.	Persiapan kegiatan KTI													■	■	■	■												
6.	Pelaksanaan kegiatan KTI																					■	■	■	■				
7.	Pengolahan data																									■	■	■	■
8.	Penyusunan hasil kegiatan KTI																												
9.	Seminar hasil KTI																												
10.	Revisi hasil kegiatan KTI dan penjilidan KTI																												

Lampiran 8

SURAT PERNYATAAN PASIEN ASUHAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai karya tulis ilmiah yang akan dilakukan oleh Kharisma Putri Kusumaningtyas dengan judul “Penerapan Tindakan Asertif Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di bangsal maintenance RSJ Ghrasia Yogyakarta”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada karya tulis ilmiah ini dengan sukarela tanpa paksaan. Bila selama karya tulis ilmiah ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yogyakarta,2018

Yang memberikan persetujuan,

Lampiran 9

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI STUDI KASUS

1. Perkenalansaya “Kharisma Putri Kusumaningtyas mahasiswa DIII Keperawatan semester lima dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “ Penerapan Tindakan Asertif Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan di Bangsal Maintenance RSJ Ghrasia Yogyakarta”.
2. Tujuan dari studi ini adalah untuk menerapkan tindakan asertif pada pasien risiko perilaku kekerasan di Ghrasia sebagai terapi modalitas rutin yang di gunakan bagi pasien risiko perilaku kekerasan. Langkah –langkah yang dilakukan adalah penulis mengobservasi tindakan perawat pelaksana melatih tindakan asertif pada pasien. Apabila kegiatan latihan belum selesai atau perawat pelaksana tidak menerapkan latihan asertif maka penulis berpartisipasi dalam kegiatan latihan penerapan tindakan asertif. Kemudian setelah dilakukan latihan tindakan asertif, penulis mengobservasi respon dari 2 pasien.
3. Prosedur pengambilan data menggunakan lembar pengkajian gangguan jiwa dan lembar observasi tentang penerapan tindakan asertif.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada studi kasus ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta informasi yang anda sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan studi kasus ini silahkan menghubungi penulis.